European Commission



State of Health in the EU

România

Profilul de țară din 2019 în ceea ce privește sănătatea

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

Seria profilurilor de țară în ceea ce privește sănătatea

Profilurile de țară în ceea ce privește sănătatea din cadrul seriei State of Health in the EU oferă o prezentare concisă și relevantă pentru politicile de sănătate, a sănătății populației și a sistemelor de sănătate din UE/Spațiul Economic European. Acestea subliniază particularitățile și provocările specifice fiecărei țări în contextul unor comparații între țări. Scopul este de a sprijini factorii de decizie și pe cei care influiențează decizia, oferind un mijloc pentru învățare reciprocă și schimburi voluntare.

Profilurile reprezintă activitatea comună a OCDE și a European Observatory on Health Systems and Policies, în cooperare cu Comisia Europeană. Echipa este recunoscătoare pentru observațiile și sugestiile valoroase oferite de rețeaua Health Systems and Policy Monitor, de Comitetul pentru sănătate al OCDE și de Grupul de experți al UE privind informațiile din domeniul sănătății.

Cuprins

1. ASPECTE PRINCIPALE 3
2. SĂNĂTATEA ÎN ROMÂNIA 4
3. FACTORI DE RISC 7
4. SISTEMUL DE SĂNĂTATE 9
5. PERFORMANȚA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE 13
   5.1. Eficacitate 13
   5.2. Accesibilitate 16
   5.3. Reziliență 19
6. CONSTATĂRI PRINCIPALE 22

Surse ale datelor și informațiilor

Datele și informațiile din profilurile de țară în ceea ce privește sănătatea se bazează, în principal, pe statistici oficiale naționale furnizate către Eurostat și OCDE, care au fost validate pentru a se asigura cele mai înalte standarde de comparabilitate a datelor. Sursele și metodele care stau la baza acestor date sunt disponibile în baza de date Eurostat și în baza de date OCDE în domeniul sănătății. Unele date suplimentare provin și de la Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), de la European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), din anchetele Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) și de la Organizația Mondială a Sănătății (OMS), precum și din alte surse naționale.

Mediile calculate ale UE sunt mediile ponderate ale celor 28 de state membre, cu excepția cazului în care se specifică altfel. În aceste medii ale UE nu sunt incluse Islanda și Norvegia.

Prezentul profil a fost finalizat în august 2019 pe baza datelor disponibile în iulie 2019.

Pentru a descărca foaia de calcul Excel corespunzătoare tuturor tabelelor și graficelor din prezentul profil, introduceți următorul link URL în browser-ul de internet: http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Romania.xls

Context demografic și socioeconomic în România, 2017

Factori demografici	România	UE
Dimensiunea populației (estimări la jumătatea anului)	19 587 000	511 876 000
Ponderea populației de peste 65 de ani (%)	17,8	19,4
Rata fertilității[1]	1,7	1,6
Factori socioeconomici		
PIB pe cap de locuitor (PPC EUR[2])	18 800	30 000
Rata sărăciei relative[3] (%)	23,6	16,9
Rata șomajului (%)	4,9	7,6

1. Număr de copii născuți per femeie cu vârsta între 15 și 49 de ani. 2. Paritatea puterii de cumpărare (PPC) este definită ca rata de conversie a monedei care echivalează puterea de cumpărare a diferitelor monede prin eliminarea diferențelor de nivel ale prețurilor între țări. 3. Procentul persoanelor care trăiesc cu mai puțin de 60 % din mediana veniturilor disponibile pe adult-echivalent.
Sursa: Baza de date Eurostat.

Declinarea responsabilității: Opiniile exprimate și argumentele folosite aici sunt doar cele ale autorilor și nu reflectă neapărat punctele de vedere oficiale ale OCDE sau ale țărilor membre ale acesteia ori ale European Observatory on Health Systems and Policies sau ale vreunui partener al acestuia. Nu se poate considera, în niciun caz, că punctele de vedere exprimate în acest document reflectă opinia oficială a Uniunii Europene.

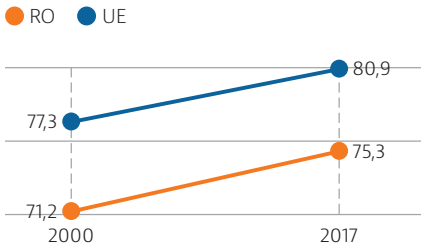
Nici prezentul document și nici orice fel de date și hărți incluse aici nu aduc atingere statutului sau suveranității niciunui teritoriu, delimitării frontierelor și granițelor internaționale și denumirii niciunui teritoriu, niciunui oraș și a niciunei zone.

Declinări suplimentare ale responsabilității pentru OMS se pot accesa la http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2019

1 Aspecte principale

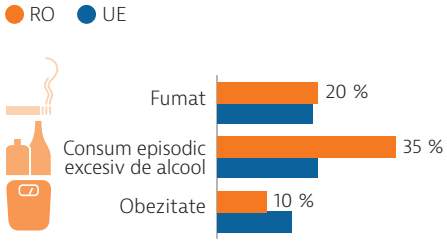
Deși a înregistrat o creștere, speranța de viață în România este printre cele mai scăzute din UE. Acest lucru reflectă comportamente nesănătoase, dar și inegalități socioeconomice, precum și deficiențe substanțiale în furnizarea serviciilor de sănătate. Sistemul de asigurări sociale de sănătate oferă un pachet cuprinzător de servicii – cu toate acestea, aproximativ 11 % din populație rămâne neasigurată și nu are dreptul decât la un pachet minim de servicii. Principalele provocări pentru sistemul de sănătate includ, pe de o parte, remedierea dezechilibrului dintre asistența medicală primară și serviciile medicale spitalicești și, pe de altă parte, combaterea deficitului tot mai mare de profesioniști în domeniul sănătății.



Speranța de viață la naștere, ani

Starea de sănătate

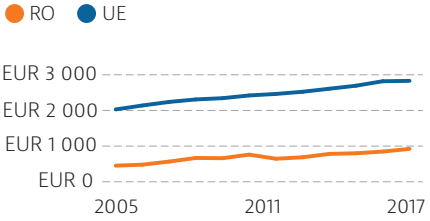
Speranța de viață la naștere în România a crescut cu mai mult de patru ani din anul 2000 (de la 71,2 ani până la 75,3 ani în 2017). Cu toate acestea, există discrepanțe majore în ceea ce privește speranța de viață în funcție de gen și nivel de studii, în special pentru bărbați: este de așteptat ca bărbații cu cel mai scăzut nivel de studii să trăiască cu aproximativ 10 ani mai puțin decât bărbații cu cel mai ridicat nivel de studii. Boala cardiacă ischemică rămâne principala cauză de deces, deși mortalitatea cauzată de cancer este în creștere. De asemenea, România se confruntă cu provocări în ceea ce privește combaterea unor boli infecțioase, această țară având cea mai ridicată rată de cazuri de tuberculoză din UE.



% dintre adulți

Factorii de risc

Aproximativ jumătate din decesele înregistrate în România pot fi atribuite unor factori de risc comportamentali. Unul din cinci adulți români fumează zilnic, cu o rată mult mai mare în rândul bărbaților (32 %) decât în rândul femeilor (8 %). Ratele obezității la adulți sunt printre cele mai scăzute din UE (10 %), dar ratele excesului de greutate și ale obezității în rândul copiilor au crescut în ultimul deceniu până la 15 %. Consumul de alcool reprezintă o amenințare majoră la adresa sănătății publice, rata consumului episodic excesiv de alcool (35 %) depășind cu mult media UE de 20 %. Această rată este de peste 50 % în rândul bărbaților.



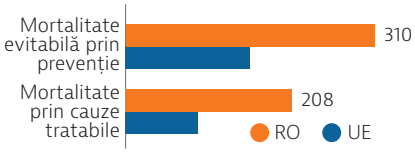
Cheltuieli pe cap de locuitor (PPC EUR)

Sistemul de sănătate

Cheltuielile pentru sănătate în România sunt cele mai scăzute din UE atât pe cap de locuitor (1 029 EUR, media UE fiind de 2 884 EUR), cât și ca procent din PIB (5 % față de 9,8 % în UE). Ponderea cheltuielilor pentru sănătate finanțate din bani publici (79,5 %) este în concordanță cu media UE (79,3 %) și, deși plățile directe sunt în general scăzute, cu excepția cheltuielilor pentru medicamentele prescrise în cadrul asistenței medicale ambulatorii, plățile informale sunt deopotrivă substanțiale și răspândite. În termeni absoluți, cheltuielile din toate sectoarele sunt scăzute, iar sistemul de sănătate este subfinanțat într-o măsură semnificativă.

Eficacitate

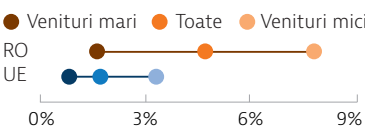
Ratele mortalității evitabile prin prevenție și ale mortalității prin cauze tratabile sunt printre cele mai ridicate din UE. Mortalitatea prematură ar putea fi redusă substanțial dacă ar exista politici de sănătate publică și de prevenție mai eficace, un rol consolidat al asistenței medicale primare, precum și un acces mai bun la servicii.



Rata mortalității standardizată pe vârstă la 100 000 de locuitori, 2016

Accesibilitate

O proporție substanțială a populației raportează nevoi nesatisfăcute de asistență medicală; în plus, accesul la această asistență este marcat de discrepanțe regionale, etnice și de venit semnificative. Persoanele din zonele rurale, cele care provin din comunități marginalizate și grupurile cu nivel socioeconomic mai scăzut se confruntă cu obstacole mai mari în calea obținerii de asistență medicală.



% care raportează nevoi medicale nesatisfăcute, 2017

Reziliență

Dependența excesivă și de lungă durată de serviciile spitalicești contribuie la crearea unui sistem de sănătate ineficient. Asistența medicală primară dispune de resurse insuficiente și este, în același timp, prea puțin utilizată, dar se încearcă realocarea de resurse către asistența medicală primară. Întrucât, în general, nu se efectuează o evaluare a performanței sistemului de sănătate, este dificil să se aducă îmbunătățiri.

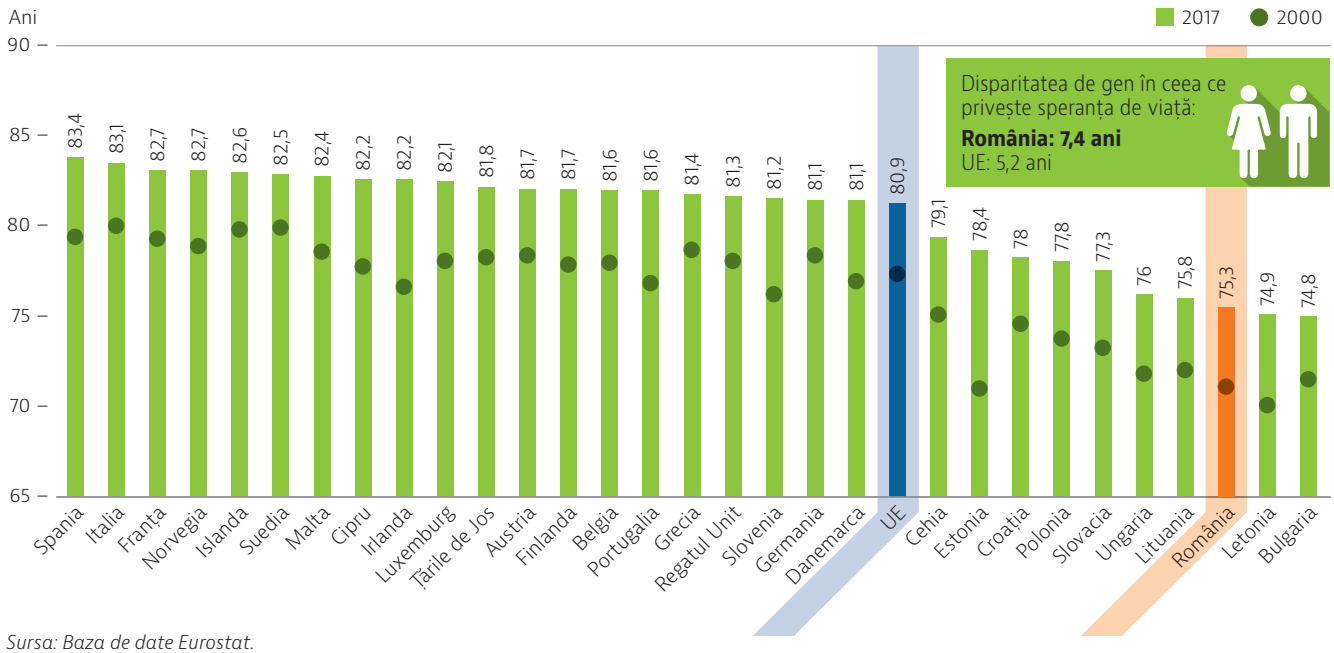
2 Sănătatea în România

Speranța de viață a crescut, dar este cu aproape șase ani mai scăzută decât media UE

Deși speranța de viață la naștere în România a crescut cu mai mult de patru ani în perioada 2000-2017 (de la 71,2 ani la 75,3 ani), aceasta rămâne printre cele mai scăzute din UE și cu aproape șase ani sub media UE (figura 1). De asemenea, există o disparitate de gen majoră, femeile trăind în medie cu șapte ani mai mult decât bărbații (71,7 ani, comparativ cu 79,1 ani).

România are una dintre cele mai ridicate rate ale mortalității infantile din UE – 6,7 la 1 000 de născuți vii, comparativ cu media UE de 3,6 în 2017. Echipamentele medicale insuficiente și deficitul de medici pot contribui la explicarea acestei cifre (a se vedea secțiunea 5.3).

Figura 1. Speranța de viață în România este printre cele mai scăzute din UE

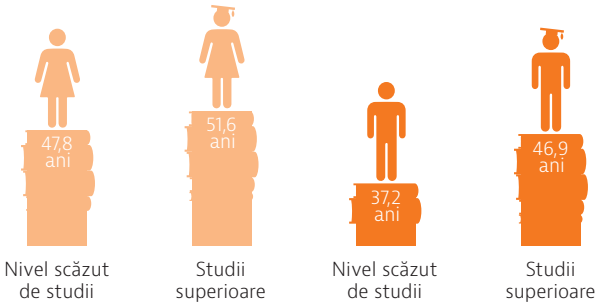


Sursa: Baza de date Eurostat.

Există inegalități pronunțate în ceea ce privește speranța de viață în funcție de nivelul de studii

Diferențele în ceea ce privește speranța de viață în funcție de nivelurile de studii sunt substanțiale, în special pentru bărbați. Astfel cum se arată în figura 2, bărbații cu niveluri scăzute de studii la vârsta de 30 de ani trăiesc în medie cu 10 ani mai puțin decât cei cu studii superioare, valoare considerabil mai ridicată decât media UE de 7,6 ani. Discrepanțele în rândul femeilor sunt mult mai puțin accentuate – aproximativ patru ani, o valoare aproximativ identică cu cea înregistrată pe teritoriul UE (figura 2).

Figura 2. Bărbații cu un nivel scăzut de studii mor, în medie, cu 10 ani mai devreme decât cei cu studii superioare



Diferența în speranța de viață la vârsta de 30 de ani în funcție de nivelul de studii:

România: 3,8 ani
UE21: 4,1 ani

România: 9,7 ani
UE21: 7,6 ani

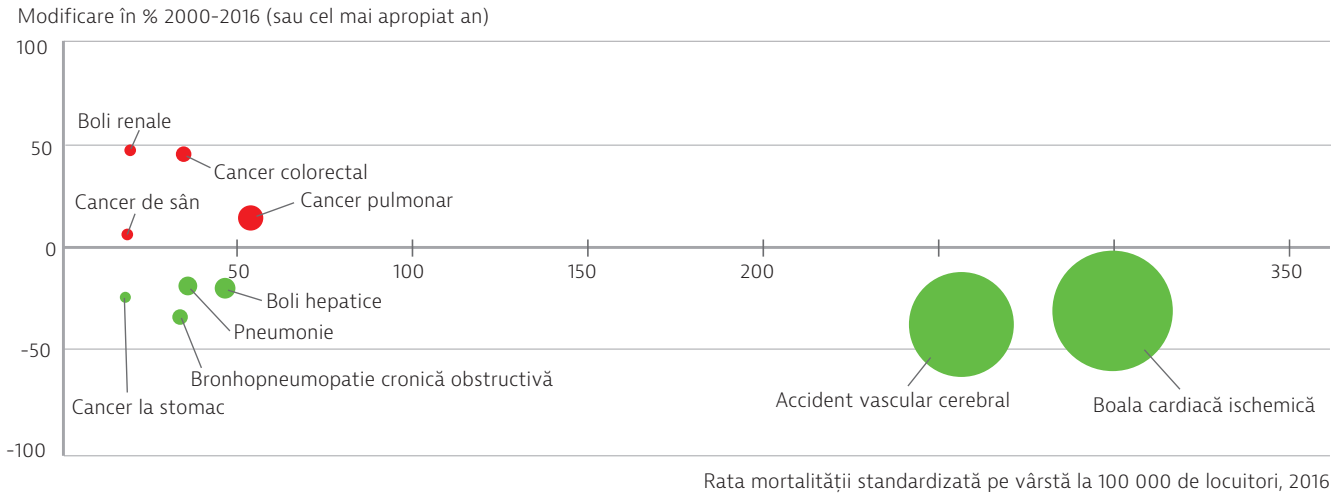
Notă: Datele se referă la speranța de viață la vârsta de 30 de ani. Persoanele cu studii superioare sunt persoanele care au absolvit învățământul terțiar (ISCED 5-8), în timp ce persoanele cu un nivel scăzut de studii sunt persoanele care nu au absolvit învățământul secundar (ISCED 0-2).
Sursa: Baza de date Eurostat (datele se referă la anul 2016).

Numărul deceselor cauzate de cancer a crescut, în timp ce bolile cardiovasculare constituie cauza principală a deceselor

Boala cardiacă ischemică și accidentul vascular cerebral sunt principalele cauze de deces, reprezentând împreună peste 550 de decese la 100 000 de locuitori în 2016 (figura 3). Rata mortalității cauzate de boala cardiacă ischemică este de aproape trei ori mai mare în România decât în UE în ansamblu. În pofida unei reduceri accentuate începând din anul 2000, accidentul vascular cerebral rămâne a doua cauză de deces, în ordinea importanței, înregistrându-se 256 de decese la 100 000 de locuitori în 2016, mult peste media UE de 80.

Cancerul pulmonar reprezintă cea mai frecventă cauză de deces cauzat de cancer, rata mortalității crescând cu aproape 14 % din 2000, în principal din cauza ratelor ridicate ale fumatului. În ultimii ani, au crescut, de asemenea, ratele mortalității legate de alte tipuri de cancer, în special pentru cazurile de cancer colorectal și de cancer de sân (secțiunea 5.1).

Figura 3. Bolile cardiovasculare reprezintă cauza principală a mortalității, dar decesele cauzate de cancer sunt în creștere



Notă: Dimensiunea bulelor este proporțională cu ratele mortalității în 2016.
Sursa: Baza de date Eurostat.

Majoritatea românilor declară că au o stare bună de sănătate, dar proporția scade odată cu vârsta mai mult decât în UE în ansamblu

În pofida nivelurilor ridicate de nevoi nesatisfăcute de asistență medicală (secțiunea 5.2), trei sferturi dintre români susțin că au o stare bună de sănătate (71 % în 2017), puțin mai mulți decât media UE. La fel ca și în alte țări, proporția persoanelor care declară că au o stare bună de sănătate scade drastic odată cu înaintarea în vârstă: de la 94 % dintre românii cu vârsta cuprinsă între 16 și 44 de ani, la 69 % dintre persoanele cu vârsta cuprinsă între 45 și 64 de ani și la 23 % dintre persoanele cu vârsta de cel puțin 65 de ani. Această scădere este mai accentuată decât media UE, cifrele pentru UE în ansamblu fiind: 87,5 % pentru persoanele cu vârsta cuprinsă între 16 și 44 de ani, 66,8 % pentru persoanele cu vârsta cuprinsă între 45 și 64 de ani și 41,4 % pentru persoanele cu vârsta de cel puțin 65 de ani. Este imposibilă cuantificarea decalajelor în ceea ce privește starea de sănătate autodeclarată în funcție de etnie, întrucât colectarea de statistici pe grupe etnice este interzisă, iar datele raportate se referă doar la populația generală. Prin urmare, nu sunt disponibile date privind starea de sănătate a populației de etnie romă sau a oricărui alt grup etnic din România, deși se știe că există probleme legate de accesul la asistența medicală (secțiunea 5.2).

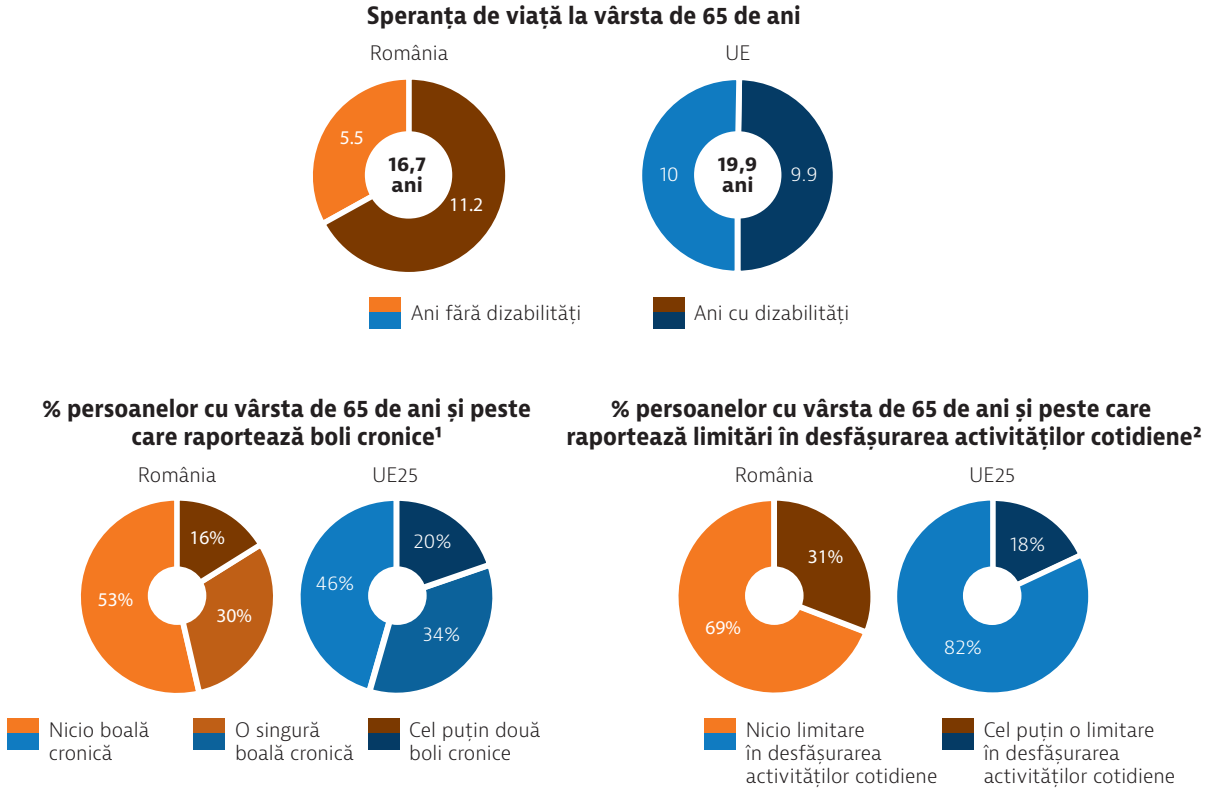
Bolile cronice sau dizabilitățile după vârsta de 65 de ani le afectează mai mult pe femei decât îi afectează pe bărbați

În 2017, românii cu vârsta de 65 de ani se puteau aștepta să mai trăiască încă 16,7 ani, o creștere de aproape doi ani față de anul 2000. Cu toate acestea, după vârsta de 65 de ani, se trăiește mai mulți ani din viață cu o boală cronică sau cu o dizabilitate, situație care plasează în acest sens România peste media UE (figura 4). Deși disparitatea de gen în ceea ce privește speranța de viață la vârsta de 65 de ani rămâne substanțială (bărbații români având o speranță de viață cu aproximativ trei ani și jumătate mai mică decât femeile), disparitatea este în concordanță cu media UE. În ceea ce privește speranța de viață sănătoasă[1], în medie, femeile trăiesc doar puțin mai mult decât bărbații într-o stare bună de sănătate (5,1 ani pentru bărbați, față de 5,9 la femei în 2017).

Deși numai 46 % dintre românii cu vârsta peste 65 de ani declară că au una sau mai multe boli cronice (comparativ cu 54 % în UE), majoritatea pot să trăiască în continuare în mod independent până la bătrânețe. Cu toate acestea, 31 % dintre românii cu vârsta peste 65 de ani raportează că se confruntă cu unele limitări în desfășurarea activităților cotidiene, precum îmbrăcarea și hrănirea, procentul fiind mult mai mare decât media UE.

1: „Speranța de viață sănătoasă" măsoară numărul de ani pe care oamenii se pot aștepta să îi trăiască fără dizabilități la diferite vârste.

Figura 4. Ceva mai puțin de jumătate dintre persoanele cu vârsta de cel puțin 65 de ani suferă de o afecțiune cronică



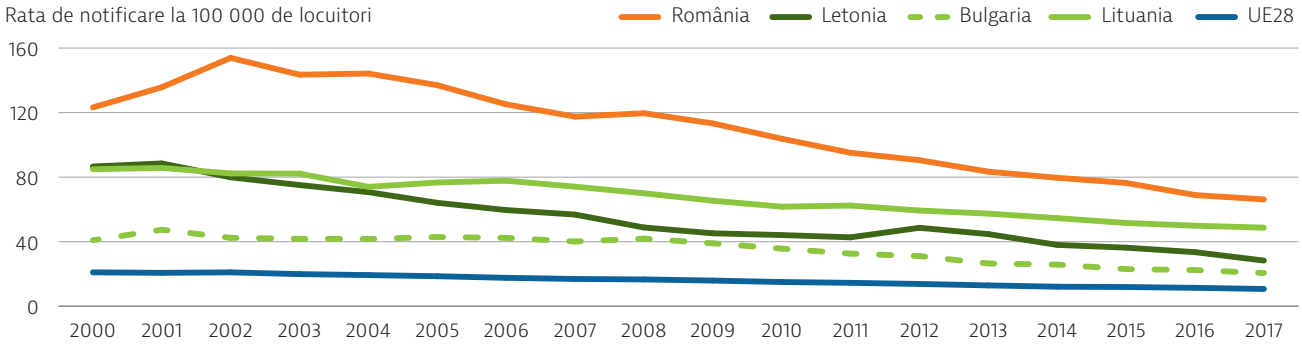
Note: 1. Bolile cronice includ infarctul miocardic, hipertensiunea arterială, nivelul crescut al colesterolului sangvin , accidentele vasculare cerebrale, diabetul, boala Parkinson, boala Alzheimer, artrita reumatoidă și osteoartrita. 2. Activitățile cotidiene de bază includ îmbrăcarea, deplasarea prin cameră, îmbăierea sau folosirea dușului, hrănirea, urcarea sau coborârea din pat și folosirea toaletei.
Surse: Baza de date Eurostat pentru speranța de viață și speranța de viață sănătoasă (datele se referă la anul 2017); sondaj SHARE pentru alți indicatori (datele se referă la anul 2017).

Tuberculoza rămâne o problemă majoră de sănătate publică în România

Combaterea anumitor boli infecțioase, precum tuberculoza (TBC) și rujeola, continuă să fie o problemă importantă de sănătate publică în România. Numărul cazurilor de TBC a scăzut în ultimul deceniu, dar rămâne în continuare cel mai ridicat din UE (aproximativ 13 000 de cazuri în 2017).

Ratele de notificare pentru toate cazurile de TBC sunt, de asemenea, în scădere, dar rămân mult peste media UE/SEE (66,2 față de 10,7 la 100 000 în 2017) (figura 5). Rujeola este, de asemenea, o problemă persistentă de sănătate publică în România, rata de notificare fiind printre cele mai ridicate din UE (102,1 la 1 milion de locuitori în 2018, comparativ cu 26,2 în UE în ansamblu). Această tendință este legată de gradul scăzut al ratei de imunizare (secțiunea 5.1).

Figura 5. Deși s-a diminuat în ultimii ani , numărul cazurilor de TBC din România este în continuare cel mai ridicat din UE



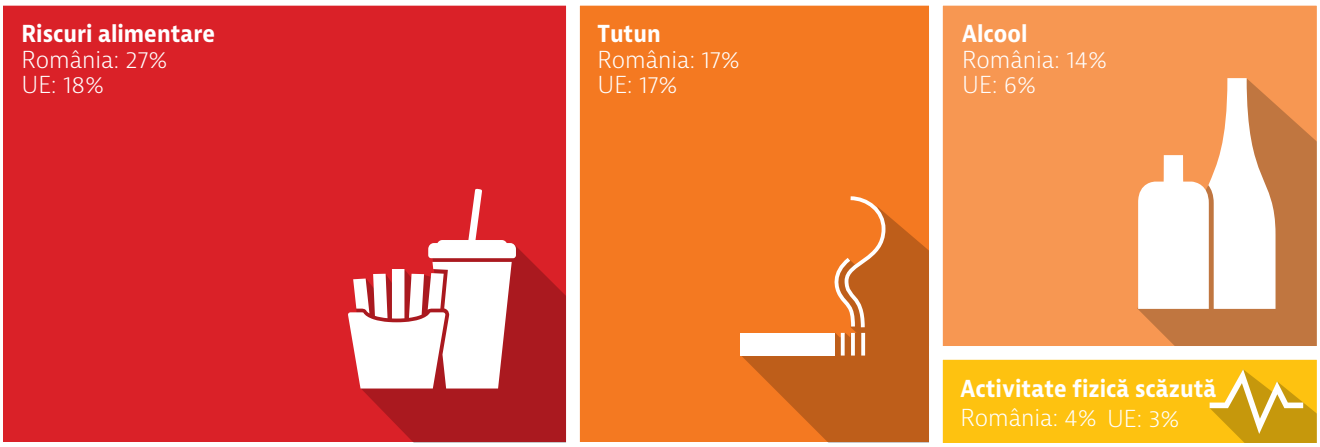
Sursa: Date de supraveghere ale ECDC pentru tuberculoză.

3 Factori de risc

Factorii de risc comportamentali constituie cauza a peste jumătate din totalul deceselor

Peste jumătate din totalul deceselor din România pot fi atribuite unei serii de factori de risc comportamentali, care includ dieta neadecvată, consumul de tutun, consumul de alcool și activitatea fizică scăzută (62 %), cifra situându-se mult peste media UE (44 %) (figura 6). Riscurile alimentare (27 %) includ aportul insuficient de fructe și legume și consumul excesiv de zahăr și sare. Consumul de tutun (incluzând fumatul activ și fumatul pasiv) este cauza unei proporții de aproximativ 17 % din totalul deceselor, în timp ce 14 % dintre decese pot fi atribuite consumului de alcool, valoare de peste două ori mai mare decât proporția observată la nivelul UE (6 %). Alte 4 % dintre decese sunt legate de nivelurile scăzute de activitate fizică.

Figura 6. Factorii de risc comportamentali sunt cauza unui număr semnificativ de decese



Notă: Numărul total de decese legate de acești factori de risc (135 000) este mai mic decât suma fiecăruia luat în parte (165 000), deoarece același deces poate fi atribuit mai multor factori. Riscurile alimentare includ 14 componente, cum ar fi consumul redus de fructe și legume și consumul ridicat de sare și de băuturi răcoritoare cu conținut ridicat de zahăr.
Sursa: IHME (2018), Global Health Data Exchange (estimările se referă la anul 2017).

Dieta nesănătoasă și activitatea fizică scăzută nu par să aibă vreun impact asupra obezității la adulți

Aproape trei cincimi dintre adulții români (59 %) raportează că nu mănâncă cel puțin un fruct pe zi și o proporție similară dintre aceștia nu consumă legume, în pofida campaniilor recente pentru o alimentație sănătoasă (secțiunea 5.1). Aceste cifre sunt mult mai mari decât în majoritatea țărilor UE (figura 7). Proporția de 38 % a adulților din România care declară că desfășoară săptămânal cel puțin activități moderate este cea mai mică din UE. În pofida prevalenței dietelor nesănătoase și a activității fizice scăzute, rata obezității adulților din România este cea mai mică din UE (doar unul din zece adulți era obez în 2017, în timp ce media UE a fost de 15 %). Cu toate acestea, excesul de greutate sau obezitatea devine tot mai răspândit(ă) în rândul copiilor, unul din șase adolescenți fiind supraponderal sau obez în perioada 2013-2014.

Unul din cinci adulți români fumează zilnic

Consumul de tutun este o provocare majoră pentru sănătatea publică în România. În pofida unei ușoare reduceri a ratelor fumatului începând din 2008, unul din cinci adulți încă fuma zilnic în 2014, în concordanță cu media UE (figura 7). Există o disparitate de gen majoră în ceea ce privește fumatul, ratele fumatului în rândul bărbaților (32 %) fiind de patru ori mai mari decât cele în rândul femeilor (8 %). Consumul regulat de tutun de către adolescenți este, de asemenea, un motiv de îngrijorare, aproape o treime dintre tinerii de 15 și 16 ani declarând în 2015 că au fumat în cursul lunii precedente, această rată fiind printre cele mai mari din UE. Nu sunt încă vizibile efectele Legii din 2016 pentru prevenirea și combaterea consumului produselor din tutun (a se vedea secțiunea 5.1).

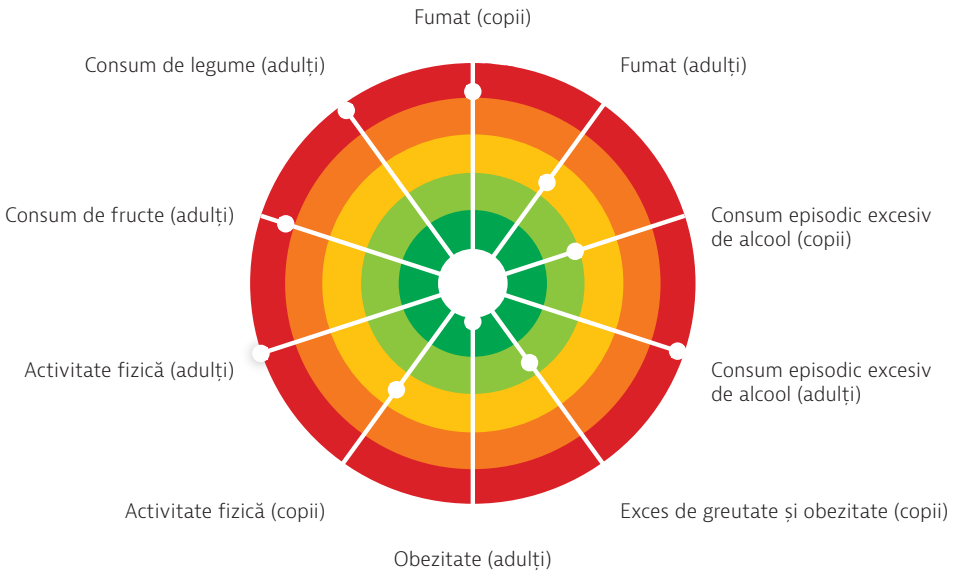
Consumul excesiv de alcool este o problemă majoră, în special în rândul bărbaților din România

În medie, peste o treime dintre adulții din România au declarat că consumă episodic alcool în exces (consum episodic excesiv de alcool)[2] cel puțin o dată pe lună, ceea ce reprezintă o rată aflată pe locul doi în UE (35 % față de 20 % în medie în UE). Mai mult, această cifră arată o diferență semnificativă între sexe, întrucât peste 50 % din bărbați au raportat consumul excesiv de alcool. Doi din cinci adolescenți de 15 și 16 ani din România au declarat în 2015 că au experimentat cel puțin un episod de consum excesiv de alcool în cursul lunii precedente. Această rată este, de asemenea, peste media UE și constituie un motiv serios de îngrijorare, având în vedere asocierea dintre consumul excesiv de alcool și vătămările accidentale, în special la adolescenți.

Obezitatea, spre deosebire de multe alte comportamente de risc, este strâns legată de nivelul de studii

Persoanele cu un nivel mai scăzut de studii sau cu venituri mai mici sunt, în general, mai predispuse să se confrunte cu factori de risc comportamentali; cu toate acestea, numai obezitatea indică existența unor inegalități frapante în România. De exemplu, aproape 11 % dintre persoanele cu un nivel mai scăzut de studii erau obeze în 2017, comparativ cu 7,5 % în rândul persoanelor cu studii superioare. În ceea ce privește fumatul, rezultatele sunt inversate, aproape 13,5 % dintre persoanele din grupurile cu un nivel mai scăzut de studii fiind fumători regulați, comparativ cu aproape 21 % dintre persoanele din grupurile cu cel mai înalt nivel de studii. Cu toate acestea, rata fumatului a fost similară pentru ambele grupuri, cel al persoanelor cu venituri mari și cel al persoanelor cu venituri mici (18-20 %).

Figura 7. Toți factorii de risc comportamentali, în afară de obezitate, sunt foarte răspândiți



Notă: Cu cât bulina este mai aproape de centru, cu atât țara are performanțe mai bune comparativ cu alte țări UE. Nicio țară nu se află în „zona-țintă" albă, deoarece este loc pentru progres în toate țările, în toate domeniile.
Sursa: Calcule OCDE pe baza anchetei ESPAD din 2015 și a anchetei HBSC din perioada 2013-2014 pentru indicatorii referitori la copii și EU-SILC 2017, EHIS 2014 și Statisticile OCDE din 2019 în domeniul sănătății pentru indicatorii referitori la adulți.

2: *Consumul episodic excesiv de alcool este definit ca fiind consumarea a șase sau mai multe băuturi alcoolice cu o singură ocazie pentru adulți și a cinci sau mai multe băuturi alcoolice pentru copii.*

4 Sistemul de sănătate

România are un sistem de asigurări sociale de sănătate foarte centralizat

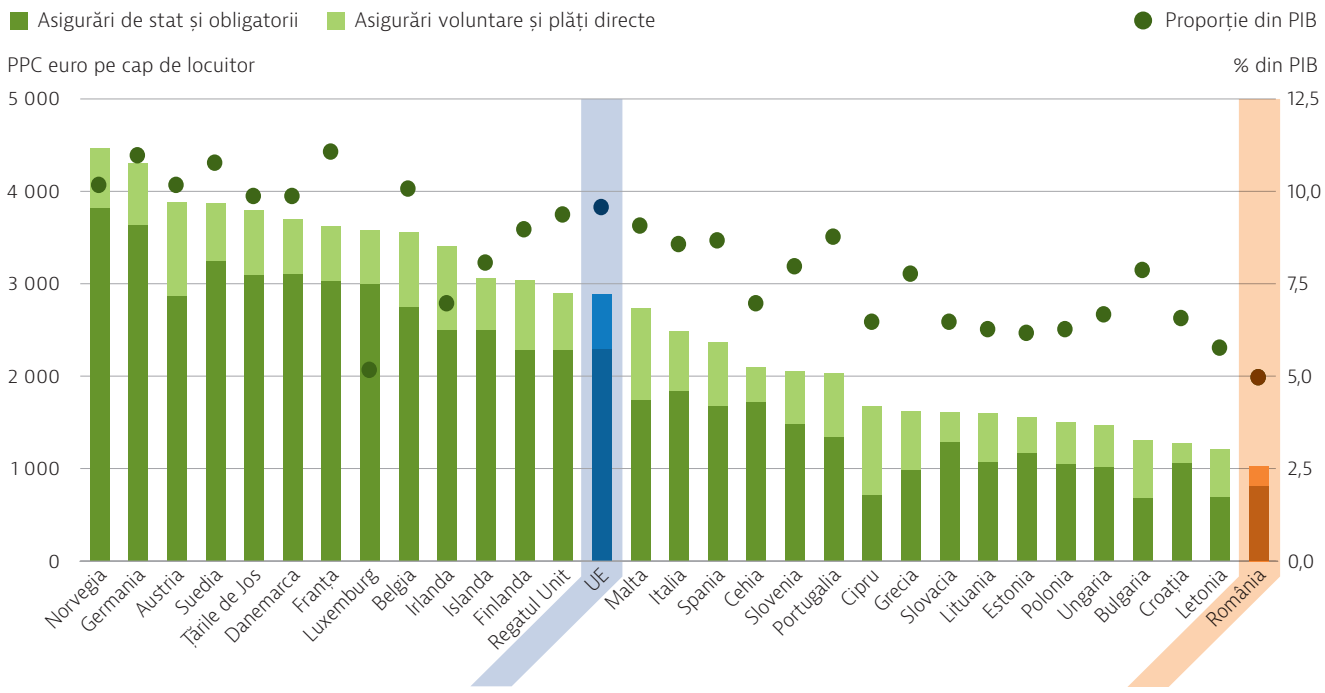
Sistemul de sănătate din România se bazează pe un model de asigurări sociale de sănătate în care rolul statului este major. Ministerul Sănătății este responsabil pentru guvernanța generală, în timp ce Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) administrează și reglementează sistemul. Atât Ministerul Sănătății, cât și CNAS sunt reprezentate la nivel local prin autoritățile județene din domeniul sănătății publice și prin casele județene de asigurări de sănătate. Serviciile de asistență medicală sunt furnizate în 41 de județe și în București, în conformitate cu normele stabilite la nivel central. Casele județene de asigurări de sănătate cumpără servicii de la furnizorii de servicii medicale (medici generaliști/ medici de familie, medici specialiști, laboratoare, spitale, furnizori de servicii de îngrijire la domiciliu etc.) la nivel local; în plus, furnizorii de servicii medicale pot fi plătiți de Ministerul Sănătății în cadrul programelor naționale de sănătate.

Angajatorii nu contribuie în mod direct la sistemul de asigurări sociale de sănătate din România. Până în 2017, angajatorii își transferau cota contribuțiilor de asigurări sociale de sănătate către CNAS în numele angajaților, dar, cu toate acestea, angajatorii omiteau în mod sistematic să plătească. În urma adoptării noii legislații, angajații au devenit responsabili pentru plata primei complete și, în același timp, salariile au crescut pentru a include suma pe care trebuiau să o acopere angajatorii. De asemenea, există o serie de scutiri de la plata contribuțiilor care operează în sistem. Pentru unele grupuri vulnerabile (cum ar fi șomerii, pensionarii cu pensii mici și persoanele care beneficiază de prestații sociale), statul plătește din buget, în numele acestora, către CNAS o contribuție de asigurări sociale de sănătate, pentru a garanta acoperirea serviciilor lor de sănătate. Serviciile de sănătate utilizate de alte grupuri (cum ar fi copiii și studenții sub 26 de ani, femeile însărcinate, persoanele cu dizabilități și bolnavii cronici) sunt finanțate din contribuțiile de asigurări sociale de sănătate ale populației active. În general, numărul redus de persoane care contribuie la asigurările sociale de sănătate are drept rezultat o subfinanțare cronică a sistemului de sănătate (secțiunea 5.3).

Majoritatea cheltuielilor pentru sănătate provin din surse publice, dar cheltuielile generale sunt foarte scăzute

România cheltuiește mai puțin pe sănătate decât orice altă țară din UE atât pe cap de locuitor, cât și ca proporție din PIB. Deși cheltuielile pentru sănătate au crescut sistematic în ultimii ani, în 2017, România a cheltuit pentru sănătate 1 029 EUR pentru fiecare persoană (valoare ajustată în funcție de diferențele în ceea ce privește puterea de cumpărare), mai puțin de jumătate din media UE de 2 884 EUR (figura 8), sau 5 % din PIB (comparativ cu media UE de 9,8 %). Peste trei sferturi din cheltuielile pentru sănătate sunt finanțate din fonduri publice (79,5 % în 2017), în concordanță cu media UE de 79,3 %. Cea de a doua sursă de venituri în ordinea importanței o reprezintă plățile directe, care au însemnat 20,5 % din cheltuielile pentru sănătate în 2017 (secțiunea 5.2). Plățile informale sunt considerate a fi substanțiale, deși nu se cunoaște valoarea lor totală.

Figura 8. Cheltuielile pentru sănătate sunt mai mici în România decât în orice altă țară din UE



Sursa: Statisticile OCDE din 2019 în domeniul sănătății (datele se referă la anul 2017).

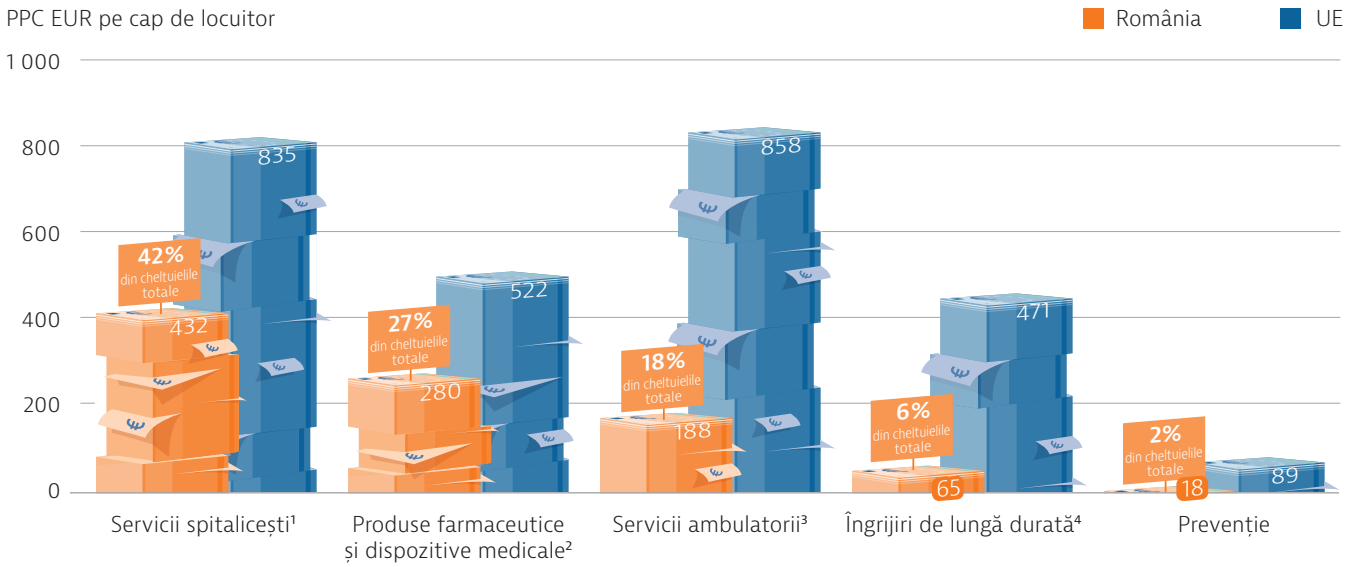
Cheltuielile cu spitalele predomină, în timp ce eforturile politice încearcă să consolideze asistența medicală primară

Trecerea la asistența medicală ambulatorie se află într-un stadiu incipient, peste 42 % dintre cheltuielile pentru sănătate fiind încă direcționate către serviciile spitalicești (comparativ cu media UE de 29 %), deși valoarea totală pe cap de locuitor rămâne scăzută în termeni absoluți, totalizând aproximativ jumătate din cheltuielile din UE în ansamblu (Comisia Europeană, 2019a). Un procent suplimentar de 27 % este cheltuit pe produse farmaceutice și pe produse de uz medical. Această valoare este deosebit de ridicată în comparație cu cea a altor țări și, ca procent, se situează pe locul trei în UE după Bulgaria și Slovacia.

Din nou, însă, valoarea absolută a cheltuielilor pe cap de locuitor pentru produsele farmaceutice (280 EUR) rămâne relativ scăzută, România cheltuind doar puțin peste jumătate din media UE (522 EUR) (figura 9).

În pofida eforturilor de consolidare a asistenței medicale primare și a asistenței comunitare, susținute de Strategia Națională de Sănătate 2014–2020, proporția cheltuielilor pentru sănătate dedicate asistenței medicale primare și ambulatorii rămâne pe locul doi între cele mai scăzute din UE (18 %, comparativ cu media UE de 30 %). De asemenea, România cheltuiește foarte puțin pentru prevenție, numai 18 EUR pentru fiecare persoană în 2017 sau 1,7 % din totalul cheltuielilor pentru sănătate, comparativ cu 3,1 % la nivelul UE.

Figura 9. Finanțarea asistenței medicale este orientată către serviciile spitalicești



Note: Nu sunt incluse cheltuielile administrative. 1. Include serviciile medicale curative și de recuperare în spitale și în alte unități; 2. Include numai piața serviciilor ambulatorii; 3. Include serviciile de îngrijire la domiciliu; 4. Include numai componenta de sănătate.
Surse: Statisticile OCDE din 2019 în domeniul sănătății; Baza de date Eurostat (datele se referă la anul 2017).

Pachetul de beneficii este cuprinzător însă trebuie realizată acoperirea universală

Sistemul de asigurări sociale de sănătate permite accesul persoanelor asigurate la un pachet complet de servicii, în timp ce persoanele neasigurate nu au dreptul decât la un set minim de servicii. În practică, numai aproximativ 89 % din populația României era acoperită de sistemul de asigurări sociale de sănătate în 2017. Există lacune în materie de acoperire pentru lucrătorii din economia informală, șomerii neînregistrați și persoanele de etnie romă fără carte de identitate care nu sunt înregistrate și nu plătesc contribuții de asigurări sociale de sănătate (secțiunea 5.2).

Deși nu există coplăți pentru asistența medicală ambulatorie, iar coplățile pentru spitalizare sunt relativ mici, sunt aplicate coplăți mai semnificative medicamentelor eliberate pe bază de prescripție medicală în cadrul asistenței medicale ambulatorii, în special în cazul în care acestea sunt de marcă sau depășesc un anumit plafon de preț. Mai mult, 60 % din populație este scutită de coplată pentru asistența spitalicească, inclusiv copiii sub 18 ani și tinerii cu vârsta de până la 26 de ani dacă sunt înscriși în orice formă de învățământ, pacienții care sunt acoperiți de programele naționale de sănătate, femeile însărcinate fără venituri și toți pensionarii (din 2018).

România are mai puțini medici și asistenți medicali pe cap de locuitor decât majoritatea țărilor UE

În pofida creșterii forței de muncă în domeniul sănătății în decursul ultimului deceniu, sistemul de sănătate din România este afectat în continuare de deficite de medici și de asistenți medicali. În 2017, existau 2,9 medici practicanți la 1 000 de locuitori, cifră aflată pe locul trei între cele mai scăzute cifre din UE (media UE fiind de 3,6) și 6,7 asistenți medicali la 1 000 de locuitori (media UE fiind de 8,5). Emigrarea personalului medical în căutarea unor perspective mai bune de carieră și remunerație în străinătate a contribuit la crearea unui deficit intern de profesioniști în domeniul sănătății, cu consecințe negative

asupra accesului la serviciile de îngrijire (a se vedea secțiunea 5.2). Guvernul a reacționat la această problemă luând măsuri pentru a încerca să îi păstreze pe acești profesioniști în țară și să facă mai atractive locurile de muncă din sectorul sănătății (caseta 1).

Caseta 1. Reformele recente au vizat deficitele grave de forță de muncă din domeniul sănătății

În ultimul timp, România înregistrează o emigrație semnificativă a profesioniștilor din domeniul sănătății, mai ales de la aderarea la UE în 2007, și un număr semnificativ de profesioniști au părăsit sectorul sănătății publice din cauza remunerației reduse și a condițiilor de muncă precare. De asemenea, în ultimii ani au avut loc numeroase proteste și greve. Ca răspuns, guvernul a acordat creșteri salariale substanțiale personalului medical în 2018, cu creșteri salariale mai modeste programate în următorii trei ani. Cu toate acestea, îmbunătățirea altor aspecte ale vieții profesionale este o mare provocare, având în vedere constrângerile bugetare importante, deși au fost luate unele măsuri preliminare în direcția unor investiții în îmbunătățirea infrastructurii din cadrul unităților de îngrijire medicală (secțiunea 5.3).

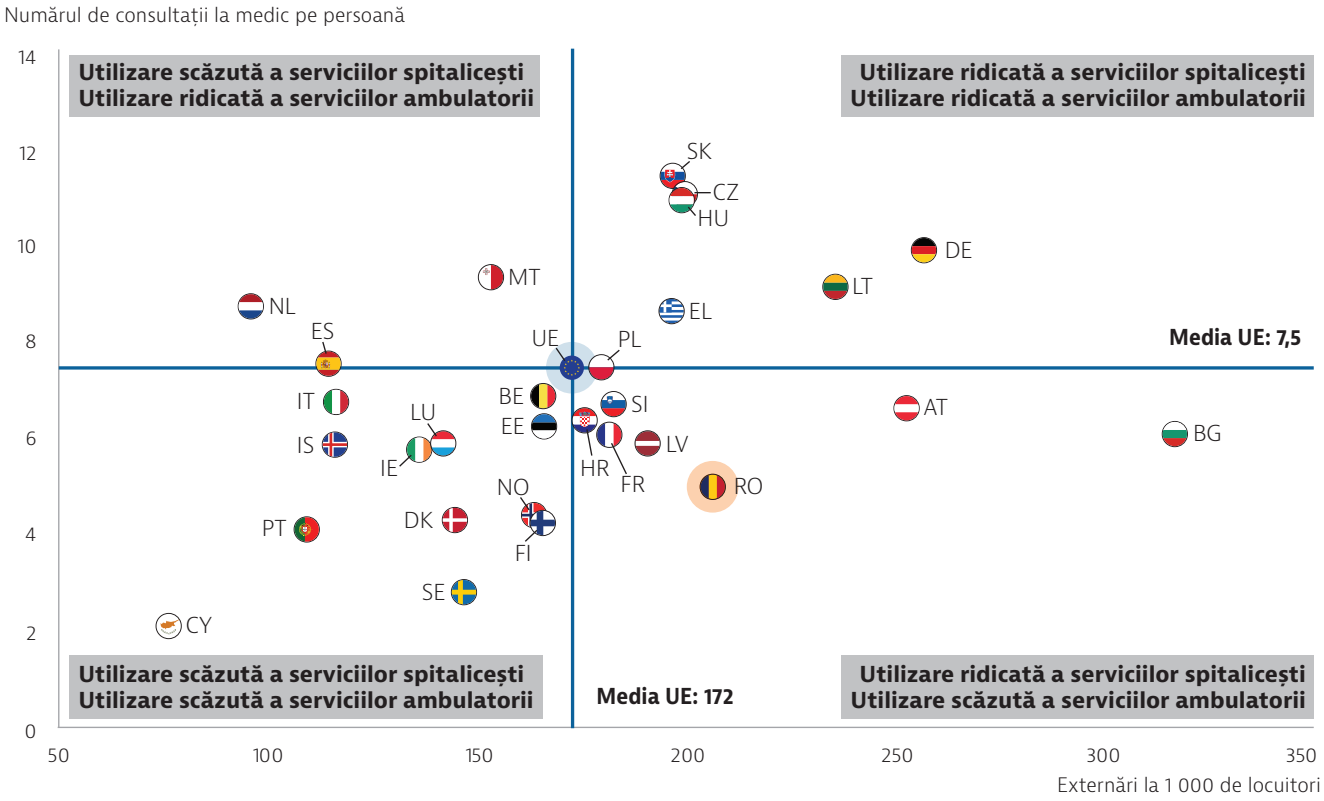
Trecerea la asistența medicală comunitară integrată este îngreunată de numărul scăzut de medici generaliști și de utilizarea în exces a spitalelor

Medicii generaliști oferă asistență medicală primară în principal în cadrul cabinetelor individuale (private) aflate în contract cu casele județene de asigurări de sănătate. Aceștia au un rol de control al accesului, deși pacienții cu anumite afecțiuni cronice pot să recurgă direct la specialiști. Medicii generaliști reprezentau numai 22 % din forța de muncă în rândul medicilor în 2016, ceea ce este în concordanță cu media UE, însă procentul a scăzut de la valoarea de 29 % înregistrată în 2010. Tendința de scădere reprezintă o adevărată problemă pentru eforturile continue de consolidare a rolului asistenței medicale primare.

Asistența medicală primară continuă să fie insuficient utilizată, în timp ce serviciile spitalicești sunt utilizate excesiv, astfel cum o demonstrează ratele foarte mari de externări (figura 10 și secțiunea 5.3). În 2016, cetățeanul obișnuit din România a consultat un medic în cadrul asistenței medicale primare sau un medic specialist (în regim ambulatoriu) doar de cinci ori, față de media UE de 7,5 consultații. Pacienții se bazează adesea pe serviciile de urgență din spitale dacă au nevoie de asistență medicală, inclusiv de îngrijiri fără caracter urgent.

O altă caracteristică a sistemului de sănătate este lipsa integrării între diferite sectoare, și anume sănătatea publică, asistența medicală primară și serviciile medicale spitalicești. Acest lucru conduce la o continuitate precară a serviciilor de asistență furnizate pacienților. Legislația adoptată în iulie 2017 a aprobat un protocol de colaborare, un instrument pentru implementarea la nivelul instituțiilor a asistenței medicale comunitare integrate. Protocolul integrează asistența medicală în nevoile mai ample ale populației și combină serviciile sociale, de sănătate, de educație, de ocupare a forței de muncă și locative pentru a scoate cetățenii din sărăcie și pentru a promova integrarea lor socială și economică mai largă.

Figura 10. Asistența medicală ambulatorie rămâne insuficient utilizată în România



Notă: Datele privind consultațiile la medic sunt estimative pentru Grecia și Malta.
Sursa: Baza de date Eurostat. Statistici OCDE în domeniul sănătății (datele se referă la anul 2016 sau la cel mai apropiat an).

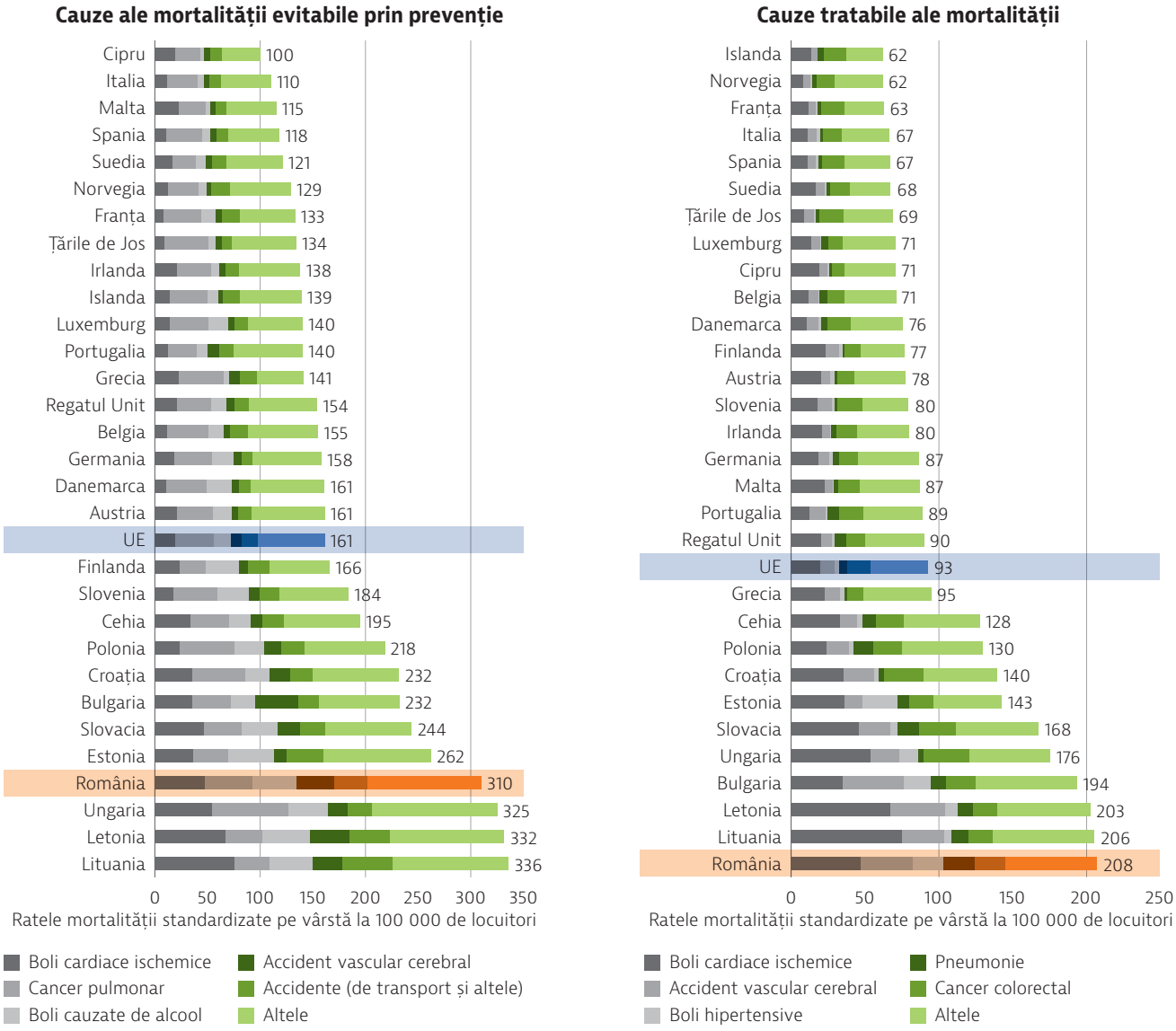
5 Performanța sistemului de sănătate

5.1. Eficacitate

Multe decese ar putea fi evitate printr-o prevenție mai eficientă și printr-un tratament mai bun

Ratele de mortalitate evitabilă prin prevenție și de mortalitate prin cauze tratabile sunt foarte ridicate în România. Rata mortalității evitabile prin prevenție s-a aflat în 2016 pe locul al patrulea printre cele mai ridicate din Europa (figura 11), aspect din care reiese necesitatea unor intervenții eficace în materie de sănătate publică și de prevenție. Principalele cauze ale mortalității evitabile prin prevenție sunt boala cardiacă ischemică, cancerul pulmonar, decesele cauzate de consumul de alcool și accidentele. Rata mortalității prin cauze tratabile a fost cea mai ridicată din UE și a fost, de asemenea, determinată de boala cardiacă ischemică (considerată o boală ce poate fi atât prevenită, cât și tratată), de accidente vasculare cerebrale, de pneumonie și de cancerul colorectal. Acest rezultat reflectă provocările considerabile cu care se confruntă sistemul de sănătate în ceea ce privește furnizarea unui tratament adecvat și în timp util.

Figura 11. Rata deceselor evitabile prin prevenție sau ale căror cauze sunt tratabile este printre cele mai ridicate din UE



Notă: Mortalitatea evitabilă prin prevenție este definită ca decesul care poate fi evitat în principal prin intervenții de sănătate publică și de prevenție primară. Mortalitatea prin cauze tratabile (sau evitabile) este definită ca decesul care poate fi evitat în principal prin intervenții de asistență medicală, inclusiv screening și tratament. Ambii indicatori se referă la mortalitatea prematură (sub vârsta de 75 de ani). Datele se bazează pe listele OCDE/Eurostat revizuite.
Sursa: Baza de date Eurostat (datele se referă la anul 2016).

Eforturile de îmbunătățire a prevenției au avut un succes limitat

Principalii factori de risc care afectează sănătatea românilor sunt obiceiurile alimentare nesănătoase, fumatul, consumul de alcool și nivelurile scăzute de activitate fizică (secțiunea 3). În pofida eforturilor recente orientate către modificarea dietei prin campanii pentru o alimentație sănătoasă, nu există dovezi ale unei scăderi a nivelurilor deja ridicate ale consumului de grăsimi animale și de alimente bogate în calorii, cu conținut excesiv de zahăr și sare.

În 2015, guvernul a înființat un consiliu național care să coordoneze politicile și acțiunile de reducere a consumului excesiv de alcool. Cu toate acestea, până în prezent nu au fost adoptate măsuri concrete care să abordeze această problemă majoră de sănătate publică. Au fost depuse unele eforturi pentru reducerea fumatului, printr-o versiune revizuită a Legii din 2016 pentru prevenirea și combaterea consumului produselor din tutun, care interzice fumatul în toate spațiile publice interioare, cu excepția locurilor desemnate, dotate cu ventilație corespunzătoare.

În 2018, Ministerul Sănătății a anunțat un nou program pentru examinarea factorilor de risc legați de bolile cardiovasculare, cu o alocare de 25 de milioane EUR pentru o perioadă de cinci ani. Programul va fi implementat de medicii generaliști, care vor primi plăți suplimentare, în colaborare cu medicii cardiologi.

Se iau măsuri pentru îmbunătățirea ratelor de imunizare relativ reduse și aflate în scădere

Ratele de imunizare a copiilor sunt printre cele mai scăzute din UE (caseta 2 și figura 12), fapt dovedit de mai multe epidemii de rujeolă înregistrate în ultimii ani în România. Un proiect de lege privind vaccinarea a fost prezentat pentru dezbatere publică în 2017, în scopul de a se reglementa organizarea și finanțarea imunizării (deși legea respectivă nu a fost încă adoptată). Acesta prevede o varietate de măsuri pentru creșterea ratelor de vaccinare, inclusiv strategii de sensibilizare a publicului și de clarificare a responsabilităților tuturor actorilor implicați în imunizare. De asemenea, legislația prevede înființarea unui Grup Tehnic de Coordonare a Activităților de Vaccinare, care să ofere consultanță Ministerului Sănătății.

Caseta 2. Ratele de vaccinare au scăzut dramatic

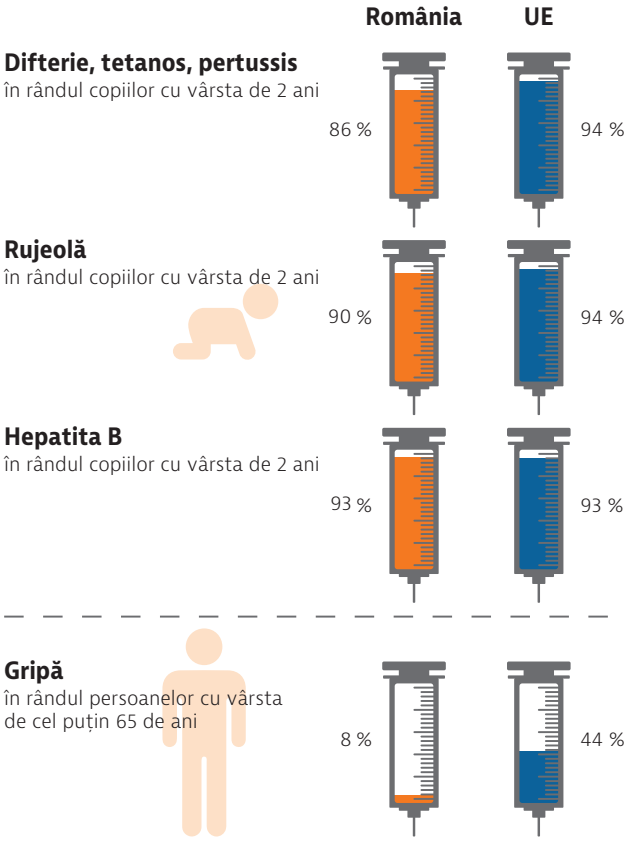
România are un calendar de vaccinare recomandat pentru copii, dar imunizarea nu este obligatorie, iar ratele de vaccinare sunt atât sub mediile europene, cât și sub ținta recomandată de OMS, și anume 95 % (figura 12). Rata scăzută de imunizare a dat naștere mai multor epidemii de rujeolă începând din 2016 (UNICEF, 2019) cu, de exemplu, 3 071 de cazuri de rujeolă raportate în perioada de șase luni cuprinsă între septembrie 2016 și februarie 2017. Noi măsuri naționale au fost aprobate ca reacție la aceste epidemii și la reticența tot mai mare față de vaccinuri, inclusiv scăzând vârsta de administrare a primei doze de vaccin de la 12 luni la 9 luni și recomandându-se ca toți copiii de până la 9 ani să fie vaccinați (Rechel, Richardson & McKee, 2018).

În urma epidemiei grave de rujeolă de la începutul anului 2017, România a optat pentru suspendarea temporară a exporturilor de vaccinuri pentru a asigura stocuri adecvate și pentru a determina creșterea ratei de vaccinare. În România, produsele farmaceutice tind să fie mai puțin scumpe decât în alte țări ale UE (cu excepția unor medicamente noi), ceea ce încurajează exportul paralel și crește probabilitatea unor deficite interne[3]. În 2018, Comisia Europeană a acceptat măsura și a încheiat procedurile de constatare a neîndeplinirii obligațiilor împotriva României. În același timp, România a fost de acord să caute alte modalități de a crește ratele de vaccinare, inclusiv prin pregătire profesională și prin sporirea gradului de sensibilizare, acțiuni sprijinite prin finanțare din partea UE.

Și rata de vaccinare împotriva gripei în rândul persoanelor în vârstă este scăzută (figura 12) și a scăzut semnificativ de la 54 % în 2007 la 8 % în 2017 (ținta OMS este de 75 %). Printre motive se numără informarea insuficientă a populației vârstnice privind dreptul la vaccinare gratuită și faptul că vaccinurile nu ajung în comunitățile nomade, precum cele de etnie romă.

3: Comerțul paralel cu medicamente este permis pe piața unică a UE, dar, în anumite cazuri, statele membre pot restricționa acest comerț atât timp cât măsurile protejează un interes public legitim și sunt justificate, rezonabile și proporționale.

Figura 12. Ratele de vaccinare sunt mult sub media UE



Notă: Datele se referă la a treia doză pentru difterie, tetanos, pertussis și hepatită B și la prima doză pentru rujeolă.
Sursa: Registrul de date al Observatorului Global de Sănătate, al OMS/UNICEF, referitor la copii (datele se referă la anul 2018); Statisticile OCDE din 2019 în domeniul sănătății și Baza de date Eurostat pentru persoanele cu vârsta de cel puțin 65 de ani (datele se referă la anul 2018 sau la cel mai apropiat an).

Cheltuielile pentru prevenție sunt reduse, iar accesul la serviciile de prevenție este neuniform

În 2017, cheltuielile pentru prevenție au reprezentat doar 1,8 % din cheltuielile pentru sănătate în România (media UE este de 3,2 %). Dacă se măsoară cheltuielile pentru prevenție pentru fiecare persoană, se constată că România a cheltuit cel mai puțin pentru prevenție din UE, după Slovacia. În majoritatea programelor naționale de politică în domeniul sănătății, cum ar fi cele care abordează cancerul sau sănătatea mamei și a copilului, locul acordat componentei referitoare la prevenție este redus, iar accentul se pune în principal pe îngrijirea curativă. De asemenea, populația nu dispune de un acces echitabil la resurse destinate promovării sănătății și educației pentru sănătate, cele mai vulnerabile grupuri, precum persoanele de etnie romă și persoanele fără adăpost, confruntându-se cu obstacole semnificative în ceea ce privește accesul. În prezent, există unele măsuri noi pentru îmbunătățirea accesului la intervențiile preventive (și efectiv, într-un sens mai larg, la serviciile de asistență medicală) pentru comunitățile excluse (a se vedea secțiunea 5.2 și caseta 3 referitoare la programul privind mediatorii sanitari de etnie romă).

Rezultatele privind cancerul rămân relativ slabe, dar noile inițiative încearcă să îmbunătățească procesul de screening, diagnosticare și tratament

Ratele de supraviețuire la cinci ani în urma unor tipuri de cancer tratabile, cum ar fi cancerul de sân, de prostată și de col uterin, sunt mult sub mediile UE (figura 13), în special, pentru tipurile de cancer care pot fi prevenite prin reducerea la minimum a factorilor de risc, cum ar fi cancerul pulmonar (11 %), de stomac (3 %) și hepatic (13 %). Rezultatele slabe menționate sugerează că este necesar ca tratamentul să fie administrat la timp, iar eficacitatea sa să crească. Acest aspect este recunoscut de guvern, care implementează Planul Național Multianual Integrat de Control al Cancerului pentru perioada 2016-2020, în încercarea de a îmbunătăți diagnosticarea și tratamentul în cazul celor mai comune tipuri de cancer.

De asemenea, nu se face un screening sistematic pentru această boală, se înregistrează o participare scăzută la această procedură și o calitate sub nivelul optim a practicilor de screening. În 2014, doar un sfert dintre femeile cu vârsta cuprinsă între 20 și 69 de ani au declarat că au făcut screeningul pentru cancerul de col uterin în cei doi ani precedenți (comparativ cu media UE de 66 %). Doar 6 % dintre femeile din România cu vârsta cuprinsă între 50 și 69 de ani au raportat că au efectuat un screening pentru cancerul de sân în aceeași perioadă (media UE: 60 %) și doar 5 % dintre cele cu vârsta cuprinsă între 50 și 74 de ani făcuseră testul pentru cancer colorectal (media UE: 47 %). În perioada 2018-2019, cu sprijinul fondurilor structurale ale UE și al Băncii Mondiale, au fost introduse programe naționale de screening pentru cancerul de sân, de col uterin și colorectal.

Figura 13. Ratele de supraviețuire la cinci ani pentru cancer în România sunt mai mici decât cele din UE



Notă: Datele se referă la persoanele diagnosticate în perioada 2010-2014.
Sursa: Programul CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Datele disponibile despre calitatea asistenței medicale sunt insuficiente

În general, informațiile privind calitatea asistenței medicale din România par a fi insuficiente. Furnizorii de asistență medicală nu colectează în mod curent indicatori privind siguranța pacienților și există o lipsă de date comparabile la nivel internațional cu privire la indicatorii de calitate pentru asistența spitalicească, cum ar fi spitalizările evitabile sau mortalitatea în urma spitalizărilor pentru afecțiuni acute. Acest lucru este determinat în mare parte de faptul că asigurarea calității asistenței medicale este încă în curs de dezvoltare, datele fiind fie indisponibile, fie considerate prea puțin fiabile pentru a duce la luarea unor decizii.

Rezistența la antimicrobiene a fost recunoscută drept o preocupare majoră

Nivelurile de rezistență la antimicrobiene se mențin ridicate în România. În 2017, s-a constatat în urma testărilor că 22,5 % din izolatele de Klebsiella pneumoniae erau rezistente la carbapeneme, o clasă puternică de antibiotice de ultimă linie. Această cifră este pe locul trei în lista celor mai mari procente din UE, deși a scăzut din 2016 (31,4 %) (ECDC, 2018). Începând din noiembrie 2018, s-au luat măsuri privind rezistența la antimicrobiene, inclusiv prin înființarea Comitetului Național Multisectorial pentru limitarea rezistenței microbiene, cu scopul de a monitoriza punerea în aplicare a unei strategii naționale de combatere a acestei rezistențe. Rezistența la antimicrobiene a fost, de asemenea, selectată ca fiind una dintre prioritățile Președinției române a Consiliului UE în prima jumătate a anului 2019. Aceasta a culminat cu adoptarea Concluziilor privind etapele următoare către transformarea UE într-o regiune în care se aplică cele mai bune practici în cadrul Consiliului pentru Ocuparea Forței de Muncă, Politică Socială, Sănătate și Consumatori (EPSCO) din iunie 2019.

Este necesară o reorganizare urgentă a serviciului de donare de sânge

Existența unor rezerve sigure de sânge este esențială pentru organizarea intervențiilor chirurgicale, a asistenței de urgență, a terapiei intensive și a îngrijirii pacienților cu cancer. Cu toate acestea, un audit din 2017 a identificat multe deficiențe care pun în pericol siguranța și calitatea rezervelor de sânge din România. Problemele includ o gamă largă de aspecte, inclusiv organizarea, TIC, investițiile, formarea, precum și mandatele politice și legale. Prin urmare, autoritățile române reunesc factori de decizie esențiali, precum și experți internaționali din alte state membre ale UE cu experiențe similare pentru a dezvolta, în următorii 2-3 ani, un plan de acțiune concret și avizat pentru reorganizarea serviciului de donare de sânge.

5.2. Accesibilitate

Numărul românilor care nu beneficiază de asigurare medicală este semnificativ

Sistemul de asigurări sociale de sănătate din România are scopul de a oferi o acoperire universală de asigurări de sănătate, iar participarea la sistemul de asigurări sociale de sănătate este obligatorie pentru persoanele care nu beneficiază de scutiri. În practică, sistemul de asigurări sociale de sănătate a acoperit doar 89 % din populație în 2017, cu lacune în materie de acoperire pentru lucrătorii din economia informală, pentru persoanele care nu dețin carte de identitate și pentru alte câteva grupuri care nu sunt înregistrate și nu plătesc contribuții de asigurări sociale de sănătate (secțiunea 4). Numărul românilor care nu beneficiază de asigurare medicală este totuși dificil de cuantificat (caseta 3), din cauza numărului semnificativ de români care lucrează în străinătate, care sunt încă considerați rezidenți (aproximativ 3-4 milioane) și care apar astfel în statistici ca nefiind asigurați. Românii care nu sunt acoperiți de sistemul de asigurări sociale de sănătate au acces doar la un pachet minim de servicii, care este limitat la asistența de urgență, tratamentul bolilor transmisibile și îngrijirile prenatale.

Pachetul de servicii este cuprinzător, cu toate acestea asistența stomatologică nu este acoperită în mod automat

Fiecărei persoane asigurate din România i se acordă acces la un pachet cuprinzător de servicii, care include prevenția, asistența medicală ambulatorie primară și de specialitate, precum și serviciile medicale spitalicești. Principala lacună în materie de acoperire este asistența stomatologică: numai anumite grupuri, cum ar fi copiii sau persoanele cu afecțiuni cronice, au dreptul la acoperire din sistemul public de asigurări și, chiar și pentru aceștia, acoperirea este doar pentru anumite proceduri (Comisia Europeană, 2018). Prin urmare, românii raportează că s-au plasat pe locul al cincilea între cele mai ridicate niveluri de nevoi nesatisfăcute în ceea ce privește asistența stomatologică din UE (5,4 % în 2017), înregistrând un nivel de două ori mai ridicat decât media UE (2,7 %) (a se vedea figura 15b).

Caseta 3. Grupurile vulnerabile se confruntă cu obstacole în calea accesului la sistemul de asigurări sociale de sănătate

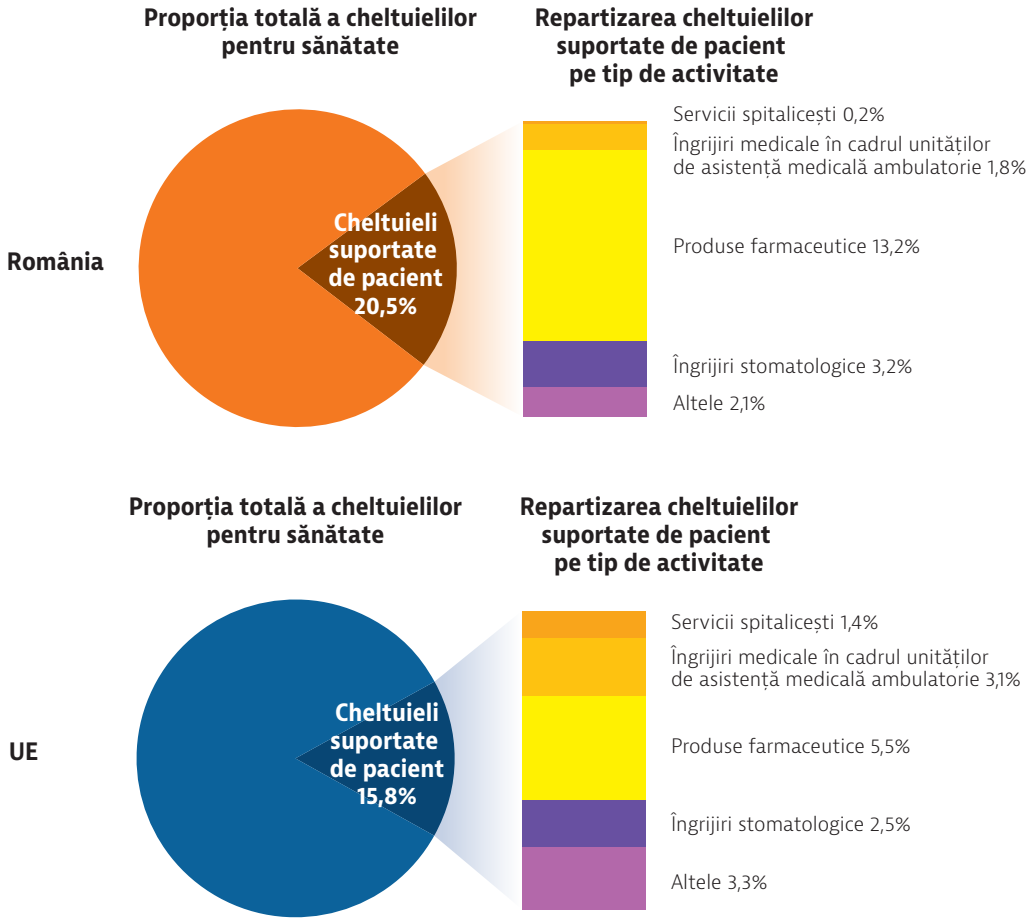
Persoanele fără documente de identitate, majoritatea de etnie romă și persoane fără adăpost, nu sunt acoperite de asigurările de sănătate reglementate prin lege, întrucât nu se pot înregistra în sistem. De asemenea, nici alte grupuri nu sunt acoperite, în principal persoanele fără venituri reglementate care nu contribuie la sistemul de asigurări sociale de sănătate. Printre aceste persoane se numără și cele care lucrează în agricultură la scară mică, persoanele angajate „neoficial" în sectorul privat și șomerii care nu sunt înregistrați (sau nu se pot înregistra) pentru a beneficia de prestații și care, prin urmare, se confruntă cu obstacole semnificative în calea accesului la un număr mare de servicii. Aceste obstacole sunt recunoscute de mult timp. În 2002, a fost instituit un program privind mediatorii sanitari de etnie romă, pentru a se facilita accesul la asistență medicală și la servicii de prevenție. Mediatorii sanitari furnizează informații și acționează în calitate de persoane de legătură între profesioniștii din domeniul sănătății și comunitățile de romi, în special pentru a promova accesul la intervenții de sănătate publică.

Ministerul Sănătății și CNAS își împart responsabilitatea în ceea ce privește ajungerea la un acord privind definirea serviciilor și a bunurilor incluse în pachetul de servicii reglementat prin lege. Nu sunt stabilite ex ante criterii clare de selecție a bunurilor și a serviciilor, dar consultările cu diferiți actori contribuie la procesul decizional. În ceea ce privește medicamentele, Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale generează o listă pozitivă cu ajutorul departamentului său de evaluare a tehnologiilor medicale (ETM). Cu toate acestea, instituționalizarea ETM în cadrul procesului decizional a stagnat oarecum din cauza lipsei capacității tehnice.

Plățile directe, în special pentru medicamentele prescrise în cadrul asistenței medicale ambulatorii, reprezintă o provocare în privința accesului

Cheltuielile suportate de pacient reprezintă aproximativ o cincime din cheltuielile actuale pentru sănătate din România (20,5 % în 2017, comparativ cu 15,8 % în UE; figura 14)[4]. Peste două treimi din această pondere a cheltuielilor suportate de pacient sunt utilizate pentru a plăti medicamente cumpărate în afara spitalelor. Coplățile pentru aceste medicamente prescrise în cadrul asistenței medicale ambulatorii variază de la 10 % din prețul de consum al medicamentelor generice până la 80 % pentru medicamentele noi pe bază de prescripție medicală și pot împiedica accesul la medicamentele necesare. Cu toate acestea, România a înregistrat unele progrese în îmbunătățirea accesului la medicamentele scumpe. De exemplu, începând din 2016 a fost extins accesul la antiviralele cu acțiune directă pentru hepatita C (de la aproximativ 6 000 de pacienți în 2016 la 13 000 în 2018) și a crescut și numărul furnizorilor contractați. Exporturile paralele și deficiențele rezultate de medicamente și vaccinuri constituie un alt obstacol în calea accesului. Măsurile adoptate de guvern în 2017 vizează eliminarea unora dintre aceste deficiențe (a se vedea caseta 2).

Figura 14. Majoritatea cheltuielilor formale suportate de pacient sunt destinate produselor farmaceutice



Surse: Statisticile OCDE din 2019 în domeniul sănătății (datele se referă la anul 2017).

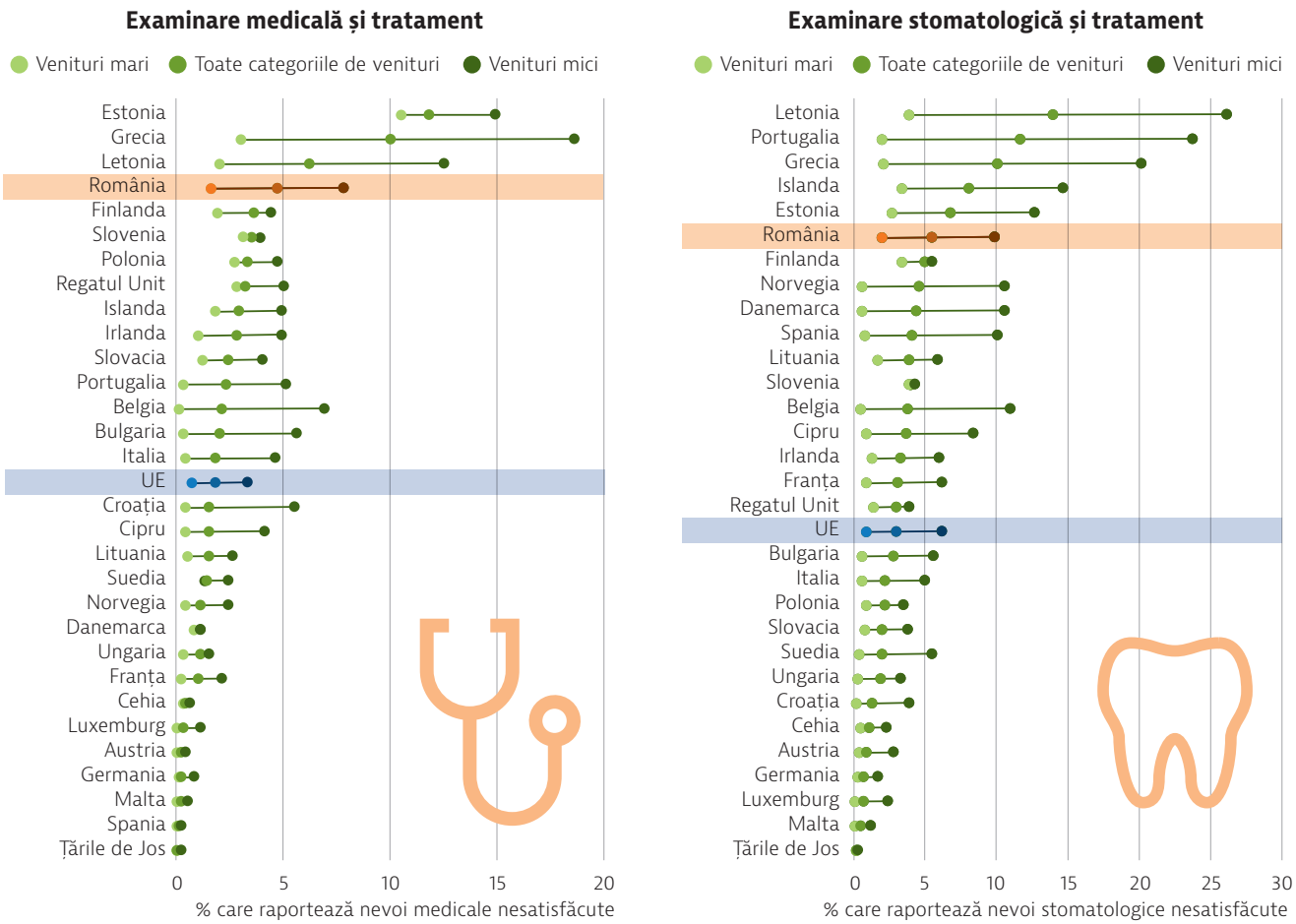
4: Cu toate acestea, amplitudinea reală a cheltuielilor suportate de pacient este dificil de evaluat cu exactitate din cauza plăților informale răspândite (în special în cadrul asistenței spitalicești) și a faptului că furnizorii privați raportează un nivel mai mic al veniturilor. În 2014, s-au intensificat sancțiunile pentru furnizorii care acceptă bani „pe sub masă" și este posibil ca rezultatul să fi fost o reducere a acestei practici.

Nevoile nesatisfăcute de asistență medicală au scăzut în timp, dar nu au dispărut

În anul 2017, 4,7 % dintre români au raportat nevoi nesatisfăcute de asistență medicală din cauza costurilor, a distanței sau a perioadei de așteptare, comparativ cu o medie de 1,7 % în UE (figura 15a). Există, de asemenea, dovezi, din surse neoficiale, conform cărora personalul medical solicită în mod curent plăți informale, ceea ce ar crea obstacole suplimentare. Deși încă sunt mai ridicate decât media UE, nivelurile raportate de nevoi nesatisfăcute de asistență medicală în România s-au îmbunătățit semnificativ în ultimii șase ani, scăzând cu 7,5 puncte procentuale din 2011 până în prezent.

Dezechilibrele în ceea ce privește accesul afectează în mod disproporționat anumite grupuri socioeconomice defavorizate – persoanele neînregistrate[5], pensionarii, lucrătorii agricoli și populația de etnie romă (Consiliul Uniunii Europene, 2019). Astfel cum se întâmplă în majoritatea țărilor UE, persoanele cu cele mai mici venituri raportează cele mai mari nevoi nesatisfăcute. În 2017, aproximativ 6,5 % dintre românii din gospodăriile cu venituri mici au declarat că au renunțat la asistență medicală din motive financiare, comparativ cu 2,3 % în UE. Totuși, acest procent a fost mai bun decât cel de 14,5 % raportat în 2010.

Figura 15. Nevoile nesatisfăcute sunt mult mai mari și distribuite mai neuniform decât mediile UE

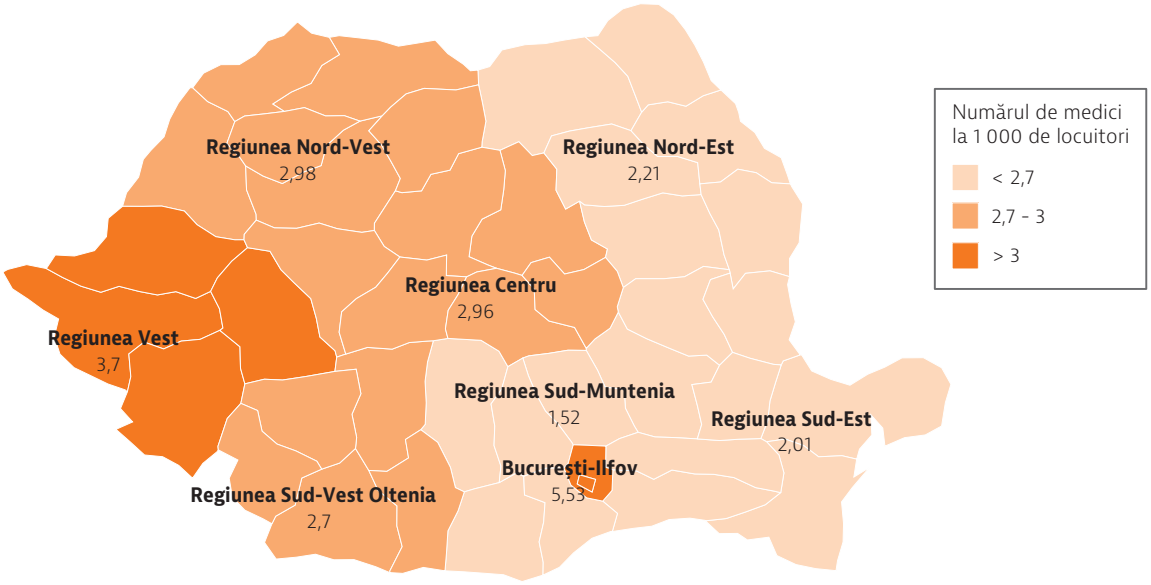


Notă: Datele se referă la nevoi nesatisfăcute din cauza costurilor, a distanței de călătorit sau a timpului de așteptare. Este nevoie de prudență în compararea datelor între țări, deoarece există unele variații în privința instrumentului de anchetare utilizat.
Sursa: Baza de date Eurostat, pe baza EU-SILC (datele se referă la anul 2017).

Disponibilitatea serviciilor este inegală la nivelul țării. Distribuția neuniformă a unităților de îngrijire medicală înseamnă un acces mai limitat la serviciile primare și la cele de specialitate în zonele rurale. Aceeași tendință se manifestă și în distribuția inegală a medicilor (figura 16), problemele legate de acces fiind amplificate de infrastructura de transport defectuoasă. Guvernul consideră că unitățile medicale mobile constituie un instrument pentru îmbunătățirea accesului la servicii în zonele rurale și în regiunile îndepărtate, iar în 2018 au fost furnizate opt unități mobile de screening pentru cancerul de col uterin în cadrul unui proiect finanțat de Banca Mondială.

5: Persoanele fără venituri care nu sunt înregistrate pentru a beneficia de prestații sociale, ceea ce le-ar acorda o asigurare socială de sănătate.

Figura 16. Distribuția neuniformă a medicilor amplifică problemele legate de acces



Sursa: Baza de date Eurostat.

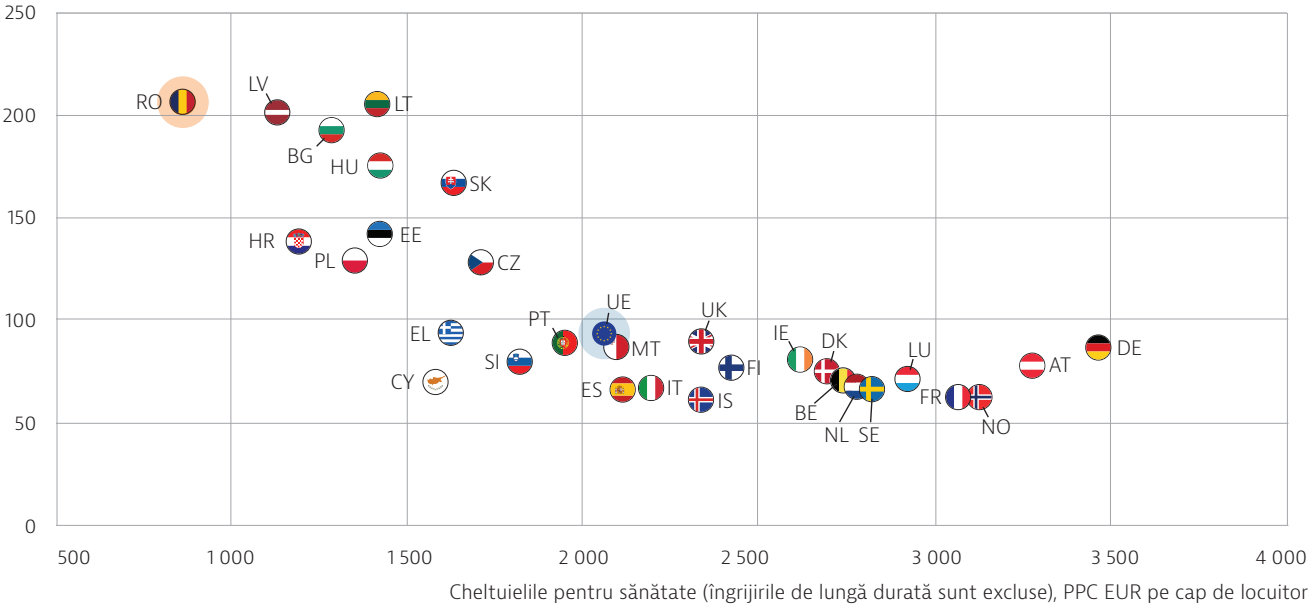
5.3. Reziliență[6]

Lipsa resurselor financiare și provocările demografice pun în pericol sustenabilitatea sistemului de sănătate

România cheltuiește mai puțin pentru sănătate decât orice altă țară din UE (secțiunea 4). Creșterea cheltuielilor pentru sănătate, dacă fondurile sunt utilizate în mod eficient, ar putea îmbunătăți accesul la asistență medicală eficientă și furnizată la timp, ceea ce, la rândul său, ar putea reduce mortalitatea prin cauze tratabile (figura 17). Contribuțiile de asigurări sociale de sănătate constituie principala sursă de finanțare, dar, având în vedere gama largă de scutiri, practic doar un sfert din populația totală eligibilă contribuie efectiv la finanțare (Comisia Europeană, 2019b). Rezolvarea acestei probleme ar crește baza de finanțare și ar întări sistemul de asigurări sociale de sănătate. De-a lungul anilor s-au luat diverse măsuri pentru a se reduce numărul scutirilor și pentru a se spori ratele contribuțiilor, dar proporția în permanență redusă a populației plătitoare arată că sistemul este extrem de subfinanțat.

Figura 17. Cheltuielile scăzute din domeniul sănătății sunt asociate cu decesele evitabile prin cauze tratabile

Cauze tratabile ale mortalității la 100 000 de locuitori



Sursa: Baza de date Eurostat. Statisticile OCDE din 2019 în domeniul sănătății.

6: Reziliența se referă la capacitatea sistemelor de sănătate de a se adapta în mod eficace la mediile în schimbare, la șocuri sau la crize.

Alte tendințe pun în pericol sustenabilitatea pe termen lung a sistemului, inclusiv îmbătrânirea populației (ceea ce determină o mai mare cerere de servicii de asistență medicală și o restrângere a bazei de resurse) și emigrația persoanelor de vârstă activa (care are ca efect reducerea contribuțiilor și restrângerea și mai acută a bazei de resurse). Se estimează că emigrația va atinge un nivel foarte ridicat în următorii ani (Iftimoaei și Baciu, 2018). Ambele modificări structurale menționate au tendința de a reduce și mai mult resursele deja limitate aflate la dispoziția sistemului de sănătate. Raportul total de dependență economică, adică raportul dintre populația totală inactivă și ocuparea forței de muncă, a crescut în 2017, ajungând la 180 %, comparativ cu 130 % în 2016 și este cel mai ridicat din UE. În același timp, se estimează că cheltuielile publice pentru sănătate vor crește de la 4,3 % din PIB în 2016 la 5,2 % în 2070, în concordanță cu creșterile mediei UE (de la 6,8 % la 7,7 %). În plus, se preconizează că cheltuielile publice pentru îngrijirile de lungă durată vor crește de la doar 0,3 % din PIB în 2016 la 0,6 % în 2070, valoare care este mică conform standardelor UE, potrivit cărora se preconizează că aceasta va crește de la 1,6 % la 2,7 % (Comisia Europeană-CPE, 2018).

În 2017, guvernul nou ales a majorat bugetul pentru sănătate cu un procent semnificativ de 23,5 % (deși acest lucru nu este încă vizibil în statisticile publice). Această majorare urmărește să abordeze provocările existente în sistemul de sănătate, inclusiv stimularea ratelor de păstrare a lucrătorilor din domeniul sănătății (a se vedea mai jos), finanțarea completă a programelor naționale de sănătate și asigurarea unui acces mai bun la medicamente (a se vedea secțiunea 5.2). Obiectivele de mai sus sunt, de asemenea, aliniate la obiectivele Strategiei Naționale de Sănătate 2014-2020, referitoare la creșterea volumului serviciilor furnizate în cadrul unităților de asistență medicală ambulatorie și de asistență medicală comunitară, la raționalizarea utilizării serviciilor spitalicești și la sprijinirea sustenabilității pe termen lung a sistemului.

Salariile cresc ca răspuns la deficitul de profesioniști în domeniul sănătății

România se confruntă cu un deficit de profesioniști în domeniul sănătății (secțiunea 4). Deficitele în rândul medicilor sunt deosebit de mari pentru medicii generaliști – un fenomen legat de remunerațiile reduse și de condițiile de muncă precare, precum și de atitudinile negative predominante în cadrul profesiei de medic față de rolul medicilor generaliști. S-au luat măsuri, în principal, pentru a se majora numărul de profesioniști în domeniul sănătății în unitățile (spitalele) publice, pentru a se combate emigrația și a se îmbunătăți ratele de păstrare a personalului. Guvernul a început cu creșteri salariale modeste în 2015 și 2016 și a promis îmbunătățiri suplimentare progresive ale condițiilor de muncă până în 2022. Presiunea exercitată de grevele din 2017 a accelerat creșterile salariale pentru medici până la nivelul prevăzut inițial pentru 2022. Astfel, în martie 2018, salariul net pentru un medic rezident a crescut cu aproximativ 160 % (de la aproximativ 344 EUR la 902 EUR pe lună), iar salariul net al unui medic primar a crescut cu 130 % (de la 913 EUR la 2112 EUR). Cu toate acestea, de creșterile salariale au beneficiat doar medicii angajați în spitalele publice, în timp ce medicii generaliști, ale căror venituri sunt stabilite prin contracte cu casele județene de asigurări de sănătate și prin taxele aplicate pacienților, au fost excluși. Alte măsuri de îmbunătățire a condițiilor de muncă, cum ar fi extinderea accesului la echipamente moderne, sunt puse în aplicare cu sprijinul fondurilor structurale și de investiții europene.

Reducerea utilizării serviciilor spitalicești va contribui la îmbunătățirea eficienței și a sustenabilității

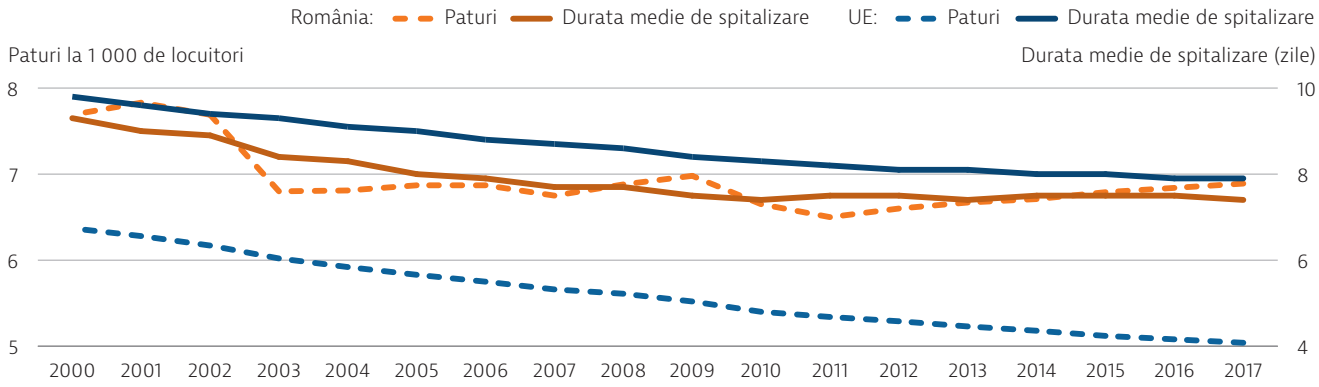
Ratele foarte mari de externări și numărul scăzut de consultații la medic în afara spitalelor demonstrează utilizarea excesivă a serviciilor spitalicești de specialitate și utilizarea insuficientă a asistenței medicale primare și a asistenței medicale comunitare (figura 10 și secțiunea 4). Pacienții din România ocolesc adesea sistemul de asistență medicală primară și se prezintă direct la serviciile de urgență ale spitalelor sau la cabinetele specialiștilor din cadrul spitalelor, chiar și pentru probleme minore de sănătate. Inițiativele de sprijinire a asistenței medicale primare, combinate cu reducerea numărului de paturi în spitale, ar trebui să contribuie la combaterea acestei surse de ineficiență. Deși numărul de paturi pentru terapie acută a scăzut cu 10 % în ultimele două decenii, numărul lor este încă ridicat, și anume 6,9 la 1 000 de locuitori în 2017 – cu mult peste media UE de 5 la 1 000 de locuitori (figura 18).

În scopul creșterii eficienței sistemului de sănătate, și utilizarea chirurgiei ambulatorii pentru anumite proceduri se intensifică în România. Cu toate acestea, există posibilități de utilizare într-o măsură mai mare a anumitor proceduri: deși ponderea amigdalectomiilor efectuate în chirurgia ambulatorie în România este aceeași ca media UE, doar 32 % dintre intervențiile chirurgicale pentru cataractă au fost efectuate într-o unitate de asistență medicală ambulatorie în 2016, unul dintre cele mai mici procente din UE (figura 19).

Creșterea nivelului de integrare a serviciilor a devenit o prioritate politică

Integrarea slabă este, de asemenea, recunoscută ca fiind un obstacol în calea eficienței, majoritatea serviciilor de asistență medicală de specialitate fiind furnizate în structuri prea compartimentate și nefiind adecvate pentru tratarea multimorbidității sau a afecțiunilor cronice. Lipsa integrării se extinde la conexiunile dintre sănătate și alte servicii. Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 urmărește să abordeze o parte dintre aceste probleme prin constituirea de centre comunitare de sănătate integrate. Protocolul de colaborare interinstituțional (aprobat în iulie 2017) este prevăzut ca un instrument care va folosi evaluarea sistematică a nevoilor populației pentru a crea pachete de servicii integrate adecvate (încorporând servicii sociale, de sănătate, de educație, de ocupare a forței de muncă și locative). Corelarea fondurilor structurale ale UE cu reorganizarea serviciilor de asistență medicală a oferit un impuls pentru implementarea acestor planuri, iar legislația în domeniu a fost adoptată în 2017.

Figura 18. Numărul paturilor în spitale a scăzut, dar rămâne unul dintre cele mai mari din UE



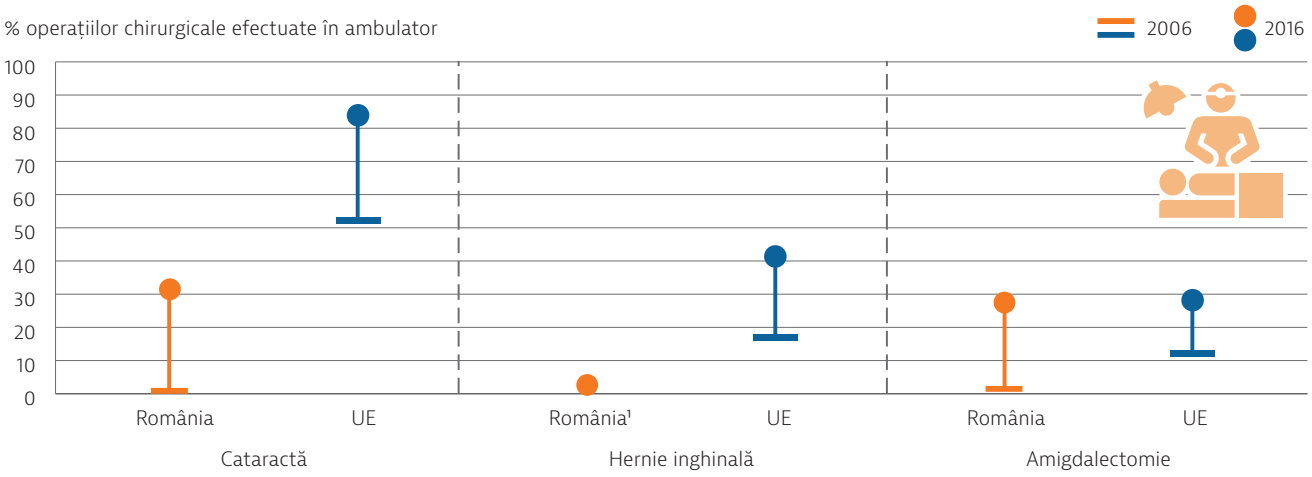
Sursa: Baza de date Eurostat.

Stabilitatea și coordonarea au reprezentat provocări majore pentru procesul de reformă

Deși în ultimii ani au fost intensificate planurile de reformare a asistenței medicale, procesul a fost perceput de pacienți și de profesioniștii în domeniul sănătății ca fiind fragmentat și slab coordonat. În special, părțile interesate au considerat că politicile implementate s-au concentrat excesiv pe abordarea problemelor financiare, în detrimentul performanței pe termen lung. Stabilitatea guvernanței a reprezentat, de asemenea, o provocare: începând din 2009, au existat 15 miniștri ai sănătății și 10 președinți ai CNAS, ceea ce a afectat continuitatea și a condus la fragmentare și la paralizarea reformei.

Este deosebit de dificil să se evalueze dacă sunt îndeplinite obiectivele guvernului, deoarece performanța sistemului de sănătate nu este evaluată în general. Sistemele de informare actuale nu permit identificarea sau urmărirea priorităților în domeniul sănătății și nici nu sprijină evaluarea rapidă a nevoilor sau furnizarea de feedback factorilor de decizie. Anchetele internaționale servesc drept indicator pentru evaluare, însă numai pentru anumite dimensiuni specifice ale performanței.

Figura 19. Chirurgia ambulatorie nu reprezintă o practică comună în România



Notă: 1. Nu există date disponibile pentru România pentru 2006.
Sursa: Statisticile OCDE din 2018 în domeniul sănătății; Baza de date Eurostat (datele se referă la anul 2006 și la anul 2016 sau la anul cel mai apropiat).

6 Constatări principale

- Speranța de viață în România este printre cele mai scăzute din UE; deși a crescut din anul 2000, rămâne cu aproape șase ani sub media UE. Nivelurile ridicate ale mortalității evitabile prin prevenție și ale deceselor evitabile prin cauze tratabile arată că există posibilități de îmbunătățire a abordării factorilor de risc și a eficacității serviciilor de asistență medicală. Speranța de viață la naștere variază substanțial în funcție de gen și nivel de studii. În special, bărbații cu cel mai înalt nivel de studii trăiesc în medie cu 10 ani mai mult decât cei cu cel mai scăzut nivel de studii.

- Factorii de risc comportamentali sunt răspândiți și reprezintă o amenințare serioasă la adresa sănătății populației. Alimentația deficitară și lipsa activității fizice sunt preocupări majore. Deși ratele de obezitate la adulți sunt printre cele mai scăzute din UE, nivelurile excesului de greutate și ale obezității în rândul copiilor au crescut semnificativ în ultimii ani. Peste 30 % dintre bărbați fumează (dar procentul la femei este de numai 8 %), iar fumatul regulat în rândul adolescenților se situează, de asemenea, la un nivel ridicat. Consumul de alcool este ridicat, 50 % din bărbați consumând episodic alcool în exces în mod regulat. Nu au existat inițiative recente care să vizeze alcoolul și rămâne de văzut dacă vor fi eficiente noile reglementări privind tutunul introduse în 2016.

- Cheltuielile pentru sănătate au atins un minim istoric și sunt mai mici decât în orice altă țară din UE atât pe cap de locuitor, cât și ca procent din PIB (5,2 % din PIB în 2017, comparativ cu media UE de 9,8 %). Subfinanțarea sistemului afectează capacitatea României de a răspunde nevoilor actuale ale populației, situație care va deveni din ce în ce mai dificilă pe măsură ce populația îmbătrânește și baza de resurse se restrânge.

- Aceste cheltuieli limitate sunt orientate către spitale și serviciile spitalicești. Se explică astfel motivul pentru care asistența medicală primară și comunitară rămân subdezvoltate. Ineficiența serviciilor de sănătate, inclusiv excesul de paturi în spitale, subdezvoltarea chirurgiei ambulatorii și integrarea slabă a asistenței medicale, agravează situația. Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 și stimulentele financiare din partea UE sprijină furnizarea de servicii în cele mai eficiente unități din punct de vedere al costurilor și au ca scop îmbunătățirea conexiunilor la nivelul asistenței medicale, precum și cu alte sectoare.

- Majoritatea cheltuielilor pentru sănătate sunt finanțate din fonduri publice (79 %), dar ponderea cheltuielilor suportate de pacient (aproximativ 20 %) poate fi substanțială, în special pentru persoanele vulnerabile. Majoritatea cheltuielilor suportate de pacient sunt destinate produselor farmaceutice. Pe lângă costuri, distribuția neuniformă a unităților medicale și a lucrătorilor din domeniul sănătății reprezintă obstacole în calea accesului la asistență, în special pentru persoanele care locuiesc în zonele rurale. Lacunele actuale în materie de acoperire a populației în ceea ce privește sistemul de asigurări sociale de sănătate lasă, de asemenea, descoperite anumite grupuri, cum ar fi persoanele fără carte de identitate (situație care afectează în mod disproporționat populația de etnie romă), persoanele fără venituri, care nu sunt înregistrate pentru a beneficia de prestații sociale, sau persoanele din economia informală, care nu își declară veniturile.

- Deficitele de forță de muncă din domeniul sănătății se mențin ridicate, numărul medicilor și al asistenților medicali fiind unul dintre cele mai scăzute din Europa. În 2018, guvernul a abordat acest aspect în cadrul unei ordonanțe de urgență, acordând majorări salariale substanțiale și rapide, care au determinat creșterea cu peste 100 % a remunerațiilor medicilor rezidenți din spitalele publice. Această măsură a fost o reacție la proteste și se speră că îmbunătățirea salariilor va contribui la păstrarea personalului medical și la reducerea emigrației acestuia.

- Sistemul de sănătate din România se confruntă, de asemenea, cu probleme la nivel de guvernanță. Nu există o evaluare sistematică a performanței, iar transparența, în general, lipsește. Au avut loc schimbări frecvente la nivel de conducere, numărul miniștrilor sănătății în ultimul deceniu fiind de 15, precum și schimbări frecvente la nivelul conducerii Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Acest lucru afectează stabilitatea, coordonarea și progresul reformelor.

Surse principale

Vlădescu C et al. (2016), *Romania: Health System Review. Health Systems in Transition,* 18(4): 1–170.

OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle,* OECD Publishing, Paris, https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm

Referințe

Council of the European Union (2019), *Council Recommendation on the 2019 National Reform Programme of Romania,* http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10176-2019-INIT/en/pdf

ECDC (2018), *Surveillance of antimicrobial resistance in Europe,* Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net) 2017. Stockholm, https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-antimicrobial-resistance-europe-2017

European Commission (2018), *The ESPN Report 'Inequalities in access to health care' Synthesis Report.* Brussels, https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=25&advSearchKey=ESPNhc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0

European Commission (2019a), *Country Report Romania 2019.* 2019 European Semester. Brussels, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-romania_en.pdf

European Commission (2019b), *Joint report on health care and long-term care systems and fiscal sustainability – Country documents 2019 update.* Institutional Paper 105. Brussels, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105_en.pdf

European Commission (DG ECFIN)-EPC (AWG) (2018), *The 2018 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the EU Member States (2016–2070),* Institutional Paper 079. May 2018. Brussels.

Iftimoaei C, Baciu I C (2018), *Statistical analysis of external migration after Romania's accession to the European Union.* Romanian Statistics Review, 12/2018, National Institute of Statistics, Bucharest.

Rechel B, Richardson E, McKee M, eds. (2018), *The organization and delivery of vaccination services in the European Union.* European Observatory on Health Systems and Policies and European Commission, Brussels, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/386684/vaccination-report-eng.pdf?ua=1

Lista abrevierilor țărilor

Austria	AT	Danemarca	DK	Irlanda	IE	Malta	MT	Slovacia	SK
Belgia	BE	Estonia	EE	Islanda	IS	Norvegia	NO	Slovenia	SI
Bulgaria	BG	Finlanda	FI	Italia	IT	Polonia	PL	Spania	ES
Cehia	CZ	Franța	FR	Letonia	LV	Portugalia	PT	Suedia	SE
Cipru	CY	Germania	DE	Lituania	LT	Regatul Unit	UK	Țările de Jos	NL
Croația	HR	Grecia	EL	Luxemburg	LU	România	RO	Ungaria	HU

State of Health in the EU
Profilul de țară din 2019 în ceea ce privește sănătatea

Profilurile de țară în ceea ce privește sănătatea reprezintă un pas important în ciclul în curs al Comisiei Europene privind State of Health in the EU de brokeraj în materie de cunoaștere, produs cu asistență financiară din partea Uniunii Europene. Profilurile reprezintă rezultatul activității comune a Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE) și a European Observatory on Health Systems and Policies, în cooperare cu Comisia Europeană.

Profilurile concise, relevante pentru politică se bazează pe o metodologie transparentă și consecventă, utilizând atât date cantitative, cât și calitative, adaptate în mod flexibil la contextul fiecărei țări din UE/SEE. Scopul este de a crea un mijloc pentru învățare reciprocă și schimburi voluntare, mijloc care să poată fi folosit atât de factorii de decizie, cât și de persoanele cu influență în materie de politici.

Fiecare profil de țară oferă o sinteză a:

- stării de sănătate din țara respectivă
- factorilor determinanți pentru sănătate, cu accent pe factorii de risc comportamentali
- organizării sistemului de sănătate
- eficacității, accesibilității și rezilienței sistemului de sănătate

Comisia completează principalele constatări ale acestor profiluri cu un raport însoțitor.

Pentru informații suplimentare, a se vedea: ec.europa.eu/health/state

Vă rugăm să citați această publicație după cum urmează: OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), România: Profilul de țară din 2019 în ceea ce privește sănătatea, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruxelles.

ISBN 9789264978171 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

a partnership hosted by WHO