European Commission

State of Health in the EU

România

Profilul de țară din 2021 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 influențează 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 evaluarea performanței sistemelor de sănătate (HSPA).

Cuprins

1. ASPECTE PRINCIPALE 3
2. SĂNĂTATEA ÎN ROMÂNIA 4
3. FACTORI DE RISC 7
4. SISTEMUL DE SĂNĂTATE 8
5. PERFORMANȚA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE 12
   5.1 Eficacitate 12
   5.2 Accesibilitate 15
   5.3 Reziliență 17
6. PRINCIPALELE CONSTATĂRI 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 27 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 septembrie 2021 pe baza datelor disponibile la finalul lunii august 2021.

Context demografic și socioeconomic în România, 2020

Factori demografici	Romania	UE
Dimensiunea populației (estimare la mijlocul anului)	19 328 838	447 319 916
Ponderea populației de peste 65 de ani (%)	18,9	20,6
Rata fertilității[1] (2019)	1,8	1,5
Factori socioeconomici		
PIB pe cap de locuitor (PPC EUR[2])	21 296	29 801
Rata sărăciei relative[3] (%, 2019)	23,8	16,5
Rata șomajului (%)	5,0	7,1

1. Număr de copii născuți per femeie cu vârsta între 15-49. 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. Sursă: 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.

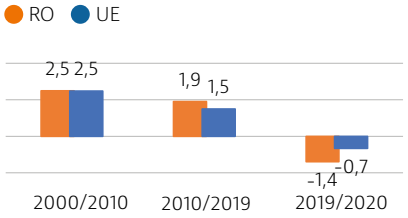
Nici prezentul document și nici orice fel de date și hărți incluse aici nu aduc atingere statutului sau suveranității niciunui teritoriu, delimitării frontierelor și granițelor internaționale și denumirii niciunui teritoriu, niciunui oraș și a niciunei zone.

Declinări suplimentare ale responsabilității se aplică și pentru OMS

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2021

1 Aspecte principale

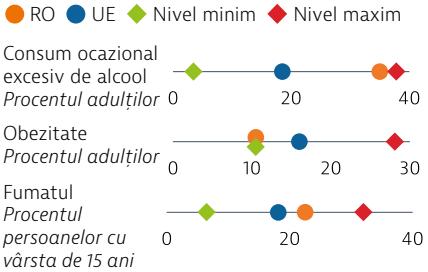
Speranța de viață în România este printre cele mai scăzute din Europa, iar pandemia de COVID-19 a contrabalansat o parte din creșterea înregistrată începând cu 2000. Pandemia a evidențiat importanța consolidării asistenței medicale primare, a serviciilor de prevenție și a sănătății publice într-un sistem de sănătate care, în prezent, depinde în mare măsură de serviciile spitalicești. Deficitul de forță de muncă din sectorul sanitar și cheltuielile mari suportate de pacient reprezintă bariere esențiale în calea accesului. Pandemia de COVID-19 a stimulat crearea mai multor sisteme electronice de informații pentru a gestiona mai bine resursele suprasolicitate din domeniul sănătății, iar acestea pot oferi căi de consolidare a sistemelor de sănătate pe viitor.



Creșterea speranței de viață

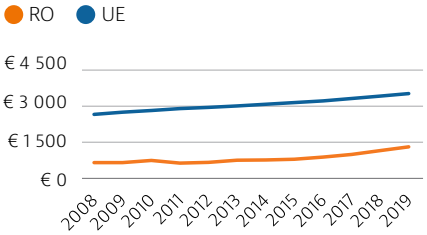
Starea de sănătate

Speranța de viață în România a crescut cu peste patru ani între 2000 și 2019, dar a scăzut temporar cu 1,4 ani în 2020 din cauza impactului pandemiei de COVID-19. Există o disparitate de gen majoră, femeile trăind cu aproape opt ani mai mult decât bărbații. Bolile cardiovasculare sunt principalele cauze ale mortalității, în timp ce cancerul pulmonar este cea mai frecventă cauză de decese provocate de cancer.



Factori de risc

Comportamentele riscante în materie de sănătate contribuie la aproape jumătate din totalul deceselor. Rata consumului de alcool și a alimentației nesănătoase raportate în rândul românilor este mai mare comparativ cu media UE, dar obezitatea la adulți este cea mai scăzută din UE. În prezent, prevalența fumatului în rândul adulților este ușor mai scăzută decât media UE. Acești factori de risc sunt mai frecvenți în rândul bărbaților decât în rândul femeilor. Excesul de greutate, obezitatea și fumatul în rândul adolescenților sunt ridicate și au crescut constant în ultimele două decenii.



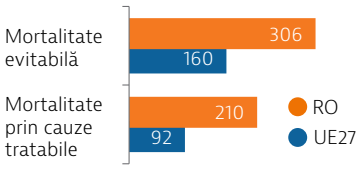
Cheltuieli pe cap de locuitor (PPC EUR)

Sistemul de sănătate

Cheltuielile pentru sănătate în România au crescut în ultimul deceniu, dar rămân la al doilea cel mai scăzut nivel din UE în ansamblu – atât ca procent din PIB, cât și ca pondere pe cap de locuitor. În 2019, aproximativ 44 % din cheltuielile pentru sănătate au fost alocate serviciilor spitalicești, ceea ce reprezintă cel mai mare procent la nivelul țărilor UE. Deși ponderea cheltuielilor publice pentru sănătate este ridicată și în concordanță cu media UE, plățile directe sunt peste media UE și sunt dominate de costurile farmaceutice în ambulatoriu.

Eficacitate

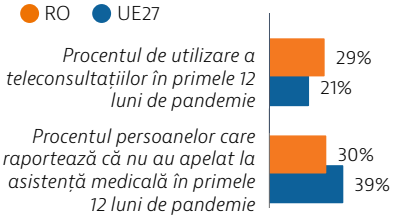
Rata mortalității evitabile este a treia cea mai ridicată din UE, principalele cauze ale acesteia fiind bolile cardiovasculare, cancerul pulmonar și decesele cauzate de consumul de alcool. Mortalitatea prin cauze tratabile este de peste două ori mai mare decât media UE și include decesele cauzate de cancer de prostată și mamar care pot fi tratate.



Rata standardizată în funcție de vârstă a mortalității la 100 000 de locuitori, 2018

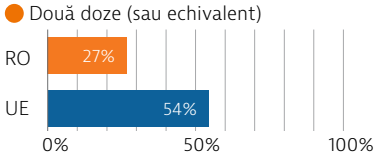
Accesibilitate

Deși nevoile nesatisfăcute autoraportate în materie de examinări medicale în 2019 au scăzut cu mai mult de jumătate comparativ cu 2011, s-a înregistrat o rată crescută a renunțării la asistență medicală în primul an al pandemiei. Teleconsultațiile nu au fost utilizate la fel de mult ca în alte țări ale UE.



Reziliență

Înainte de pandemie, România a investit semnificativ în sectorul sănătății, deși a pornit de la un nivel inferior, dar COVID-19 a supus sistemul la o presiune uriașă. Planificarea și comunicarea pentru campania de vaccinare împotriva COVID-19 au început din timp, dar punerea în aplicare a fost întârziată din cauza deficitului de aprovizionare. Acoperirea vaccinală este scăzută, în mare parte din cauza reticenței față de vaccinare.



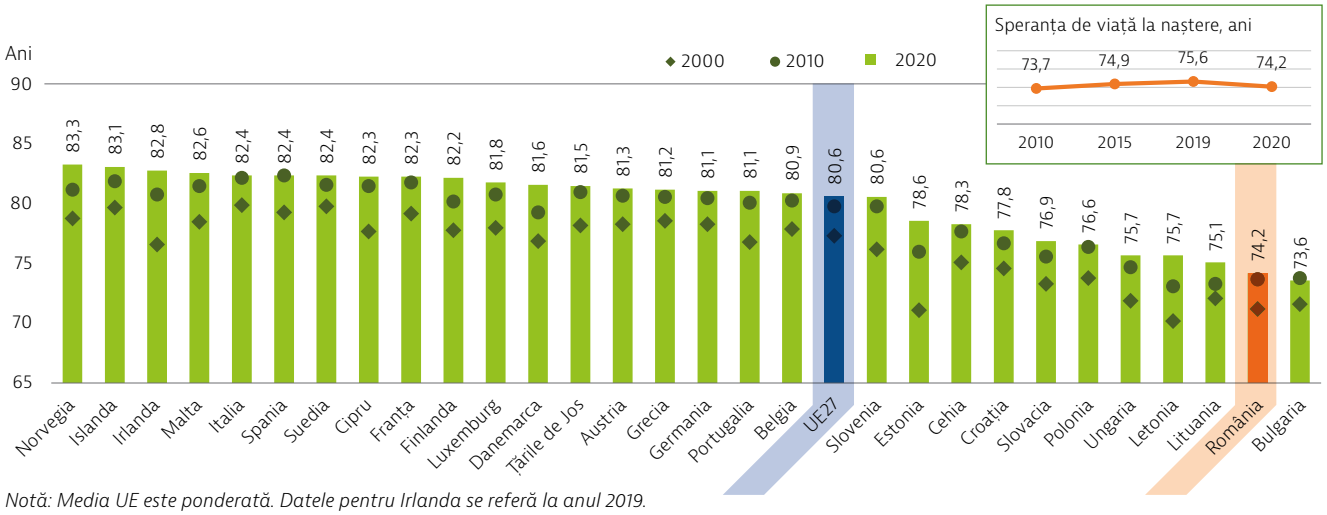
Ponderea populației totale vaccinate împotriva COVID-19 la sfârșitul lui august 2021

2 Sănătatea în România

Speranța de viață s-a redus semnificativ din cauza COVID-19 și este cu mult sub media UE

Speranța de viață la naștere în România a crescut cu mai mult de patru ani în perioada 2000-2019 (de la 71,2 ani la 75,6 ani), însă rămâne printre cele mai scăzute din UE, cu aproape șase ani sub media UE (Figura 1). Pandemia de COVID-19 a dus la o scădere temporară substanțială a speranței de viață în multe țări, inclusiv în România, unde a scăzut cu 1,4 ani, ajungând la 74,2 ani. În schimb, scăderea medie la nivelul UE în 2020 a fost de 0,7 ani. În 2020, disparitatea de gen în ceea ce privește speranța de viață a fost evidentă: femeile trăiesc cu aproape opt ani mai mult decât bărbații (78,4 ani comparativ cu 70,5), ceea ce reprezintă unul dintre cele mai mari decalaje din UE.

Figura 1. Speranța de viață la naștere în România este a doua cea mai scăzută din UE

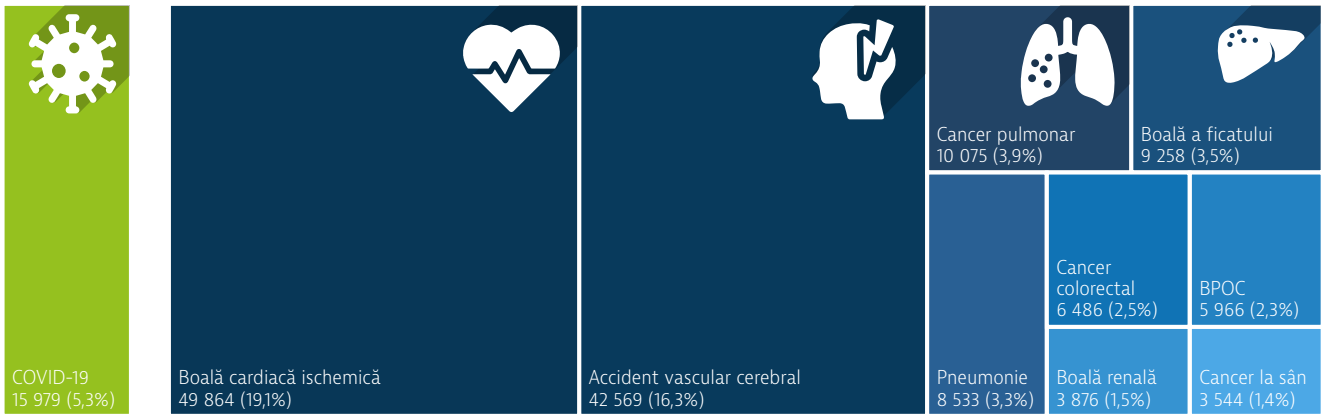


Notă: Media UE este ponderată. Datele pentru Irlanda se referă la anul 2019.
Sursă: Baza de date Eurostat.

Peste o treime din decesele înregistrate în România în 2018 au fost cauzate de boli cardiovasculare

Boala cardiacă ischemică a fost principala cauză de mortalitate în România în 2018, reprezentând peste 19 % din totalul deceselor (Figura 2). Rata mortalității cauzate de boala cardiacă ischemică a fost de peste două ori mai mare decât media la nivelul UE. Mortalitatea cauzată de accidentele vasculare cerebrale – a doua cauză principală de deces – a reprezentat 16 % din totalul deceselor, în pofida îmbunătățirilor semnificative înregistrate după 2000. Cancerul pulmonar reprezintă cea mai frecventă cauză de deces cauzat de cancer, rata mortalității crescând cu aproape 11 % din 2000, în principal din cauza ratelor ridicate ale fumatului. În ultimii ani, au crescut, de asemenea, ratele mortalității cauzate de alte tipuri de cancer, în special pentru cazurile de cancer colorectal.

Figura 2. Bolile cardiovasculare sunt principala cauză de deces, dar COVID-19 a provocat numeroase decese în 2020



Notă: Numărul și ponderea deceselor cauzate de COVID-19 se referă la 2020, în timp ce numărul și ponderea altor cauze se referă la 2018. Dimensiunea casetei COVID-19 este proporțională cu dimensiunea celorlalte cauze principale de deces din 2018.
Surse: Eurostat (pentru cauzele de deces în 2018); ECDC (pentru decese cauzate de COVID-19 în 2020, până în săptămâna 53).

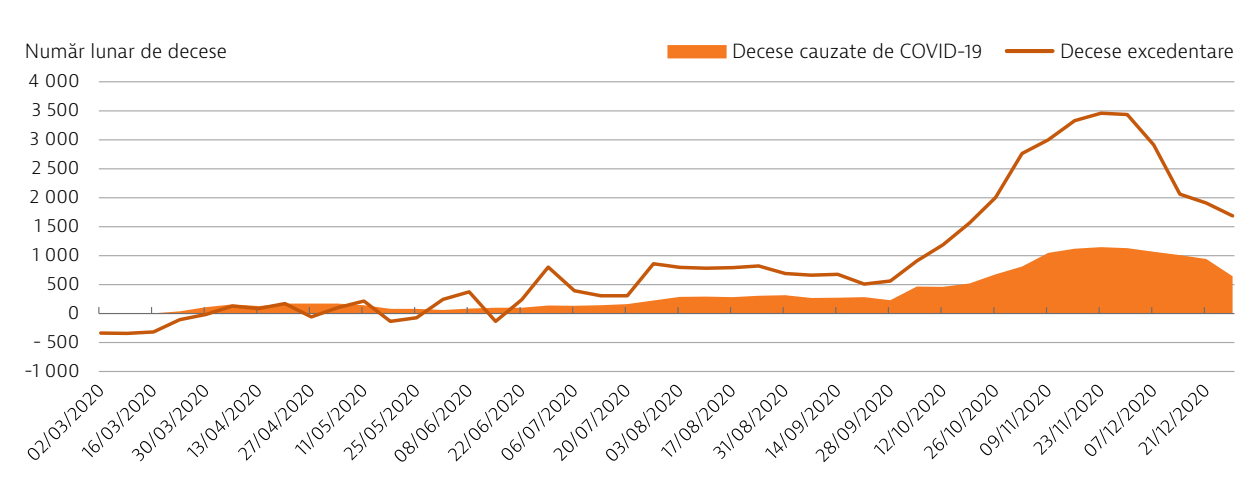
În 2020, COVID-19 a provocat aproximativ 16 000 de decese în România (5 % din totalul deceselor). Aproximativ 18 500 de decese au fost înregistrate până la sfârșitul lunii august 2021. Rata mortalității din cauza COVID-19 până la sfârșitul lunii august 2021 a fost cu aproximativ 12 % mai mare în România decât media la nivelul țărilor UE, înregistrându-se aproximativ 1 790 de decese la un milion de locuitori, în comparație cu media UE de aproximativ 1 590. Cu toate acestea, indicatorul mai amplu al excesului de mortalitate sugerează că numărul de decese directe și indirecte cauzate de COVID-19 în 2020 ar putea fi considerabil mai mare (Caseta 1).

Caseta 1. Numărul oficial de decese cauzate de COVID-19 subestimează impactul deplin al pandemiei în 2020

În România, la fel ca în multe alte țări, este probabil ca numărul real de decese cauzate de COVID-19 să fie mai mare decât numărul de decese raportate din cauza numărului redus de teste efectuate, precum și din cauza problemelor legate de atribuirea cauzei de deces la începutul pandemiei. De asemenea, numărul deceselor cauzate de COVID-19 nu include posibile decese indirecte – de exemplu, cele cauzate de accesul redus la servicii de sănătate pentru pacienții care nu suferă de COVID-19 și mai puține persoane care solicită tratament din cauza fricii de a se infecta cu virusul. Indicatorul excesului de mortalitate (definit ca numărul de decese din toate cauzele care depășește numărul preconizat pe baza valorii de referință din anii precedenți) poate oferi o măsurare mai amplă a deceselor directe și indirecte cauzate de COVID-19, mai puțin afectată de problemele legate de testare și de înregistrarea cauzelor de deces.

În ansamblu, excesul de mortalitate între începutul lunii martie și sfârșitul lunii decembrie 2020 (39 000 de decese) a fost de peste două ori mai mare decât numărul de decese raportate ca urmare a pandemiei de COVID-19 (16 000 de decese) (Figura 3). O posibilă explicație pentru acest decalaj este capacitatea limitată de testare din România, fapt care ar fi permis neidentificarea persoanelor pozitive (a se vedea secțiunea 5.3). În plus, este posibil ca accesul la servicii medicale spitalicești pentru afecțiuni care nu sunt provocate de COVID-19 să fi fost afectat de presiunea exercitată asupra sistemului de tratarea cazurilor de COVID-19, ceea ce a dus la rate crescute ale excesului de mortalitate, din cauza unor alte afecțiuni decât COVID-19.

Figura 3. Numărul deceselor cauzate de COVID-19 și excesul de mortalitate au atins un nivel maxim în toamna anului 2020

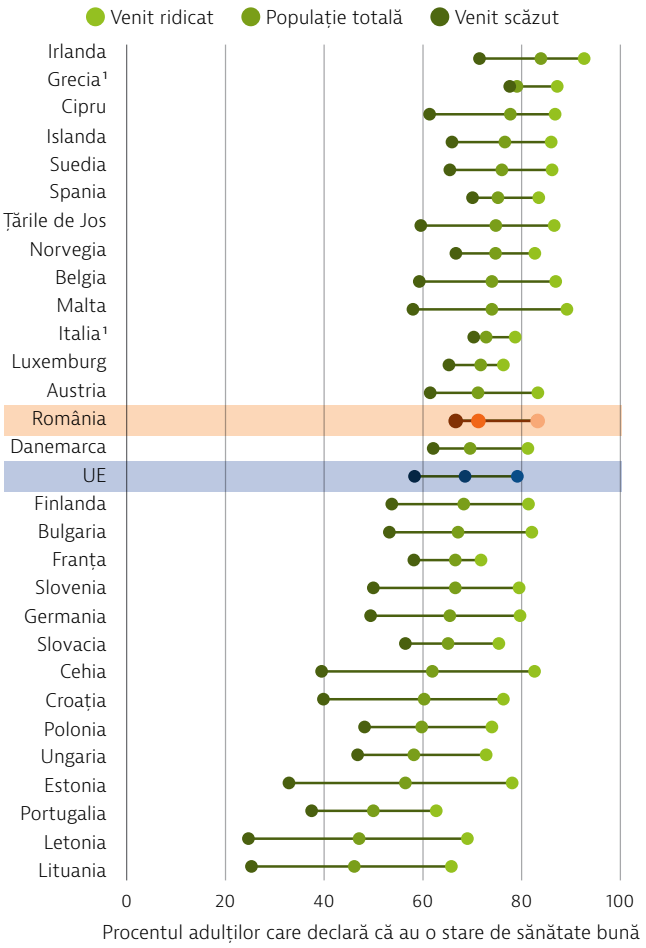


Notă: Date privind excesul de mortalitate extrase la 17 iunie 2021.
Surse: Baza de date Eurostat pentru excesul de mortalitate și ECDC pentru decesele cauzate de COVID-19.

Majoritatea persoanelor raportează că au o stare bună de sănătate, dar există disparități pe grupe de venit

Aproape trei sferturi dintre români au raportat o stare bună de sănătate în 2019 (71 %) – puțin peste media UE (69 %). Mai mult de patru din cinci persoane din quintila cu cel mai mare venit consideră că au o stare bună de sănătate, în comparație cu aproximativ două treimi din quintila cu cel mai mic venit (Figura 4). Cu toate acestea, aceste disparități în ceea ce privește sănătatea autopercepută sunt mai mici decât în majoritatea țărilor UE.

Figura 4. Majoritatea românilor consideră că starea lor de sănătate este bună sau foarte bună

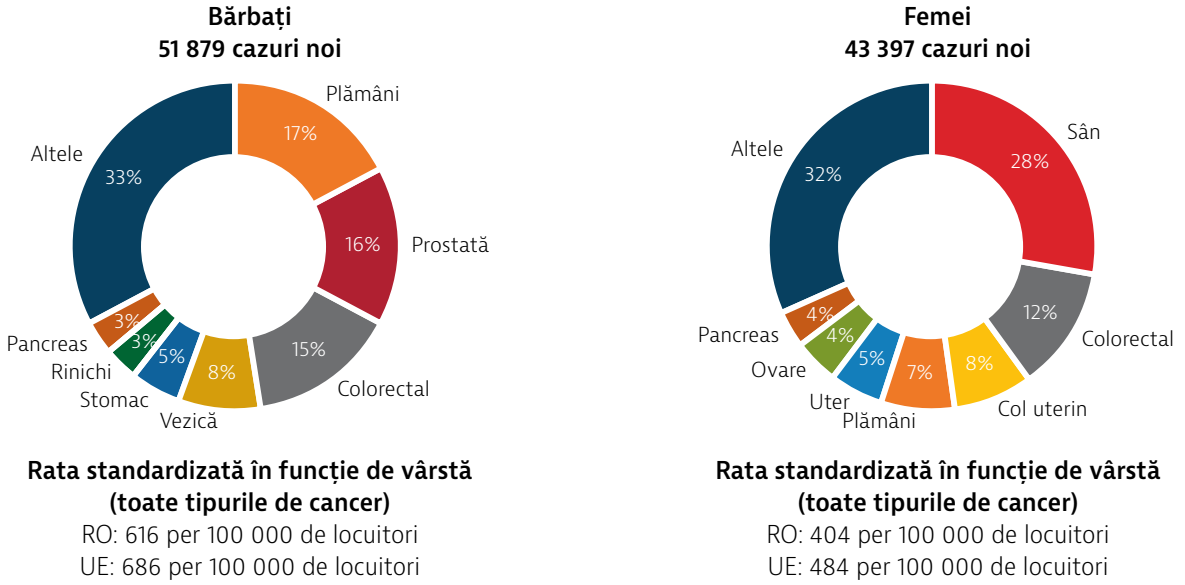


Notă: 1. Ponderea pentru populația totală și populația cu venituri mici este aproximativ la fel.
Sursă: Baza de date Eurostat, pe baza EU-SILC (datele se referă la anul 2019).

Povara mortalității cauzate de cancer este considerabilă

Conform estimărilor Centrului Comun de Cercetare bazate pe tendințele de incidență din anii anteriori, în România au fost estimate aproximativ 95 000 de noi cazuri de cancer și aproximativ 54 000 de decese cauzate de cancer în 2020[1]. Deși se preconiza că incidența cancerului va fi mai scăzută decât media UE, mortalitatea globală cauzată de cancer în România a fost estimată a fi ușor mai ridicată, la 283 decese la 100 000 de locuitori; media la nivelul UE a fost de 264. Acest lucru indică existența unor deficiențe în diagnosticarea cancerului și în rezultatele tratamentului (a se vedea secțiunea 5.1). Figura 5 arată că estimările principalelor tipuri de cancer preconizate la bărbați sunt cel pulmonar (17 %), de prostată (16 %) și colorectal (15 %), în timp ce în rândul femeilor cancerul mamar este tipul de cancer cu cea mai mare incidență (28 %), urmat de cancerul colorectal (12 %) și cancerul de col uterin (8 %).

Figura 5. Aproximativ 95 000 de persoane din România au fost diagnosticate cu cancer în 2020



Notă: Se exclude cancerul de piele altul decât melanomul; cancerul uterin nu include cancerul de col uterin.
Sursă: ECIS – Sistemul european de informații cu privire la cancer

1. De reținut faptul că aceste estimări au fost făcute înainte de pandemia de COVID-19; acest lucru poate avea un efect atât asupra incidenței, cât și asupra ratei mortalității asociate cancerului în cursul anului 2020.

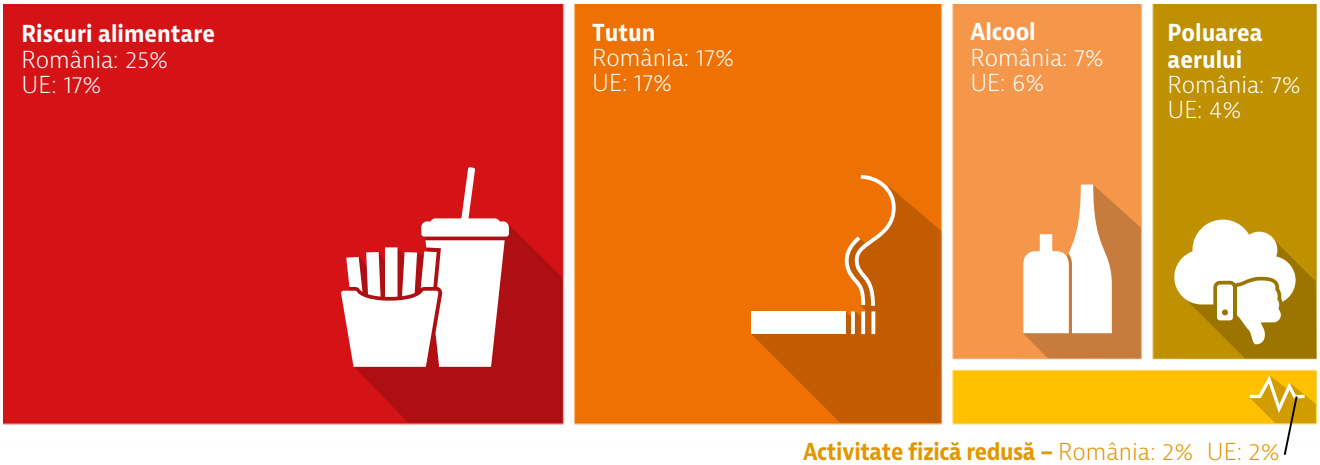
3 Factori de risc

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

Aproape jumătate din totalul deceselor din România în 2019 pot fi atribuite factorilor de risc comportamentali, care includ consumul de tutun, alimentația nesănătoasă, consumul de alcool și activitatea fizică scăzută. Factorii de mediu, cum ar fi poluarea atmosferică, contribuie, de asemenea, la un număr considerabil de decese (Figura 6). Alimentația nesănătoasă, inclusiv consumul redus de fructe și legume, precum și consumul ridicat de zahăr și sare, au fost implicate într-un sfert din totalul deceselor înregistrate în 2019. Consumul de tutun (inclusiv fumatul pasiv) a contribuit, conform estimărilor, la 17 % din totalul deceselor, în timp ce aproximativ 7 % au fost atribuite consumului de alcool, iar 2 % nivelurilor scăzute de activitate fizică.

Poluarea aerului, sub formă de particule fine de materie ($PM_{2.5}$) și expunerea la ozon, a contribuit, conform estimărilor, la 7 % din totalul deceselor în 2019 (peste 17 000 de decese) – o pondere mult mai mare decât media înregistrată în țările UE (4 %). În majoritatea cazurilor, poluarea atmosferică contribuie la decesele cauzate de bolile cardiovasculare și respiratorii și de anumite tipuri de cancer.

Figura 6. Dieta neadecvată, tutunul și poluarea aerului sunt principalii factori care duc la creșterea ratei mortalității în România



Notă: Numărul total de decese cauzate de acești factori de risc este mai mic decât suma fiecăruia luat individual, deoarece același deces poate fi atribuit mai multor factori de risc. Riscurile alimentare includ 14 componente, cum ar fi consumul redus de fructe și legume și consumul ridicat de sare și de băuturi cu adaos ridicat de zahăr. Poluarea aerului se referă la expunerea la $PM_{2.5}$ și ozon.
Surse: IHME (2020), Global Health Data Exchange (estimările se referă la anul 2019).

Excesul de greutate și obezitatea în rândul adolescenților reprezintă o problemă de sănătate publică din ce în ce mai gravă

Peste trei sferturi dintre adulții români au raportat în 2019 că nu mănâncă cel puțin un fruct pe zi și o pondere similară dintre aceștia nu consumă legume. Aceste cifre sunt mult mai mari decât în majoritatea celorlalte țări ale UE. Mai puțin de două cincimi dintre adulții români (38 %) au raportat că desfășoară săptămânal cel puțin activități moderate, aceasta fiind cea mai mică pondere înregistrată la nivelul UE. În pofida nivelurilor scăzute de consum de fructe și legume și a activității fizice scăzute, rata obezității autoraportate la adulții din România este cea mai mică din UE: doar 11 % dintre adulți erau obezi în 2019, în timp ce media UE era de 16 %. Cu toate acestea, ratele excesului de greutate și obezității în rândul adolescenților au crescut constant în ultimele două decenii, una din cinci persoane cu vârsta de 15 ani încadrându-se în aceste categorii în 2018, cu puțin peste media UE.

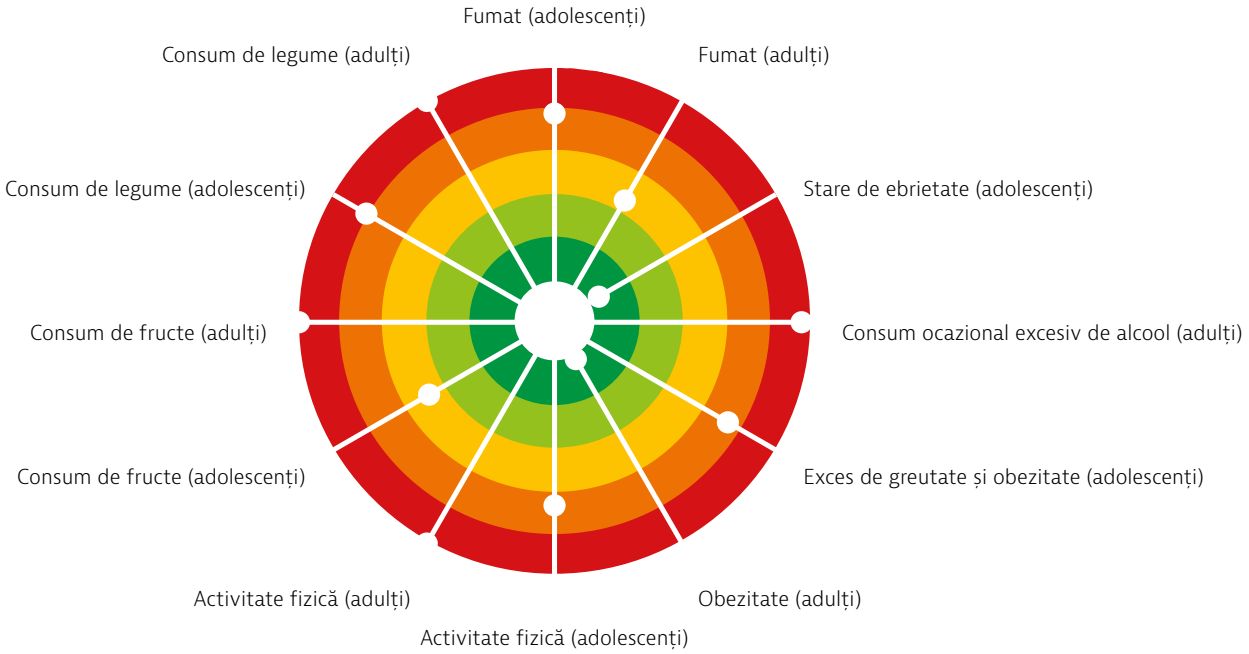
Unul din cinci adulți români fumează zilnic

În pofida unei ușoare reduceri a ratelor fumatului începând din 2008, puțin sub unul din cinci adulți încă fumau zilnic în 2019, ușor sub media UE (Figura 7). Există o disparitate de gen majoră în ceea ce privește fumatul, ratele fumatului în rândul bărbaților (31 %) fiind de aproape patru ori mai mari decât cele în rândul femeilor (8 %). Consumul de tutun de către adolescenți este, de asemenea, un motiv de îngrijorare, aproape o treime dintre tinerii cu vârsta de 15 și 16 ani declarând în 2019 că au fumat în cursul lunii precedente (31 %), această rată fiind mult peste media UE (21 %). Ratele fumatului în rândul adolescenților au rămas neschimbate din 2014, dar, spre deosebire de adulți, există puține diferențe între ratele fumatului la băieți și la fete. La includerea țigaretelor electronice în plus față de țigaretele convenționale, rezultatele arată că, în ultima lună din 2019, 40 % dintre tinerii cu vârste cuprinse între 15 și 16 ani din România au fumat – aceasta este cea mai ridicată rată înregistrată la nivelul țărilor UE (media UE a fost de 28 %).

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 una dintre cele mai ridicate rate din UE (35 % comparativ cu 19 % în medie în UE). Cu toate acestea, există o disparitate de gen puternică între femei și bărbați în ceea ce privește consumul excesiv de alcool; mai mult de jumătate dintre bărbați (53 %) raportează un astfel de comportament, spre deosebire de femei, în cazul cărora comportamentul a fost raportat de mai puțin de una din cinci femei (18 %). Aproape două cincimi dintre tinerii cu vârste cuprinse între 15 și 16 ani din România au declarat în 2019 cel puțin un episod de consum excesiv de alcool în cursul lunii precedente, un procent similar cu media UE.

Figura 7. România înregistrează o situație mai gravă decât majoritatea țărilor UE în ceea ce privește mulți factori de risc



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.
Surse: Calcule OCDE pe baza anchetei HBSC din 2017-2018 pentru indicatorii referitori la adolescenți; și EU-SILC 2017, EHIS 2014 și 2019 pentru indicatorii referitori la adulți.

4 Sistemul de sănătate

România dispune de un sistem obligatoriu de asigurări sociale de sănătate cu o implicare puternică a statului

Ministerul Sănătății este responsabil pentru guvernanța generală a sistemului de asigurări sociale de sănătate, în timp ce Casa Națională de Asigurări de Sănătate administrează și reglementează Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate. Atât Ministerul Sănătății, cât și Casa Națională de Asigurări de Sănătate sunt reprezentate la nivel local prin direcțiile județene de sănătate publică și prin casele județene de asigurări de sănătate. Serviciile de asistență medicală sunt furnizate în 41 de județe și în capitală (București), în conformitate cu normele stabilite la nivel central.

În sistemul de asigurări sociale de sănătate, casele județene de asigurări de sănătate achiziționează servicii de la furnizorii de servicii medicale (medici de familie, cabinete de specialitate, laboratoare, spitale etc.) de la nivel local. Furnizorii de servicii medicale sunt, de asemenea, plătiți de Ministerul Sănătății în cadrul programelor naționale de sănătate. Aceste programe acoperă domenii prioritare precum sănătatea mamei și a copilului, controlul bolilor infecțioase, sănătatea mintală și screeningul. Toate nivelurile sistemului au fost implicate în răspunsul la pandemia de COVID-19 (Caseta 2).

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.

Caseta 2. Gestionarea crizei provocate de pandemie a fost inițial centralizată, dar ulterior a fost transferată autorităților locale

În martie 2020, România a optat pentru gestionarea centralizată a pandemiei de COVID-19, în cadrul căreia administrația centrală a supravegheat pandemia, iar factorii de decizie de la nivel județean au avut competența de a pune în aplicare măsuri locale. Prim-ministrul a condus răspunsul național la situații de urgență și a instituit structuri speciale de gestionare a crizei. Încă din ianuarie 2020, Comitetului Național pentru Situații Speciale de Urgență a înființat un grup de sprijin tehnic și științific pentru răspunsul la pandemie și a inițiat un plan de acțiune în situații de urgență pentru combaterea pandemiei de COVID-19. Comitetul a fost format din reprezentanți ai Ministerului Afacerilor Interne/Departamentului pentru Situații de Urgență, ai Inspectoratului General pentru Situații de Urgență, ai Ministerului Sănătății, ai Institutului Național de Sănătate Publică, ai Centrului Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile și ai Ministerului Apărării.

După primele trei luni, gestionarea activă a pandemiei a fost descentralizată, iar responsabilitatea pentru punerea în aplicare a măsurilor a fost transferată în sarcina autorităților regionale și județene.

Sursă: Health Systems Response Monitor COVID-19.

Contribuțiile la asigurările sociale de sănătate pentru categoriile vulnerabile ale populației sunt plătite de la bugetul de stat

Înainte de 2017, plata contribuțiilor la asigurările sociale de sănătate către Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate a fost împărțită între angajați și angajatori, însă aceștia din urmă nu și-au respectat, în mod repetat, obligația de a plăti contribuțiile. Conform noii legislații, începând din 2017, angajații sunt responsabili pentru plata integrală a contribuțiilor la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și primesc majorări salariale corespunzătoare egale cu cota angajatorului. Unele categorii vulnerabile ale populației sunt scutite de la plata contribuțiilor directe (inclusiv șomeri, pensionari și persoane care beneficiază de prestații sociale). Contribuțiile acestora sunt plătite de la bugetul de stat către Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, ceea ce garantează acoperirea acestora. Grupurile specifice de populație – cum ar fi femeile însărcinate, persoanele cu handicap și pacienții cu boli cronice, precum și copiii și studenții cu vârsta sub 26 de ani – sunt finanțate din contribuțiile populației în vârstă de muncă la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

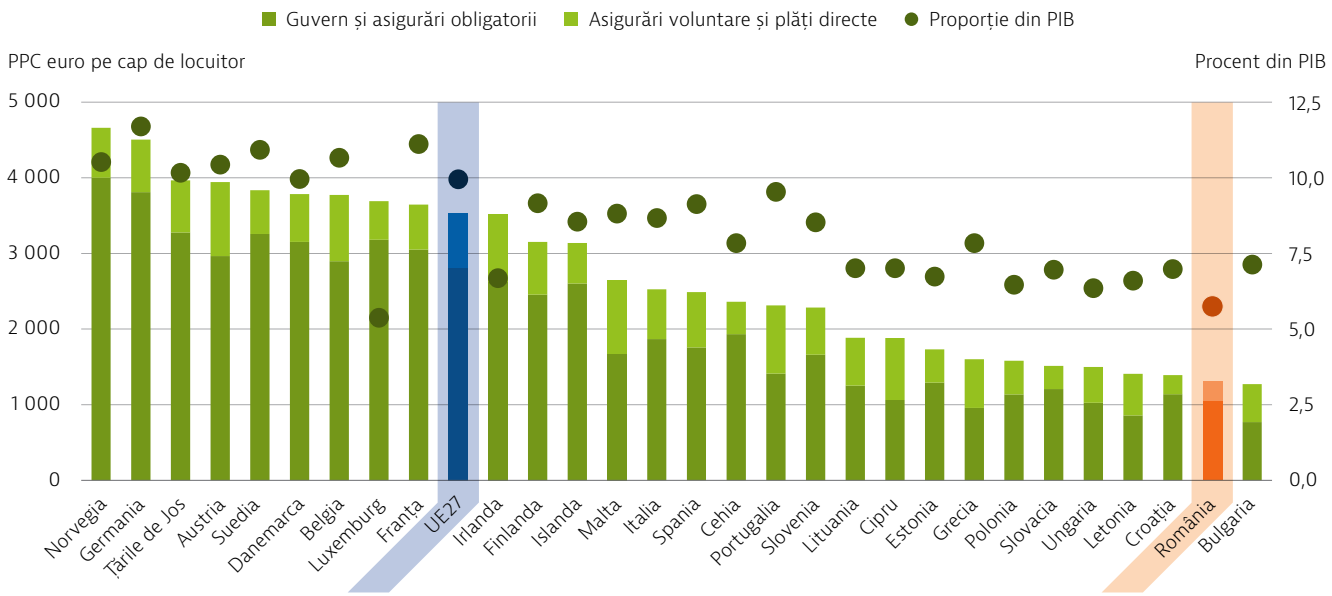
Cu toate că sistemul de asigurări sociale de sănătate este obligatoriu, aproximativ 11 % din populație rămâne neasigurată, în special în zonele rurale (a se vedea secțiunea 5.2). Persoanele neasigurate au dreptul la un pachet de prestații minime care acoperă situațiile de urgență care pun viața în pericol, bolile infecțioase (inclusiv COVID-19 – a se vedea secțiunea 5.2) și îngrijirea în timpul sarcinii. În general, dependența în mare parte de contribuțiile plătite de angajați și numărul relativ redus al populației active are drept rezultat o subfinanțare cronică a sistemului de sănătate (a se vedea secțiunea 5.3).

Cheltuielile pentru sănătate au crescut din 2015, dar rămân foarte scăzute

România și-a majorat în mod semnificativ cheltuielile pentru sănătate în ultimii ani, dar rămâne una dintre țările UE cu cele mai scăzute cheltuieli pentru sănătate, atât pe cap de locuitor, cât și ca procent din PIB (Figura 8). S-au realizat mai multe aporturi de capital pentru a acoperi necesarul suplimentar cu care se confruntă sistemul în contextul pandemiei de COVID-19 (Caseta 3).

În perioada 2015-2019, cheltuielile pentru sănătate au crescut în medie cu 10,3 % pe an, reprezentând cea mai mare creștere din țările UE. Cu toate acestea, în 2019, România a cheltuit totuși mai puțin de jumătate din media pe cap de locuitor din țările UE (1 310 EUR comparativ cu 3 523 EUR, ajustată la diferențele în ceea ce privește puterea de cumpărare). Ca pondere din PIB, România a cheltuit 5,7 % pentru sănătate – al doilea cel mai scăzut nivel din țările UE. Deși ponderea cheltuielilor publice pentru sănătate este ridicată (80 % în 2019) și în concordanță cu media UE, plățile directe, cu o pondere de 18,9 %, se situează peste media de 15,4 % de la nivelul UE (a se vedea secțiunea 5.2). Plățile informale sunt considerate a fi substanțiale, deși nu se cunoaște valoarea lor totală.

Figura 8. Cheltuielile pentru sănătate pe cap de locuitor din România sunt printre cele mai scăzute din țările UE



Notă: Media UE este ponderată.
Sursă: Statisticile OCDE din 2021 în domeniul sănătății (datele se referă la anul 2019, exceptând Malta 2018).

Caseta 3. Mai multe aporturi și realocări de capital au sprijinit răspunsul la pandemia de COVID-19

În cursul anului 2020, Ministerul Sănătății din România a plătit o parte din costurile generate de pandemia de COVID-19 care nu au fost acoperite de Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, cum ar fi medicamentele, echipamentele și consumabilele. Ministerul Sănătății a acoperit, de asemenea, costul izolării pacienților cu COVID-19 în spații special desemnate.

Guvernul a introdus o ajustare legislativă a bugetului pentru a asigura disponibilitatea fondurilor necesare pentru a plăti serviciile prestate în contextul COVID-19, inclusiv primele pentru lucrătorii din domeniul sănătății care tratează cazurile de COVID-19 și creșterile salariale pentru persoanele responsabile pentru aplicarea măsurilor de prevenție și control. Pe lângă realocările din bugetul național, Comisia Europeană a oferit fonduri suplimentare, constând în alocări a sumelor necheltuite din fondurile structurale și de investiții europene din 2019 (aproximativ 483 de milioane EUR) și din 2020 (aproximativ 637 de milioane EUR). Aceste fonduri au fost utilizate pentru achiziționarea de echipamente individuale de protecție (PPE), teste și echipamente medicale, servicii medicale și sociale la domiciliu pentru persoanele în vârstă, produse de igienă pentru grupurile vulnerabile și bonusuri pentru lucrătorii din domeniul sănătății. Fonduri suplimentare și contribuții în natură au provenit din donații și acțiuni de caritate.

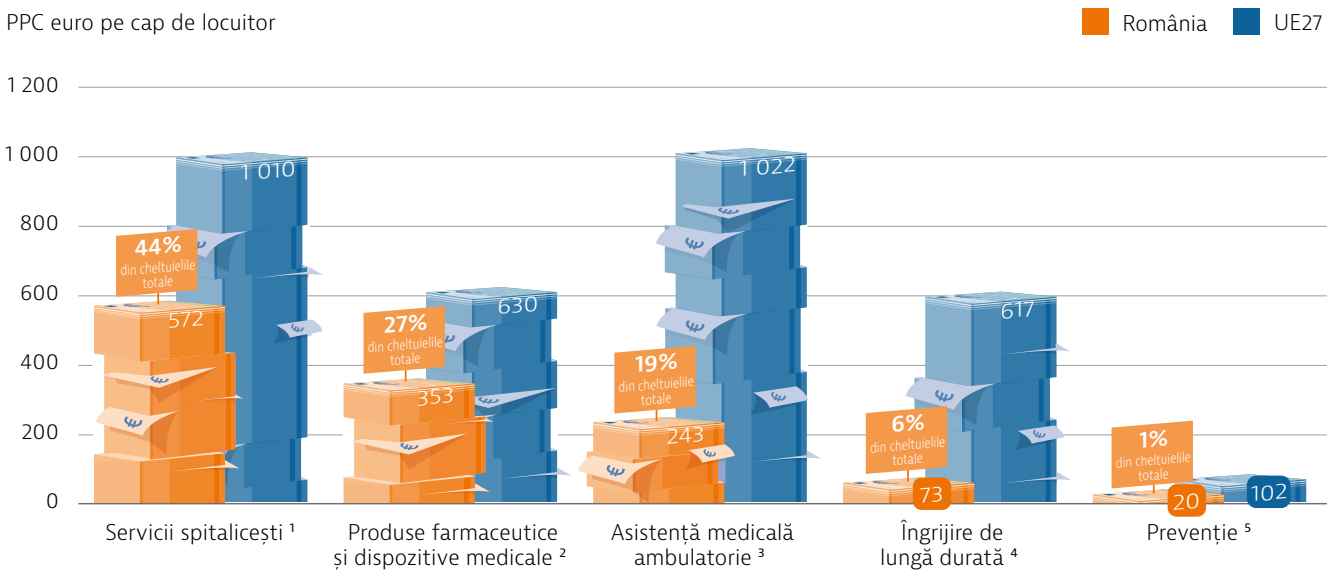
Sursă: Health Systems Response Monitor COVID-19.

Proporția cheltuielilor cu serviciile medicale spitalicești în România continuă să crească

În 2019, aproximativ 44 % din cheltuielile pentru sănătate din România au fost alocate serviciilor spitalicești (o creștere de 3 puncte procentuale comparativ cu 2010). Aceasta este cea mai mare pondere înregistrată la nivelul țărilor UE, în care media este de 29 %. Cu toate acestea, suma totală pe cap de locuitor rămâne scăzută în termeni absoluți (Figura 9). Un alt procent de 27 % este cheltuit pentru medicamente și produse medicale pentru pacienți ambulatorii – o pondere care a scăzut comparativ cu 2013, dar este în continuare mai mare decât media UE. În termeni absoluți, cheltuielile pe cap de locuitor cu medicamentele și dispozitivele medicale pentru pacienți ambulatorii (353 EUR) sunt printre cele mai scăzute din UE. Serviciile spitalicești și medicamentele sunt activități relativ costisitoare în sistemul de sănătate și, prin urmare, absorb o pondere mai mare din fondurile limitate disponibile decât în cazul în care bugetul pentru sănătate ar fi mai mare.

În pofida eforturilor de consolidare a asistenței medicale primare, ponderea cheltuielilor pentru sănătate dedicate asistenței medicale primare și ambulatorii (18,6 %) rămâne pe locul doi între cele mai scăzute din UE (după Bulgaria) și este, de asemenea, pe locul doi între cele mai scăzute în termeni absoluți. În perioada 2018-2019, România a introdus noi programe de screening, însă cheltuielile pe cap de locuitor pentru prevenție au continuat să scadă, fiind a doua cea mai scăzută pondere din UE (a se vedea secțiunea 5.1).

Figura 9. România cheltuiește mult sub media UE în toate domeniile de îngrijire



Notă: Costurile administrării sistemului de sănătate nu sunt incluse. 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 și serviciile auxiliare (de exemplu, transportul pacienților); 4. include numai componenta de sănătate; 5. include numai cheltuielile pentru programele de prevenție organizate. Media UE este ponderată.
Surse: Statisticile OCDE din 2021 în domeniul sănătății; Baza de date Eurostat (datele se referă la anul 2019).

Asistența medicală ambulatorie este gratuită, însă partea pe care pacienții ambulatorii trebuie să o suporte din costurile pentru medicamente poate fi considerabilă

Sistemul de asigurări sociale de sănătate acoperă un pachet cuprinzător de prestații, inclusiv asistență medicală primară și majoritatea medicamentelor, inclusiv medicamente pentru copii și femei însărcinate, pentru anumite boli grave și pentru afecțiunile acoperite de programele naționale de sănătate. Cu toate acestea, pacienții trebuie să plătească o parte din costul medicamentelor în ambulatoriu: 10 % pentru medicamentele generice cu prețuri mai mici, 50 % pentru medicamentele generice scumpe și cele brevetate și 80 % pentru medicamentele eliberate pe bază de rețetă cu un raport cost-eficacitate scăzut (a se vedea secțiunea 5.2). Partajarea costurilor se aplică, de asemenea, serviciilor de reabilitare medicală și serviciilor spitalicești, care se ridică la aproximativ 35 % pentru fiecare episod de îngrijire în cazul reabilitării, dar peste 60 % din populație este scutită de la plata taxelor de utilizare pentru servicii spitalicești. Grupurile scutite includ copiii sub 18 ani și tinerii cu vârsta de până la 26 de ani, cu condiția să fie înscriși la o formă de învățământ; pacienții care fac obiectul programelor naționale de sănătate; femeile însărcinate fără venituri; și pensionarii.

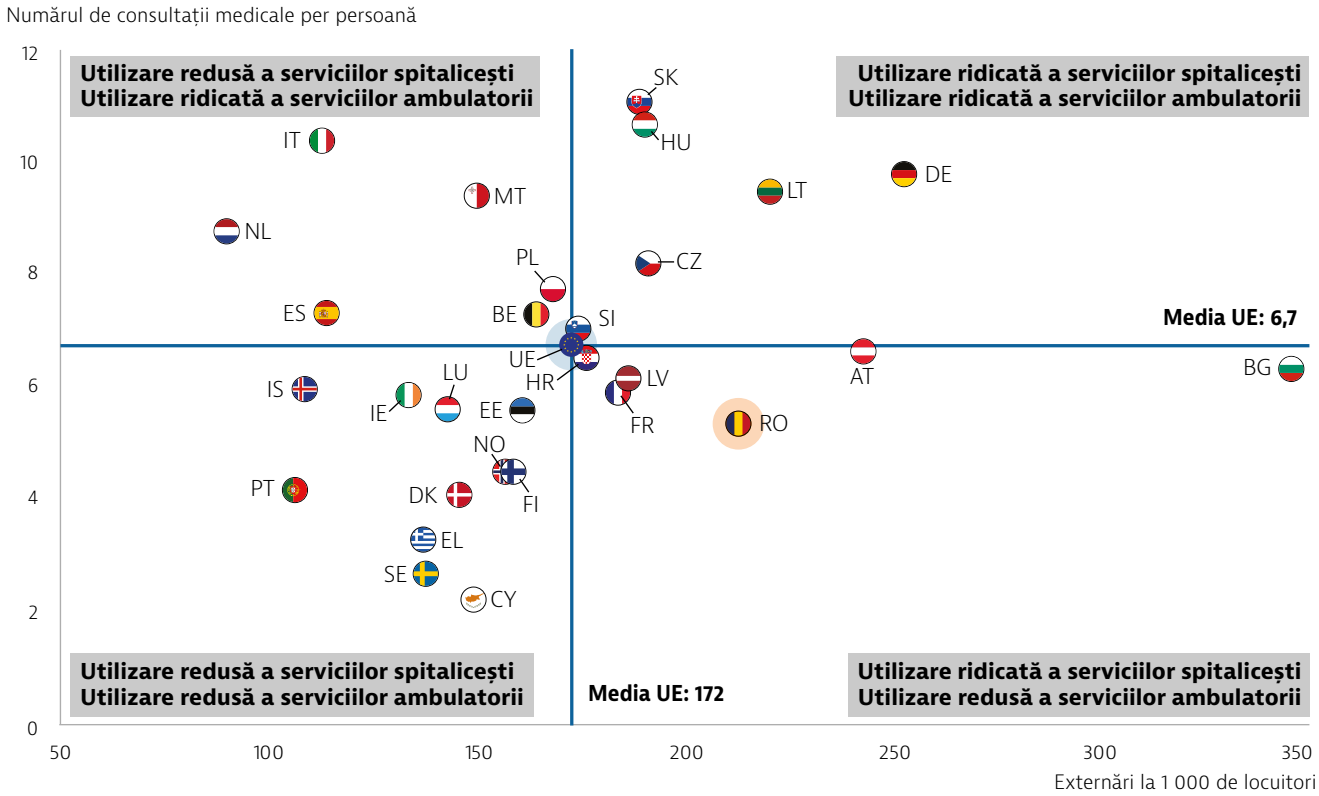
România formează un număr suficient de profesioniști din domeniul sănătății, dar mulți dintre ei migrează către alte țări

În pofida creșterii numărului de angajați în ultimul deceniu, numărul de medici și asistenți medicali rămâne cu mult sub mediile UE. În 2019, existau 3,2 medici practicanți la 1 000 de locuitori, acest raport fiind unul dintre cele mai scăzute din UE (media UE fiind de 3,9) și 7,5 asistenți medicali la 1 000 de locuitori (media UE fiind de 8,4). România oferă formare unei forțe de muncă numeroase din domeniul sănătății; în 2019, sistemul său de învățământ a generat al cincilea cel mai mare număr de absolvenți în domeniul medical (4 967) și al treilea cel mai mare număr de absolvenți de asistență medicală (17 549) în termeni absoluți din UE. Cu toate acestea, migrația personalului medical a avut ca rezultat numărul redus de profesioniști din domeniul sănătății care lucrează în România, ceea ce afectează accesul la asistență medicală (a se vedea secțiunea 5.2).

O filtrare redusă a accesului pacienților (gatekeeping) duce la o utilizare ridicată serviciilor medicale spitalicești

Medicii de familie 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 filtru (gatekeeping), deși pacienții cu afecțiuni specifice pot să recurgă direct la specialiști. În 2019, medicii de familie au reprezentat 24,5 % din totalul medicilor, un procent sub media UE de 26,5 %. Cu toate acestea, pacienții se bazează adesea pe serviciile de urgență din spitale dacă au nevoie de asistență medicală – inclusiv de îngrijire care nu este urgentă – și aleg să evite complet asistența medicală primară. În plus, sistemul rămâne foarte centrat pe spitale, cu cheltuieli relativ ridicate pentru spitale și un număr relativ mare de paturi (7 la 1 000 de locuitori, comparativ cu o medie de 5,3 în UE în 2019). Toți acești factori contribuie la o situație în care asistența medicală primară continuă să fie utilizată insuficient, în timp ce serviciile spitalicești sunt utilizate în mod excesiv (Figura 10; a se vedea secțiunea 5.3).

Figura 10. Asistența medicală ambulatorie rămâne insuficient utilizată în România



Notă: Media UE este neponderată.
Surse: Statisticile OCDE în domeniul sănătății și Baza de date Eurostat (datele se referă la anul 2019 sau la anul cel mai apropiat).

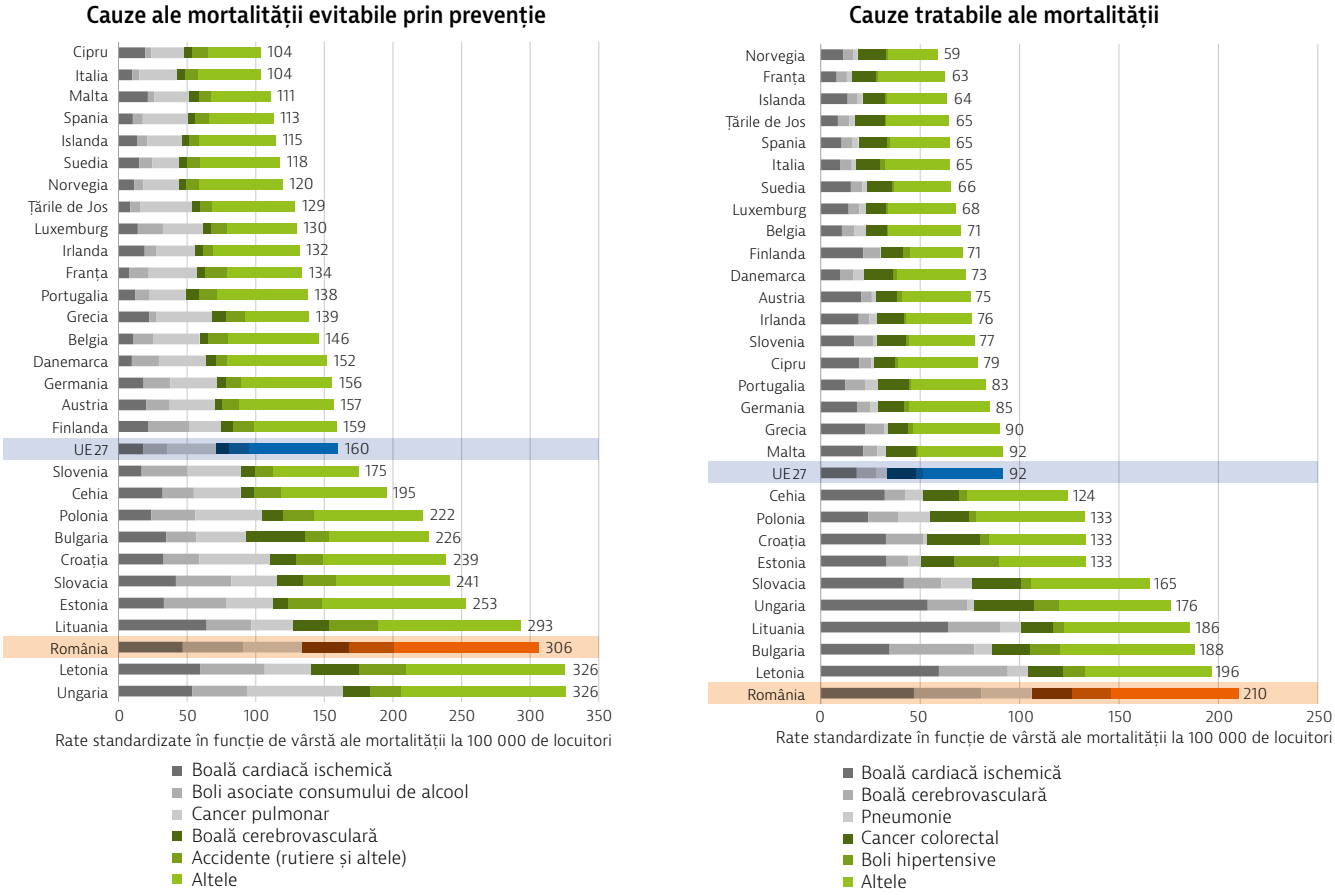
5 Performanța sistemului de sănătate

5.1 Eficacitate

Sunt necesare îmbunătățiri majore în ceea ce privește prevenția și tratamentul pentru a reduce rata mortalității

În România, rata mortalității evitabile prin prevenție și a mortalității prin cauze tratabile sunt foarte ridicate. Rata mortalității evitabile prin prevenție a fost a treia cea mai ridicată din UE în 2018, ceea ce indică necesitatea de a îmbunătăți promovarea sănătății și prevenția bolilor (a se vedea secțiunea 3). Principalele cauze ale ratei mortalității evitabile sunt boala cardiacă ischemică, cancerul pulmonar și bolile cauzate de consumul de alcool. Rata mortalității prin cauze tratabile este cea mai ridicată din UE și de peste două ori mai mare decât media din țările UE (Figura 11). Deficiențele majore în ceea ce privește capacitatea sistemului de sănătate de a oferi populației un tratament adecvat și în timp util sunt demonstrate de ratele ridicate ale mortalității prin cauze tratabile, asociate bolilor cardiace ischemice (considerate deopotrivă evitabile și tratabile), accidentelor vasculare cerebrale, pneumoniei și cancerului colorectal.

Figura 11. România înregistrează rate ridicate ale mortalității evitabile prin prevenție și ale mortalității prin cauze tratabile.



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 este definită ca decesul care poate fi evitat în principal prin intervenții de asistență medicală, inclusiv screening și tratament. Jumătate din totalul deceselor cauzate de anumite boli (de exemplu, boala cardiacă ischemică și bolile cerebrovasculare) sunt atribuite mortalității evitabile; cealaltă jumătate este atribuită cauzelor tratabile. Ambii indicatori se referă la mortalitatea prematură (sub vârsta de 75 de ani). Datele se bazează pe listele OCDE/Eurostat revizuite.
Sursă: Baza de date Eurostat (datele se referă la 2018, cu excepția Franței 2016).

Ratele de supraviețuire în cancer sunt scăzute, dar noile programe ar trebui să îmbunătățească screeningul, diagnosticarea și tratamentul

Ratele de supraviețuire la cinci ani pentru cancerul tratabil sunt cu mult sub media UE, inclusiv în cazul cancerului de prostată (77 % comparativ cu 87 % în UE) și al cancerului mamar (75 % comparativ cu 82 % în UE). Deși rata de supraviețuire în cancerul pulmonar a crescut de la 8 % în 2009 la 11 % în 2014, aceasta este în continuare cu mult sub media UE de 15 % (Figura 12). Perspectivele pentru leucemia infantilă sunt, de asemenea, deosebit de slabe – rata de supraviețuire la cinci ani este de numai 54 %; aceasta este cu 21 puncte procentuale mai mică decât în orice altă țară din UE (următoarea cea mai scăzută rată se înregistrează în Lituania, unde 75 % dintre copiii cu leucemie supraviețuiesc cel puțin cinci ani de la diagnosticare). Rezultatele slabe menționate sugerează că este necesar ca tratamentul să fie administrat la timp, iar eficacitatea sa să crească. Rata de supraviețuire în cancerul de col uterin în România este cu 2 puncte procentuale peste media UE, dar prevalența este mult mai mare, iar ratele de screening sunt mult mai scăzute, astfel încât poate fi subdiagnosticat.

Figura 12. Deși înregistrează o creștere, ratele de supraviețuire în cancer rămân cu mult sub media UE

Cancer de prostată	Leucemie infantilă	Cancer la sân	Cancer de col uterin	Cancer pulmonar
România: 77 %	România: 54 %	România: 75 %	România: 65 %	România: 11 %
UE23: 87 %	UE23: 85 %	UE23: 82 %	UE23: 63 %	UE23: 15 %

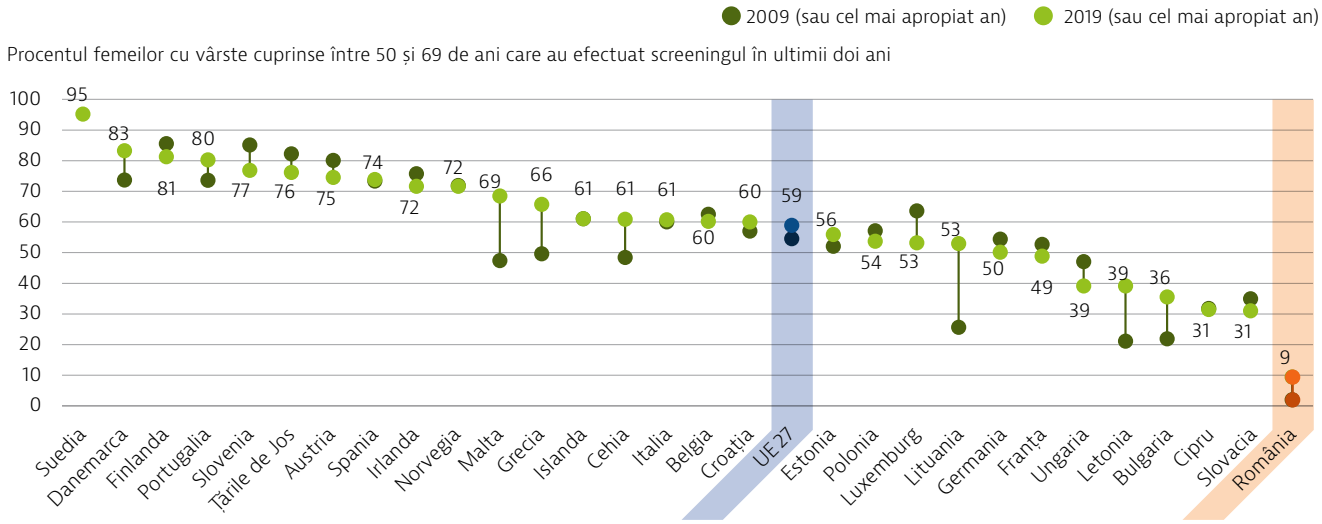
Notă: Datele se referă la persoanele diagnosticate în perioada 2010-2014. Leucemia infantilă se referă la cancerul limfoblastic acut.
Sursă: Programul CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Noile programe de screening în cancer vizează îmbunătățirea prevenției

În perioada 2018-2019, România a investit în eforturile de îmbunătățire a prevenției, dar cheltuielile rămân scăzute (a se vedea secțiunea 4). Screeningul sistematic este deficitar, participarea este scăzută, iar calitatea practicilor de screening nu este optimă. 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 62 % pe baza datelor disponibile). Doar 9 % dintre femeile din România cu vârste cuprinse între 50 și 69 de ani au declarat că au participat la screeningul pentru cancerul mamar în aceeași perioadă (media UE este de 57 % în 2019) și numai 5 % din femeile cu vârste cuprinse între 50 și 74 de ani au fost testate pentru depistarea cancerului colorectal cel puțin o dată pe parcursul vieții (media UE este de 47 %).

În 2018, au fost introduse noi programe de screening pentru cancer, boli cardiovasculare și tuberculoză. Zonele insuficient deservite au primit mai multe unități medicale mobile pentru a promova prevenția, în special pentru depistarea cancerului de col uterin. Aceste măsuri ar putea contribui la creșterea numărului extrem de scăzut de femei din grupul-țintă care acceptă să participe la screeningul pentru cancerul mamar (Figura 13).

Figura 13. Datele anchetelor statistice arată rate foarte scăzute ale screeningului pentru cancerul mamar



Notă: Media UE este neponderată. Pentru majoritatea țărilor, datele se bazează pe programe de screening, nu pe anchete statistice.
Surse: Statisticile OCDE din 2020 în domeniul sănătății și Baza de date Eurostat.

Noi programe de screening pentru cancerul mamar, de col uterin și colorectal au fost introduse ca proiecte-pilot în patru regiuni, care se vor derula în perioada 2018-2023. Ca parte a acestui proiect-pilot, screeningul pentru cancerul de col uterin a schimbat strategia de testare către testarea primară privind papilomavirusul uman, iar planul este de a pune în aplicare această strategie la nivel național. Aceste programe au fost finanțate din fondurile structurale ale UE și de Banca Mondială, un procent din costuri fiind acoperit din surse naționale. Două provocări principale sunt asigurarea unor niveluri adecvate de personal, precum și a unor proceduri adecvate de asigurare a calității și de control al calității pentru punerea integrală în aplicare a acestora. Revizuirea planificată a Planului Național Multianual Integrat de Control al Cancerului în 2020 a fost întârziată de pandemia de COVID-19. Planul european de combatere a cancerului, derulat de Comisia Europeană, a fost introdus în 2021 și asigură un cadru pentru elaborarea de noi propuneri privind lupta împotriva cancerului (Caseta 4).

Caseta 4. Planul european de combatere a cancerului ar trebui să inspire noi propuneri în România

Planul european de combatere a cancerului, derulat de Comisia Europeană, este menit să contribuie la îmbunătățirea prevenției, a diagnosticării, a tratamentului și a îngrijirii în domeniul cancerului, reducând, în același timp, inegalitățile dintre statele membre și din interiorul acestora. Planul adoptă o abordare centrată pe pacient și pledează pentru o abordare holistică a cancerului.

Se așteaptă ca, având în vedere starea actuală a îngrijirii bolnavilor de cancer în România, Planul pentru combaterea cancerului să stimuleze o serie de noi propuneri. Fondurile europene alocate planului urmează să fie utilizate la nivel național, în conformitate cu principiul „pay-for-value" (fonduri acordate în funcție de performanță).

Surse: Centrul pentru inovație în medicină (2021); Comisia Europeană (2021a).

Alte programe de sănătate publică au fost, de asemenea, puse în aplicare

Screeningul pentru depistarea factorilor de risc pentru boli cardiovasculare este pus în aplicare de către cardiologi în colaborare cu 900 de medici de familie, care primesc o remunerație suplimentară pentru această nouă sarcină. Ca și în cazul screeningului pentru cancer, finanțarea provine din fondurile structurale ale UE, cu un procent din costuri acoperit din surse naționale. Această finanțare va fi acordată până în 2023.

Există posibilitatea introducerii unor programe de sănătate publică care să abordeze principalii factori de risc, cum ar fi fumatul și consumul de alcool. În prezent, 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.

Rata de vaccinare împotriva gripei a crescut, dar rămâne scăzută

În grupul țintă al persoanelor de vârstă înaintată, rata de vaccinare împotriva gripei sezoniere rămâne scăzută. După ce a scăzut considerabil de la 54 % în 2007 la 7 % în 2014, ponderea populației vaccinate împotriva gripei sezoniere a crescut la 21 % în 2018. Rata de vaccinare se situează în continuare cu mult sub obiectivul OMS de 75 %, dar se îndreaptă în direcția cea bună. Printre factorii care împiedică creșterea ratelor de vaccinare se numără lipsa de informații cu privire la drepturi și lipsa de acces la vaccinuri a grupurilor marginalizate. În timpul pandemiei de COVID-19, în septembrie 2020, Ministerul Sănătății a anunțat lansarea unei campanii naționale gratuite de imunizare împotriva gripei sezoniere pentru populația vulnerabilă (persoane în vârstă, persoane cu afecțiuni cronice, copii, lucrători în domeniul sănătății și femei însărcinate). Ministerul a cumpărat 3 milioane de doze de vaccin: de două ori mai multe decât în anul precedent. În ianuarie 2021, programul de vaccinare împotriva gripei a fost extins la întreaga populație. În 2020, nu s-au raportat decât câteva cazuri de gripă, la fel ca în majoritatea celorlalte țări din UE.

Datele privind eficacitatea și calitatea asistenței medicale lipsesc adesea

Datele privind calitatea asistenței medicale sunt colectate în mod regulat de către Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate. Autoritatea este responsabilă, de asemenea, de acreditarea spitalelor și utilizează datele colectate pentru acest proces. Cu toate acestea, există în continuare dificultăți, deoarece nu există date comparabile la nivel internațional cu privire la indicatorii de calitate pentru serviciile medicale ambulatorii și spitalicești, inclusiv cu privire la spitalizările și mortalitatea evitabile în urma externării în cazul tratamentului acut.

5.2 Accesibilitate

Ponderea românilor care nu beneficiază de asigurare socială de sănătate este semnificativă

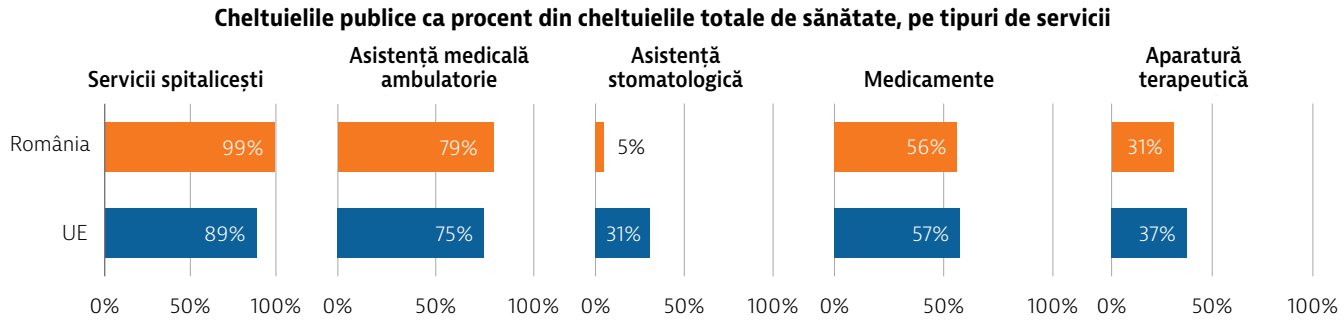
În pofida obligativității asigurărilor sociale de sănătate pentru persoanele care nu au beneficiat de scutiri, persistă lacune în materie de acoperire. În 2017, se estima că aproximativ 11 % din populație nu beneficia de asigurare. Conform unei anchete statistice publicate în 2017, persoanele neasigurate erau în principal persoane care locuiau și lucrau în străinătate, persoane care prestau o formă de muncă informală, șomeri care nu erau înregistrați pentru prestații sociale și cei care nu dețineau cărți de identitate – în special cei din grupurile marginalizate, cum ar fi comunitățile de romi. Rămâne dificil de estimat numărul de români care nu au asigurări sociale de sănătate, deoarece milioanele de cetățeni cu cărți de identitate care lucrează în străinătate sunt considerați rezidenți permanenți, dar aceștia apar în statistici ca fiind neasigurați deoarece nu plătesc contribuții la asigurările sociale de sănătate (Rebeleanu & Toma, 2017).

Aproape toate serviciile spitalicești și ambulatorii sunt acoperite de asigurările sociale de sănătate

Un pachet cuprinzător de prestații este garantat pentru toate persoanele asigurate din România. Pachetul include servicii de sănătate (prevenție, asistență medicală ambulatorie, asistență medicală specializată și servicii medicale spitalicești), medicamente și dispozitive medicale. Decizia de a adăuga sau a elimina servicii, medicamente sau dispozitive din pachetul de beneficii este luată de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, pe baza consultărilor cu diverse entități. Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale are sarcina de a întocmi o listă pozitivă de medicamente (cu ajutorul departamentului său de evaluare a tehnologiilor medicale).

În 2019, finanțarea publică a acoperit 99 % din totalul cheltuielilor cu servicii spitalicești în România – una dintre cele mai ridicate rate din UE (Figura 14). Cheltuielile publice ca procent din cheltuielile totale pe tipuri de servicii au fost, de asemenea, peste media UE pentru asistența medicală ambulatorie și aproape identice cu media UE pentru medicamente. Cu toate acestea, acoperirea costurilor serviciilor stomatologice rămâne un domeniu cu mult sub medie, întrucât pachetul de prestații garantează acoperirea integrală numai pentru copii, veterani de război și cei cu afecțiuni cronice și numai 5 % din asistența stomatologică este finanțată din fonduri publice (media UE este de 31 %). Situația se reflectă în indicatorii de acces: aproximativ 5 % dintre români au raportat nevoi nesatisfăcute de asistență stomatologică din cauza costurilor, distanței sau timpilor de așteptare în 2019 – aproape dublu comparativ cu media UE de 2,8 %.

Figura 14. Cheltuielile publice pentru servicii și bunuri se situează peste media UE pentru mai multe funcții



Notă: Serviciile medicale ambulatorii se referă în principal la serviciile furnizate de medici de familie și specialiști în sectorul ambulatoriu. Medicamentele includ medicamente eliberate pe bază de rețetă și medicamente care se eliberează fără prescripție medicală, precum și bunuri medicale non-durabile. Aparatele terapeutice se referă la produse pentru vedere, aparate auditive, scaune cu rotile și alte dispozitive medicale.
Sursă: Statisticile OCDE din 2021 în domeniul sănătății (datele se referă la anul 2019 sau la cel mai apropiat an).

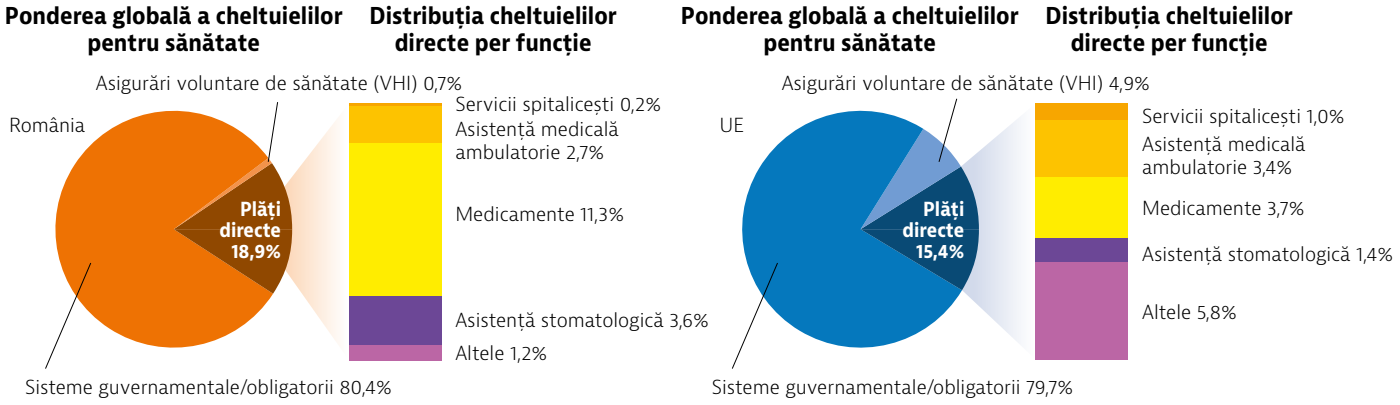
Acoperirea pentru îngrijirea pacienților cu COVID-19 a fost universală și necondiționată

Ministerul Sănătății și Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate au acoperit toate costurile aferente îngrijirilor legate de COVID-19, indiferent de statutul de reședință sau de asigurare. Testarea gratuită este posibilă numai cu trimitere din partea medicului, în timp ce testele voluntare trebuie plătite din buzunar. Persoanelor suspectate de COVID-19 li se oferă, de asemenea, servicii de carantină și asistență în cazul în care nu sunt în măsură să se descurce singuri.

Plățile directe au rămas ridicate, dar stabile

La 18,9 % din cheltuielile curente pentru sănătate în 2019, plățile directe în România au rămas relativ neschimbate din 2005 (a se vedea secțiunea 4) și se situează peste media UE (Figura 15). Majoritatea plăților directe o reprezintă cheltuielile destinate produselor farmaceutice, ceea ce poate limita accesul la medicamentele esențiale. Tratamentele medicamentoase pentru bolile infecțioase au fost adăugate pe lista medicamentelor rambursabile, ceea ce înseamnă că medicamentele pentru tratarea simptomelor de COVID-19 sunt în prezent rambursate.

Figura 15. Aproape două treimi din totalul cheltuielilor directe formale sunt destinate produselor farmaceutice



Notă: Media UE este ponderată. VHI = asigurări voluntare de sănătate, care includ și alte sisteme voluntare cu plată în avans.
Surse: Statisticile OCDE din 2021 în domeniul sănătății; Baza de date Eurostat (datele se referă la anul 2019).

Cu toate acestea, costurile rămân un obstacol important în calea accesului la medicamente, la fel ca și constrângerile de aprovizionare care cauzează deficitul. În octombrie 2019, România a restricționat exporturile de anumite medicamente pentru tratarea cancerului timp de șase luni, pentru a încerca să stopeze deficitul intern cauzat de comerțul paralel. Au fost instituite, de asemenea, restricții la export pentru medicamentele și consumabilele legate de COVID-19 în cursul anului 2020 (a se vedea secțiunea 5.3).

Politica în domeniul farmaceutic din România a încercat să limiteze utilizarea irațională a medicamentelor, să sprijine utilizarea pe scară mai largă a medicamentelor generice și să controleze prețurile. Deși controlul prețurilor a asigurat faptul că România se numără printre țările cu cele mai mici prețuri la medicamente din UE, acest lucru a încurajat exporturile comerciale paralele care au compromis sustenabilitatea (Radu, Pana & Furtunescu, 2018). Asigurarea sustenabilității aprovizionării cu medicamente în România se aliniază la obiectivul strategiei farmaceutice pentru Europa a Comisiei Europene în vederea asigurării unor medicamente eficiente și la prețuri accesibile în UE (Comisia Europeană, 2020). România este, de asemenea, unul dintre membrii Declarației de la Valletta – o colaborare multinațională în Europa care utilizează evaluarea tehnologiilor medicale, schimbul de informații

și negocierile colective pentru a achiziționa medicamente și terapii noi la prețuri rezonabile pentru cetățeni. Această alianță se axează în special pe produsele cu un impact bugetar substanțial.

Nevoile nesatisfăcute în materie de asistență medicală s-au diminuat, dar rămân ridicate

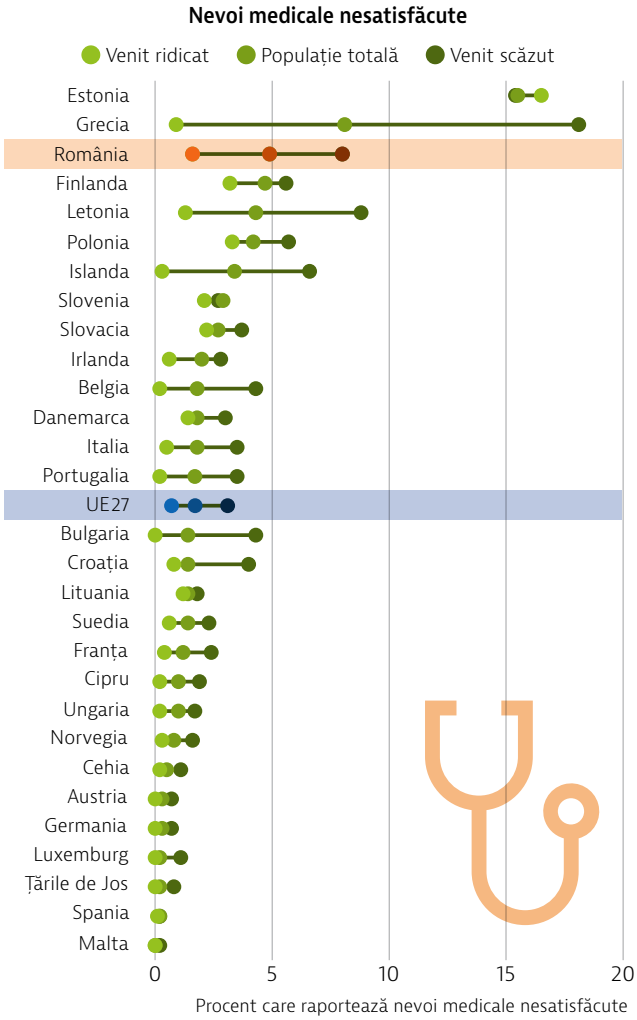
Aproximativ 4,9 % dintre români au raportat nevoi nesatisfăcute în materie de asistență medicală în 2019 (Figura 16). Deși clasată a treia în UE după Estonia și Grecia, această rată s-a redus cu mai mult de jumătate de la un nivel maxim de 12,2 % în 2011, deși cu diferențe importante între grupele de venit. Doar 1,6 % dintre persoanele din quintila cu cele mai mari venituri au declarat că au nevoi medicale nesatisfăcute, comparativ cu 8 % (în scădere comparativ cu 16,2 % în 2012) dintre persoanele cu cele mai mici venituri.

Cererea de asistență medicală legată de COVID-19 și introducerea unor măsuri de limitare a răspândirii bolilor transmisibile în timpul pandemiei au fost factori care au cauzat întârzieri ale consultațiilor și tratamentelor și au determinat, de asemenea, creșterea nivelurilor de nevoi nesatisfăcute. Datele obținute în urma anchetelor arată că 29 % dintre respondenții români au declarat că nu au apelat la asistență medicală în primul an al pandemiei, comparativ cu 21 % la nivelul UE (Eurofound, 2021)[3]. Nu sunt disponibile date privind timpii de așteptare pentru îngrijirea medicală electivă, astfel încât este dificil să se identifice domeniile cu cele mai urgente nevoi. Măsurarea timpului de așteptare ar putea oferi informații utile menite să contribuie la obiectivul de îmbunătățire a accesului la asistență medicală.

Disparitățile în ceea ce privește accesul la asistență medicală sunt persistente

Întrucât multe zone rurale sunt insuficient deservite, românii care trăiesc în aceste zone continuă să se confrunte cu un acces inegal din cauza dezechilibrelor în distribuția forței de muncă din domeniul sănătății în întreaga țară. Provocările în materie de acces sunt exacerbate și mai mult de infrastructura de transport precară. În 2018, cu sprijinul Băncii Mondiale, Ministerul Sănătății a emis un ordin privind înființarea și funcționarea unităților medicale mobile. La jumătatea anului 2019, s-au depus eforturi pentru îmbunătățirea accesului prin prelungirea valabilității trimiterilor de la 60 la 90 de zile, facilitarea accesului la asistență medicală pentru femeile însărcinate neasigurate și extinderea domeniului de aplicare al serviciilor de zi în spitale. Între timp, 30 % dintre respondenții la ancheta statistică au declarat că recurg la teleconsultații pentru a avea acces la serviciile de sănătate în timpul pandemiei de COVID-19 (Eurofound, 2021). Acest lucru demonstrează potențialul consultațiilor la distanță ca un mecanism de îmbunătățire a accesului la asistență medicală.

Figura 16. Numai în grupele cu venit ridicat nevoile nesatisfăcute în materie de asistență medicală sunt comparabile cu media UE



Notă: Datele se referă la nevoi nesatisfăcute pentru examinare medicală sau tratament din cauza costului, a distanței de călătorit sau a perioadelor de așteptare. Este nevoie de prudență în compararea datelor între țări, deoarece există unele variații în privința instrumentului de anchetare utilizat. Sursă: Baza de date Eurostat, pe baza EU-SILC (datele se referă la anul 2019, exceptând Islanda 2018).

5.3 Reziliență

Această secțiune privind reziliența se axează în principal pe impactul pandemiei de COVID-19 și pe răspunsurile la aceasta[4]. Astfel cum s-a menționat în secțiunea 2, pandemia a avut un impact major asupra sănătății populației și a mortalității în România, la fel ca în majoritatea țărilor UE, numărul oficial de 34 500 de decese cauzate de COVID-19 până la sfârșitul lunii august 2021 fiind probabil rezultatul unei subraportări substanțiale. Măsurile luate pentru a ține pandemia sub control au avut, de asemenea, un impact semnificativ asupra economiei. Cu toate acestea, deși PIB-ul României a scăzut cu 3,9 %, scăderea a fost mai mică comparativ cu scăderea medie de 6,2 % la nivelul UE.

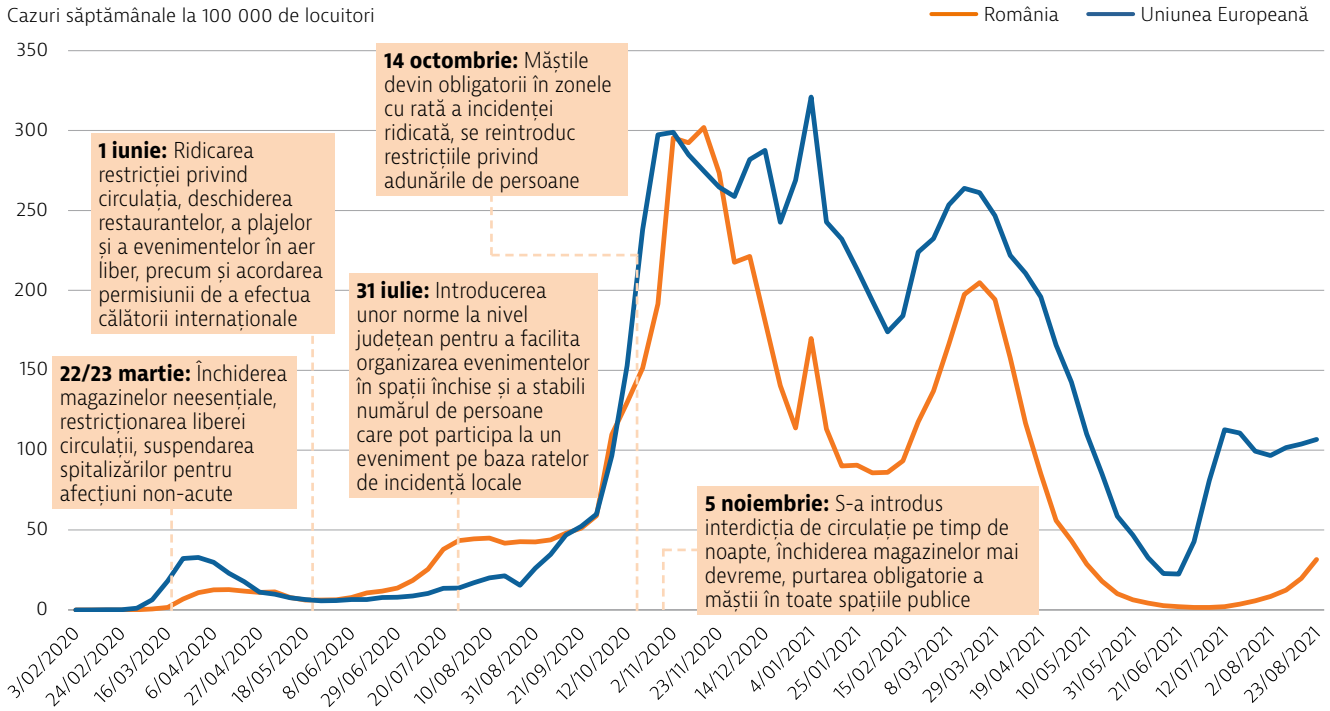
3. Datele din ancheta Eurofound nu sunt comparabile cu cele din ancheta EU-SILC din cauza diferențelor de metodologie.
4. În acest context, reziliența sistemului de sănătate a fost definită drept capacitatea de pregătire, de gestionare (absorbție, adaptare și transformare) și de învățare ca urmare a șocurilor (Grupul de experți al UE privind evaluarea performanței sistemelor de sănătate, 2020).

Primele răspunsuri ale României la pandemia de COVID-19 au fost rapide

România a fost afectată de pandemia de COVID-19 relativ târziu în 2020. Deși COVID-19 a fost identificat pentru prima dată în Europa Centrală în ianuarie 2020, primii pacienți din România au fost identificați abia la 26 februarie. România a impus rapid măsuri stricte de prevenție, iar în primăvara anului 2020 zborurile internaționale au fost anulate, iar frontierele au fost închise. Cu toate acestea, mulți dintre cei 3 milioane de români care locuiau în străinătate (dintr-o populație totală de 19 milioane) s-au întors acasă.

Numărul de infecții cu virusul SARS-CoV-2 și decese asociate a crescut lent în primăvara anului 2020, dar într-un ritm mai scăzut decât în alte țări ale UE. În vara anului 2020, măsurile de atenuare a pandemiei au fost relaxate ca urmare a ratelor scăzute de infectare și a impactului asupra economiei (Figura 17). România s-a confruntat apoi cu un al doilea val de cazuri pe durata verii, dar în toamna și iarna anului 2020 ratele de infectare și numărul deceselor cauzate de virusul SARS-CoV-2 au crescut semnificativ. Drept urmare, au fost reinstituite măsuri de atenuare a pandemiei și, în cele din urmă, a fost dispusă o limitare totală a mișcării persoanelor. Deși nivelurile de infectare din România au fost aparent mai scăzute decât media UE în cea mai mare parte a anului 2020, acest lucru este probabil legat de politica și capacitatea de testare a țării și de faptul că este posibil ca multe cazuri de COVID-19 să nu fi fost așadar identificate (a se vedea Caseta 1). După o nouă creștere în primăvara anului 2021, numărul de cazuri înregistrate a început să scadă rapid, dar a reînceput să crească constant din vara anului 2021.

Figura 17. Ratele de infectare cu virusul SARS-CoV-2 înregistrate în România s-au situat, în general, sub media UE

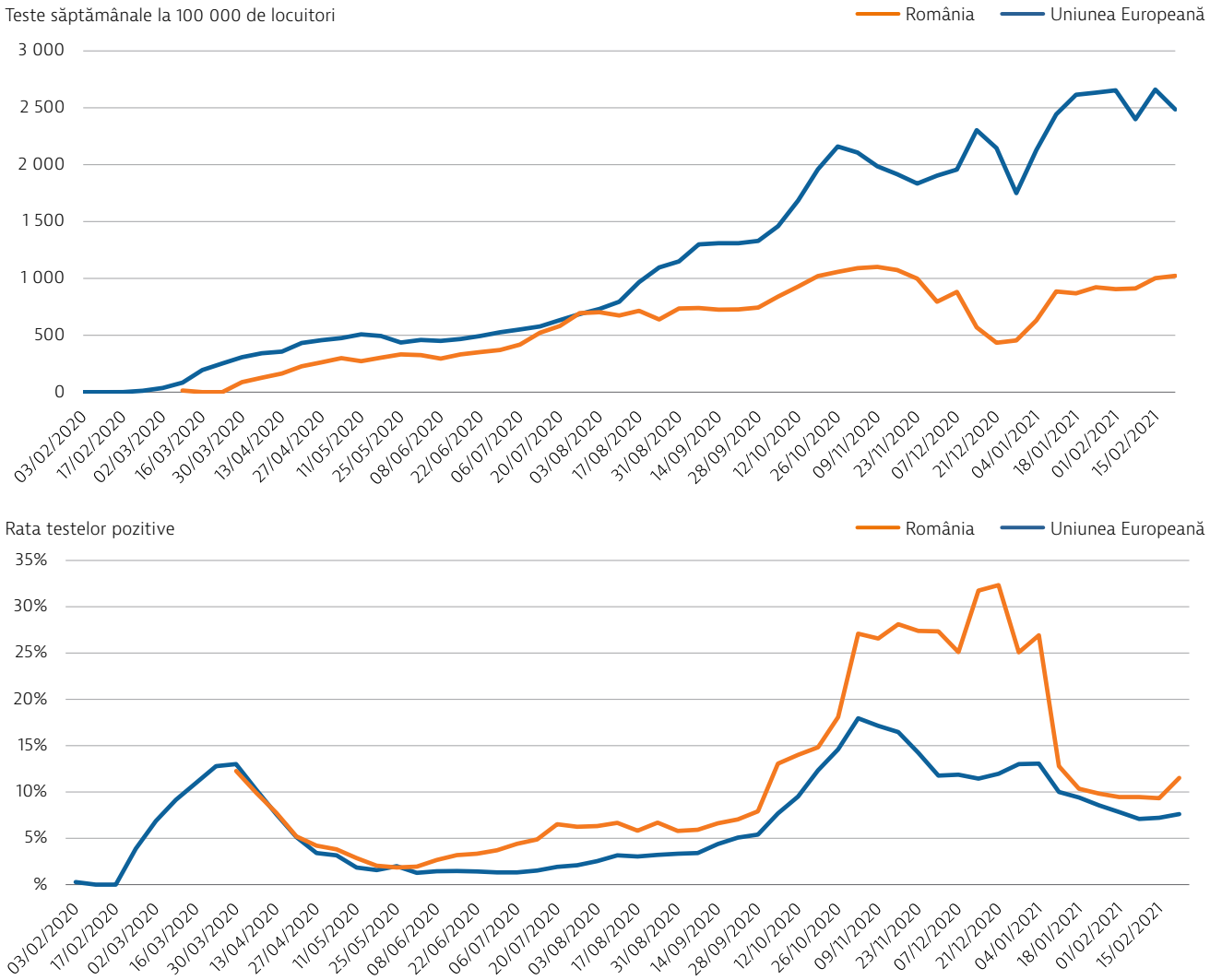


Notă: Media UE este neponderată (numărul țărilor incluse în calcularea mediei variază în funcție de săptămână).
Sursă: ECDC pentru cazurile de COVID-19 și autorii pentru măsurile de limitare a răspândirii.

Capacitatea de testare a crescut, dar nu a ținut pasul cu media UE

Până în martie 2020, testele au fost efectuate numai pentru persoanele care soseau din locuri cu rate ridicate de infectare sau care erau simptomatice. De la jumătatea lunii martie, România a adoptat protocolul de testare ECDC și a furnizat testarea gratuită pe bază de trimitere. Rezidenții și personalul din centrele de îngrijire de lungă durată, centrele de sănătate mintală și alte structuri de asistență socială au avut prioritate la testare, iar în octombrie 2020 a fost introdusă testarea săptămânală obligatorie a personalului din toate aceste centre rezidențiale. Capacitatea de testare a crescut de la un centru de testare în februarie la 57 de centre în iulie 2020 și 176 de centre până la sfârșitul lunii ianuarie 2021. Cu toate acestea, capacitatea de testare era încă prea scăzută pentru a satisface cererea, iar România a avut rate de testare mai scăzute decât media UE, în special în perioada de toamnă și iarnă când s-a înregistrat o creștere exponențială a cazurilor (Figura 18). Ratele ridicate ale testelor pozitive din România de la începutul pandemiei arată că această capacitate de testare nu a ținut pasul cu nivelurile ridicate de transmitere comunitară a COVID-19. În iarna anului 2020, când s-a înregistrat o creștere exponențială a cazurilor, peste unul din patru teste PCR efectuate au fost pozitive. În ianuarie 2021, a fost adăugată testarea cu test antigenic rapid pentru unele grupuri prioritare în încercarea de a identifica și izola cazurile asimptomatice.

Figura 18. Decalajul față de UE în ceea ce privește ratele de testare pentru COVID-19 s-a accentuat, în pofida ratelor ridicate de rezultate pozitive



Notă: Media UE este ponderată (numărul țărilor incluse în calculul mediei variază în funcție de săptămână).
Sursă: ECDC.

Forța de muncă din domeniul sănătății a reprezentat un blocaj major în furnizarea de servicii în timpul pandemiei

Cea mai mare provocare în ceea ce privește răspunsul la pandemia de COVID-19 în România a fost asigurarea unei forțe de muncă suficiente din domeniul sănătății (a se vedea secțiunea 4). Numărul medicilor, asistenților medicali și al altor cadre medicale specializate din secțiile de terapie intensivă a fost insuficient. În primăvara anului 2020, au fost redistribuiți lucrători din domeniul sănătății din alte specializări, dar aceasta nu a fost o soluție sustenabilă pe termen lung. România a angajat și a format mai mult personal, creând 2 000 de locuri de muncă temporare. Au fost alocate fonduri pentru prime și stimulente în natură pentru a atrage profesioniști. Cu toate acestea, deficitul existent dinaintea pandemiei a persistat, în special după toamna anului 2020. Pe măsură ce se apropia iarna, iar ratele de infectare au crescut – inclusiv în rândul personalului medical – au existat provocări în ceea ce privește menținerea unor niveluri adecvate de personal, ceea ce a subminat accesul la servicii și calitatea asistenței medicale.

Numărul de paturi din secțiile de terapie intensivă s-a dublat în timpul pandemiei

Sistemul de sănătate din România are un număr mare de paturi de spital, dar furnizarea unui număr suficient de paturi în secțiile de terapie intensivă echipate cu ventilatoare mecanice pentru a face față creșterii cererii în timpul valurilor de COVID-19 s-a dovedit a fi o provocare semnificativă. Din aproximativ 4 000 de paturi de terapie intensivă disponibile înainte de pandemie, doar aproximativ jumătate erau echipate cu ventilatoare mecanice și doar un anumit număr dintre acestea au fost alocate pacienților COVID-19, în funcție de numărul de cazuri. Numărul de ventilatoare a fost crescut prin achiziții internaționale, producție națională și realocare de la armată. Au fost construite spitale modulare și s-au achiziționat cinci secții de terapie intensivă mobile cu sprijinul autorităților locale, al organizațiilor neguvernamentale și al altor donatori. Aproximativ 44,5 milioane EUR deblocate de guvern pentru a gestiona pandemia de COVID-19 (în valoare totală de 74,5 milioane EUR) au fost alocate secțiilor de terapie intensivă. Cu toate

acestea, la 1 noiembrie 2020, doar 1 250 de paturi de terapie intensivă erau disponibile pentru pacienții cu COVID-19. Capacitatea a fost extinsă și mai mult, la 1 550 de paturi de terapie intensivă în 2021, pentru a acoperi nevoia mereu crescândă – dublu comparativ cu numărul la nivel național la începutul pandemiei (740 de paturi în martie 2020).

România a mobilizat rapid resurse, dar în cursul iernii au existat mai multe provocări

Ca și alte țări din UE, România s-a confruntat cu un deficit de PPE la începutul pandemiei. Guvernul a simplificat legislația națională privind achizițiile publice și a înființat Oficiul Național pentru Achiziții Centralizate din cadrul Ministerului Sănătății. Au fost trimise apeluri de urgență către alte țări pentru a obține ajutor în achiziționarea de PPE, ventilatoare mecanice și medicamente; acestea au contribuit la reducerea deficitelor inițiale. De asemenea, PPE au fost furnizate prin intermediul mecanismului centralizat de achiziții publice al Comisiei Europene. Pentru a evita risipa și deficitul, Centrul de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile a adoptat un set de criterii minime pentru utilizarea rațională a PPE, pe baza recomandărilor OMS. Deficitul de medicamente și dispozitive medicale a fost atenuat de o interdicție privind exportul de medicamente, dispozitive de diagnosticare și tratament și consumabile, valabilă 12 luni.

În plus, România a reorganizat furnizarea de servicii spitalicești, desemnând anumite spitale, secții și centre ambulatorii exclusiv pentru îngrijirea pacienților cu COVID-19 și desfășurând forțele militare pentru a acorda asistență în ceea ce privește nevoia de echipamente. În primăvara și vara anului 2020 (primul val), țara avea o capacitate de paturi suficientă – uneori neutilizată – pentru tratarea pacienților cu COVID-19, dar a doua creștere exponențială a cazurilor de infectare cu virusul SARS-CoV-2 în timpul iernii 2020 a generat provocări suplimentare pentru sistemul de sănătate deja suprasolicitat.

Medicii de familie au jucat un rol central în gestionarea cazurilor suspectate și confirmate de COVID-19

Încă din primele faze ale pandemiei, multe cazuri de COVID-19 au fost gestionate de serviciile de asistență medicală primară. Persoanele simptomatice au fost instruite să nu se prezinte la clinici medicale, ci să își contacteze medicul de familie prin telefon. Medicii de familie urmau să îi îndrume apoi pe pacienți spre testare, să îi monitorizeze la domiciliu sau să îi îndrume către spitale, după caz. De asemenea, medicii de familie au raportat către direcțiile județene de sănătate publică cazurile confirmate în vederea inițierii urmăririi contacților. Un protocol național de tratament a fost elaborat și actualizat periodic, pe baza recomandărilor OMS și ECDC.

Ca și alte țări, România a introdus noi instrumente pentru furnizarea de servicii medicale virtuale, altele decât cele pentru COVID-19, în prima fază a răspunsului său la pandemie. Accesul la servicii a fost, de asemenea, îmbunătățit prin simplificarea procedurilor administrative pentru consultațiile virtuale, prin facilitarea procesului prin care medicii de familie puteau prescrie medicamente pentru pacienții cu afecțiuni cronice și prin extinderea valabilității anumitor documente medicale, cum ar fi trimiterile.

Măsuri speciale de protecție a rezidenților și a personalului unităților de îngrijire de lungă durată

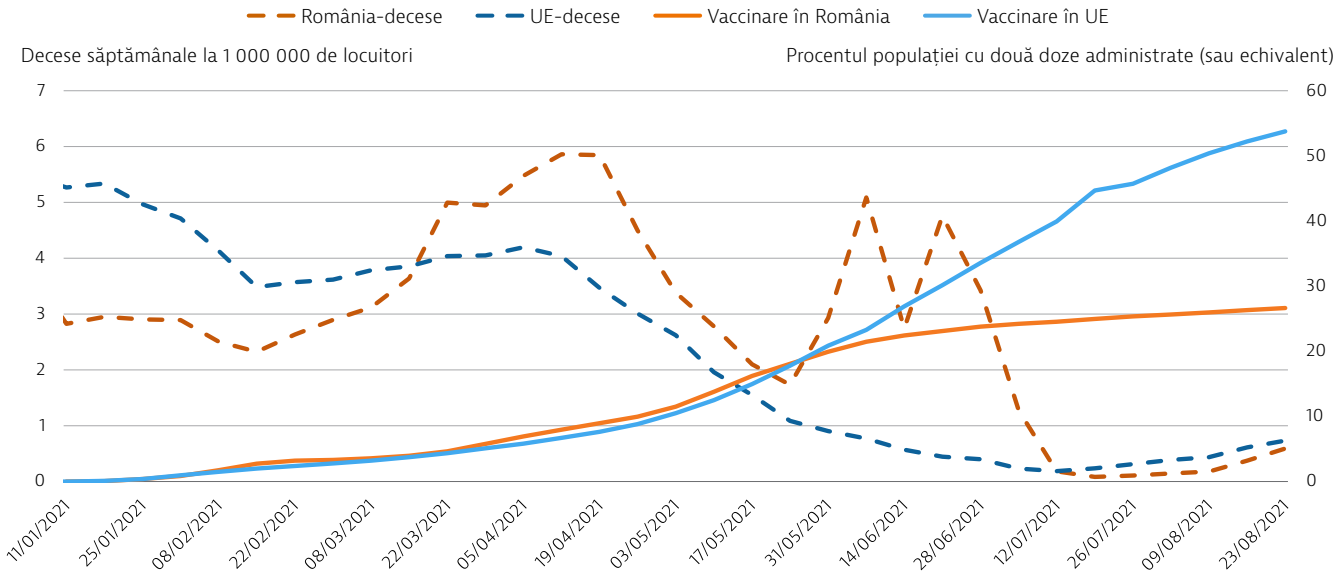
România a elaborat planuri specifice de îngrijire pentru persoanele vulnerabile care trăiesc în centre de îngrijire de lungă durată. Au fost distribuite măști, mănuși, produse de igienă și alimente gratuite în centre rezidențiale destinate persoanelor în vârstă, copiilor și adulților cu handicap, precum și altor grupuri vulnerabile. În plus, în octombrie 2020, unităților li s-a permis să introducă programul de muncă în schimburi pentru a reduce expunerea potențială în rândul rezidenților ca răspuns la situația epidemiologică locală. Cu toate acestea, conform statisticilor naționale, până la 16 mai 2020, 10 % din decesele cauzate de COVID-19 au fost înregistrate în rândul rezidenților din centrele pentru persoanele în vârstă și persoanele cu handicap.

Desfășurarea vaccinării împotriva COVID-19 a fost bine planificată, dar reticența față de vaccinare a cauzat o stagnare a procesului de vaccinare

Campania de vaccinare împotriva COVID-19 a debutat relativ bine în România. S-a acordat prioritate forței de muncă din domeniul sănătății și al asistenței sociale, înainte de a trece la populația cu cel mai mare risc (persoane în vârstă, pacienți cu afecțiuni cronice și persoane cu handicap) și, în cele din urmă, la populația generală. Campania de vaccinare a fost susținută încă din decembrie 2020 de o strategie de comunicare complexă și coerentă pusă în aplicare de guvern. Un site web oficial a furnizat informații privind siguranța și eficacitatea vaccinurilor, reacțiile adverse, miturile și datele reale.

Responsabilitatea pentru asigurarea logisticii, a stocurilor, a aprovizionării și a resurselor umane pentru desfășurarea vaccinării a fost împărțită între Ministerul Sănătății, Ministerul Apărării Naționale și Ministerul Afacerilor Interne. Toate materialele necesare pentru administrarea vaccinurilor și a dispozitivelor de prim ajutor pentru gestionarea efectelor adverse au fost achiziționate la nivel central prin intermediul Oficiului Național pentru Achiziții Centralizate. Vaccinarea a fost finanțată și s-a derulat exclusiv în sectorul public. Pentru a oferi personalului care ocupă funcții esențiale acces la vaccinuri, au fost utilizate echipe mobile de vaccinare pentru a ajunge la persoane aflate în centre de asistență medicală, în centre rezidențiale de îngrijire și în cămine private. În pofida acestui început rapid, rata de vaccinare a încetinit până când 20 % din populație a primit două doze (Figura 19). Îmbunătățirea logisticii pentru a ajunge la comunitățile rurale pare a fi un factor-cheie în consolidarea programului, dar o mare parte a populației ezită să se vaccineze și manifestă reticență în ceea ce privește vaccinarea, probleme care trebuie să fie depășite.

Figura 19. Ritmul programului de vaccinare s-a redus, iar acoperirea este limitată



Notă: Media UE este neponderată (numărul țărilor incluse în calcularea mediei variază în funcție de săptămână).
Surse: ECDC pentru cazurile de COVID-19 și Our World In Data pentru ratele de vaccinare.

Pandemia a stimulat dezvoltarea sistemelor electronice de informații

În ciuda investițiilor semnificative în tehnologiile moderne ale informației și comunicațiilor din ultimul deceniu, există un grad ridicat de fragmentare a datelor și de duplicare a colectării datelor în sistemul de sănătate din România. În timpul pandemiei, au fost create noi sisteme electronice de informații pentru a îmbunătăți gestionarea resurselor de sănătate extrem de solicitate. Până la sfârșitul lunii octombrie 2020, a fost creat un sistem electronic de informații pentru a îmbunătăți comunicarea dintre laboratoare, autoritățile locale din domeniul sănătății publice, medicii de familie și pacienți. Prin urmare, testele de diagnosticare sunt prelucrate în 24 de ore, rezultatele fiind trimise automat prin e-mail și mesaj text persoanei testate și medicului său de familie (sau direcției județene de sănătate publică, dacă pacientul nu este înscris la un medic de familie). Direcțiile județene de sănătate publică trimit decizii de izolare pacienților cu rezultat pozitiv în urma testului, precum și medicilor lor de familie. În absența altor evenimente, dosarul pacientului se închide automat după 14 zile. Sistemul face legătura între serviciile spitalicești și serviciile ambulatorii pentru pacienții cu COVID-19. Pentru serviciile spitalicești, Ministerul Sănătății a creat un sistem electronic centralizat, Centrul Operațional de Coordonare, pentru a raporta zilnic gradul de ocupare a paturilor, și a facilita gestionarea resurselor.

Pentru a sprijini campania de vaccinare, a fost creat un modul special pentru COVID-19 în Registrul Electronic Național de Vaccinări, administrat de Institutul Național de Sănătate Publică. Registrul furnizează date pentru monitorizarea stocurilor de vaccinuri, a distribuției și a utilizării acestora (inclusiv numărul de doze pierdute), a numărului de persoane vaccinate și a oricăror evenimente adverse. După administrarea vaccinului, persoanei vaccinate i se eliberează un certificat de vaccinare.

Aceste evoluții rapide ale sistemelor informatice electronice în timpul pandemiei oferă României posibilitatea de a-și alinia strategia de dezvoltare în domeniul sănătății digitale la inițiativa Spațiul european al datelor privind sănătatea (Comisia Europeană, 2021b), care urmărește să promoveze schimbul de date medicale și să sprijine cercetarea cu privire la noi strategii de prevenție, precum și cu privire la tratamente, medicamente, dispozitive medicale și rezultate.

Investițiile în infrastructura de sănătate au beneficiat de fondurile structurale și de investiții europene

România a beneficiat de fonduri structurale și de investiții europene pentru programele de prevenție și de asistență medicală primară (a se vedea secțiunea 5.1); acestea au facilitat investițiile în sectorul sănătății. De exemplu, în 2018, 0,6 % din PIB-ul țării a fost alocat pentru infrastructură și echipamente în sectorul sănătății, cu mult peste media UE de 0,4 %. Aceasta a reprezentat 10 % din totalul cheltuielilor de sănătate – mai mult decât în orice altă țară din UE. România a solicitat, de asemenea, ajutor nerambursabil în valoare de 14,3 miliarde EUR și împrumuturi în valoare de 15 miliarde EUR în cadrul Mecanismului de redresare și reziliență al UE. Componenta de sănătate a planului României vizează creșterea accesului la servicii medicale pentru prevenție, diagnosticare și tratament precoce, precum și reducerea disparităților rurale/urbane în ceea ce privește accesul la servicii medicale, în special pentru comunitățile rurale insuficient deservite. Acest obiectiv va fi atins prin consolidarea rețelei de asistență medicală primară în zonele rurale și a unităților de îngrijire neonatală la nivel național.

6 Principalele constatări

- Speranța de viață la naștere în România a crescut cu peste patru ani în perioada 2000-2019, dar a scăzut cu 1,4 ani în 2020 din cauza impactului pandemiei de COVID-19. Ea rămâne printre cele mai scăzute din UE. Factorii de risc comportamentali constituie cauza a peste jumătate din totalul deceselor. Românii raportează rate relativ ridicate de consum de tutun, alimentație nesănătoasă, consum de alcool și activitate fizică scăzută. Excesul de greutate, obezitatea și fumatul în rândul adolescenților sunt, de asemenea, ridicate și au crescut constant în ultimele două decenii.

- Cheltuielile pe cap de locuitor pentru prevenție au a doua cea mai scăzută pondere din UE. Acest lucru însemna că, înainte de pandemie, sănătatea publică nu dispunea de resurse suficiente și era neperformantă. De exemplu, în rândul persoanelor în vârstă, rata de vaccinare împotriva gripei sezoniere a scăzut considerabil, de la puțin peste jumătate din grupul de vârstă țintă în 2007 la aproximativ o cincime în 2018. Cheltuielile cu asistența medicală primară sunt, de asemenea, cele mai scăzute, în termeni absoluți, din țările UE. Deficiențele în ceea ce privește asistența medicală primară și prevenția pot explica ratele ridicate de mortalitate din cauze evitabile și din cauze tratabile în România, acestea din urmă fiind pe locul patru în UE în 2017.

- În ansamblu, România și-a majorat în mod semnificativ cheltuielile pentru sănătate, dar rămâne una dintre țările UE cu cele mai scăzute cheltuieli destinate sănătății, atât pe cap de locuitor, cât și ca procent din PIB. România are niveluri ridicate de finanțare publică pentru asistența medicală spitalicească și ambulatorie, dar costurile directe sunt, de asemenea, ridicate, în special pentru medicamentele administrate în ambulatoriu. Cu toate acestea, toate tratamentele și serviciile, inclusiv medicamentele, pentru tratarea COVID-19 sunt furnizate gratuit.

- România formează un număr mare de practicieni din domeniul sănătății, însă emigrația personalului medical a contribuit la un deficit de forță de muncă în domeniul sănătății la nivel național, iar numărul de medici și asistenți medicali pe cap de locuitor este cu mult sub mediile UE. Acest aspect afectează în mod negativ accesul la îngrijire și contribuie la timpul de așteptare. Situația forței de muncă din domeniul sănătății a reprezentat, de asemenea, o preocupare majoră în ceea ce privește pregătirea pentru pandemie.

- România a reușit să își mărească în mod semnificativ capacitatea de testare în timpul primului val al pandemiei de COVID-19, dar ratele de testare rămân scăzute în comparație cu media UE. Ratele ridicate de rezultate pozitive din al doilea și al treilea val indică o capacitate de testare care nu a ținut pasul cu viteza de transmitere comunitară. În plus, presiunea exercitată de pandemie asupra spitalelor a subminat accesul la servicii de îngrijire care nu tratează COVID-19. În a doua jumătate a anului 2020, numărul de decese în exces în România a fost mult mai mare decât numărul de decese raportate ca urmare a COVID-19, ceea ce indică faptul că numărul deceselor cauzate de COVID-19 a fost subestimat.

- Deficitul resimțit în timpul pandemiei a stimulat crearea mai multor sisteme electronice de informații pentru a gestiona mai bine resursele suprasolicitate din domeniul sănătății. De exemplu, a fost instituit un sistem de testare pentru diagnosticare cu scopul de a îmbunătăți comunicarea dintre laboratoare, autoritățile locale din domeniul sănătății publice, medicii de familie și pacienți. Un sistem electronic centralizat – centru operațional de coordonare raportează zilnic gradul de ocupare a paturilor, facilitând gestionarea resurselor. Teleîngrijirea a fost, de asemenea, dezvoltată pentru a înlocui unele vizite la cabinetul medical, iar acest lucru ar putea sprijini îmbunătățirea serviciilor de îngrijire pentru comunitățile insuficient deservite în viitor.

- Campania de vaccinare împotriva COVID-19 a debutat relativ bine în România, deși a suferit întârzieri din cauza problemelor de aprovizionare. Încă de la început, campania de vaccinare a fost sprijinită printr-o strategie de comunicare cuprinzătoare și coerentă pusă în aplicare de guvern, dar reticența față de vaccinare a continuat să limiteze sever acoperirea vaccinală, iar programul de vaccinare pare să își fi încetinit ritmul.

Surse principale

Vlădescu C et al. (2016), *Romania: health system review. Health Systems in Transition,* 18(4):1-170.

OECD/EU (2020), *Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle.* Paris, OECD Publishing.

Referințe

Centre for Innovation in Medicine (2021), *Position Paper on Europe's Beating Cancer Plan: state of cancer in Romania*, Bucharest.

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA) (2020), *Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement.*

Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 survey, third round* (February-March 2021).

European Commission (2020), *A pharmaceutical strategy for Europe.*

European Commission (2021a), *Europe's Beating Cancer Plan.*

European Commission (2021b), *The European Health Data Space.*

Radu C, Pana B, Furtunescu F (2018), Drug Policy in Romania. *Value in Health Regional Issues,* 16:28-32.

Rebeleanu A, Toma S (2017), *SocioRoMap – anchetă de cercetare mediatori sanitari, Cluj-Napoca*, Institutul Pentru Studierea Problemelor Minorităţilor Naţionale, Bucharest.

WHO Regional Office for Europe, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies (2021), COVID-19 Health Systems Response Monitor – Romania.

Lista abrevierilor țărilor

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

European Commission

State of Health in the EU
Profilul de țară din 2021 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 (2021), România: Profilul de țară din 2021 în ceea ce privește sănătatea, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruxelles.

ISBN 9789264903814 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

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