European Commission



# State of Health in the EU

# România

## Profilul de țară din 2023 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. Pentru prima dată de la lansarea seriei, ediția din 2023 a profilurilor de țară în ceea ce privește sănătatea introduce o secțiune specială dedicată sănătății mintale.

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).

## Contents


1. ASPECTE PRINCIPALE 3
2. SĂNĂTATEA ÎN ROMÂNIA 4
3. FACTORI DE RISC 7
4. SISTEMUL DE SĂNĂTATE 9
5. PERFORMANȚA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE 11
   5.1 Eficacitate 11
   5.2 Accesibilitate 14
   5.3 Reziliență 16
6. SĂNĂTATEA MINTALĂ ÎN PRIM-PLAN 20
7. 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.

Acest profil a fost finalizat în septembrie 2023, pe baza datelor care erau accesibile în prima jumătate a lunii septembrie 2023.

## Context demografic și socioeconomic în România, 2022

| Factori demografici | România | UE |
|---|---|---|
| Dimensiunea populației | 19 042 455 | 446 735 291 |
| Ponderea populației de peste 65 de ani (%) | 19,5 | 21,1 |
| Rata fertilității[1] (2021) | 1,8 | 1,5 |
| **Factori socioeconomici** | | |
| PIB pe cap de locuitor (PPC EUR[2]) | 27 073 | 35 219 |
| Rata sărăciei relative[3] (%) | 21,2 | 16,5 |
| Rata șomajului (%) | 5,6 | 6,2 |

*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. Sursă: Baza de date Eurostat.*


Declinări de răspundere: Această lucrare este publicată sub responsabilitatea Secretarului General al OCDE. Opiniile exprimate și argumentele folosite în cadrul acesteia nu reflectă în mod necesar punctele de vedere oficiale ale țărilor membre ale OCDE. Punctele de vedere și opiniile exprimate în publicațiile European Observatory on Health Systems and Policies nu reprezintă în mod necesar politica oficială a organizațiilor participante.



Această lucrare a fost realizată cu sprijinul financiar al Uniunii Europene. Punctele de vedere exprimate în cadrul acesteia nu pot fi considerate în niciun caz ca reflectând opinia oficială a Uniunii Europene.



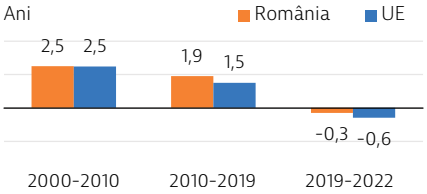
Numele și reprezentarea țărilor și teritoriilor utilizate în această publicație comună respectă practica OMS.

Declinări de răspundere teritorială aplicabile OCDE: Prezentul document, precum și orice date și hărți incluse în acesta nu aduc atingere statutului sau suveranității asupra oricărui teritoriu, delimitării frontierelor și limitelor internaționale și denumirii oricărui teritoriu, oraș sau zonă. Alte declinări de răspundere specifice sunt disponibile aici.

Declinări de răspundere teritorială aplicabile OMS: Denumirile folosite și prezentarea acestui material nu implică exprimarea vreunei opinii din partea OMS cu privire la statutul juridic al vreunei țări, teritoriu, oraș sau zonă sau al autorităților sale, sau cu privire la delimitarea frontierelor sau a granițelor sale. Liniile punctate și întrerupte de pe hărți reprezintă linii de frontieră aproximative pentru care este posibil să nu existe încă un acord deplin.

© OCDE și Organizația Mondială a Sănătății (în calitate de organizație-gazdă și secretariat al European Observatory on Health Systems and Policies) 2023.

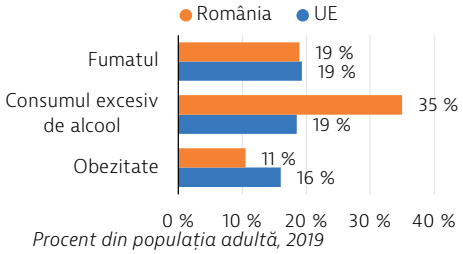
# 1 Aspecte principale




*Evoluția speranței de viață la naștere*

## Health Status

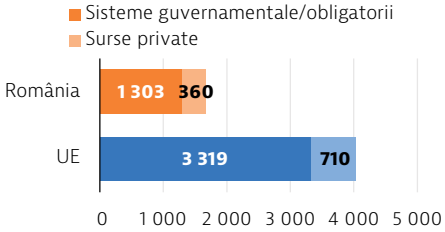
În 2022, speranța medie de viață la naștere în România a fost de 75,3 ani (71,5 ani pentru bărbați și 79,3 ani pentru femei). Speranța de viață a crescut ușor mai rapid decât media UE între 2010 și 2019. Pandemia de COVID-19 a determinat scăderea speranței de viață cu 0,3 ani în ansamblu, între 2019 și 2022 – un nivel care reprezintă jumătate din media UE.




*Procent din populația adultă, 2019*

## Risk Factors

Ratele fumatului zilnic pentru adulții români sunt egale cu media UE: aproximativ una din cinci persoane fuma în mod regulat în 2019. Cu toate acestea, aproximativ 35 % dintre persoane au raportat un consum excesiv de alcool cel puțin o dată pe lună în 2019, ceea ce reprezintă aproape dublul mediei UE. Situându-se la 11 %, nivelurile obezității în rândul adulților sunt cele mai scăzute din UE.



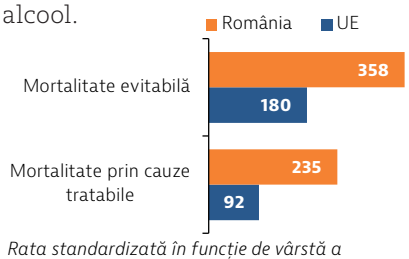

*PPC euro pe cap de locuitor, 2021*

## Health System

Cheltuielile totale pentru sănătate pe cap de locuitor în România, de 1 663 EUR, au reprezentat mai puțin de jumătate din media UE în 2021. Cheltuielile curente în materie de sănătate au reprezentat 6,5 % din PIB în România, din care aproape 80 % au provenit din surse publice. Sursele private de cheltuieli pentru sănătate sunt dominate de plățile directe, în principal pentru medicamente în ambulatoriu și asistență stomatologică.

## Effectiveness

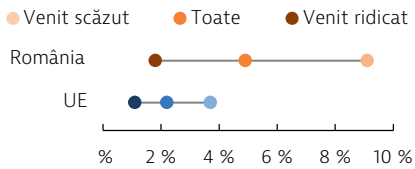
Atât rata mortalității prin cauze tratabile, cât și cea a mortalității evitabile în România se situează cu mult peste mediile UE. Mortalitatea prin cauze tratabile este determinată de boala cardiacă ischemică, pneumonie și accidentele vasculare cerebrale. Ratele mortalității evitabile au crescut odată cu clasificarea deceselor cauzate de COVID-19 ca fiind evitabile în 2020, dar sunt determinate și de boala cardiacă ischemică și de bolile asociate consumului de alcool.




*Rata standardizată în funcție de vârstă a mortalității la 100 000 de locuitori, 2020*

## Accessibility

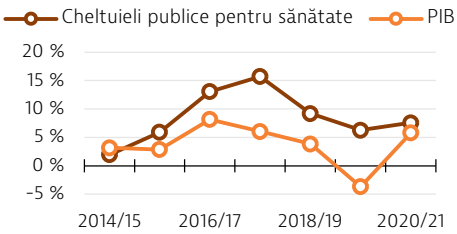
Potrivit datelor EU-SILC, nevoile nesatisfăcute în materie de asistență medicală în România (4,9 % din populație) sunt de peste două ori mai mari decât media UE (2,2 %). O mare parte a românilor cu venituri mici raportează că au nevoi nesatisfăcute, rata acestora fiind aproape de trei ori mai mare decât rata celor din gospodăriile cu venituri mici din întreaga UE. Principalul factor determinant al nevoilor nesatisfăcute este reprezentat de costuri, deși deficitul de forță de muncă reduce, de asemenea, disponibilitatea asistenței.




*Procentul persoanelor care raportează nevoi de asistență medicală nesatisfăcute, 2022*

## Resilience

Cheltuielile publice pentru sănătate au crescut în termeni reali începând cu 2015-2016, tendință care s-a menținut pe tot parcursul pandemiei, în pofida unei reduceri bruște a PIB-ului în 2019-2020. Investițiile din cadrul planului de redresare și reziliență al României și a politicii de coeziune a UE vizează consolidarea rezilienței sistemului de sănătate și îmbunătățirea calității asistenței medicale.




*Variația anuală în termeni reali*

## Mental Health

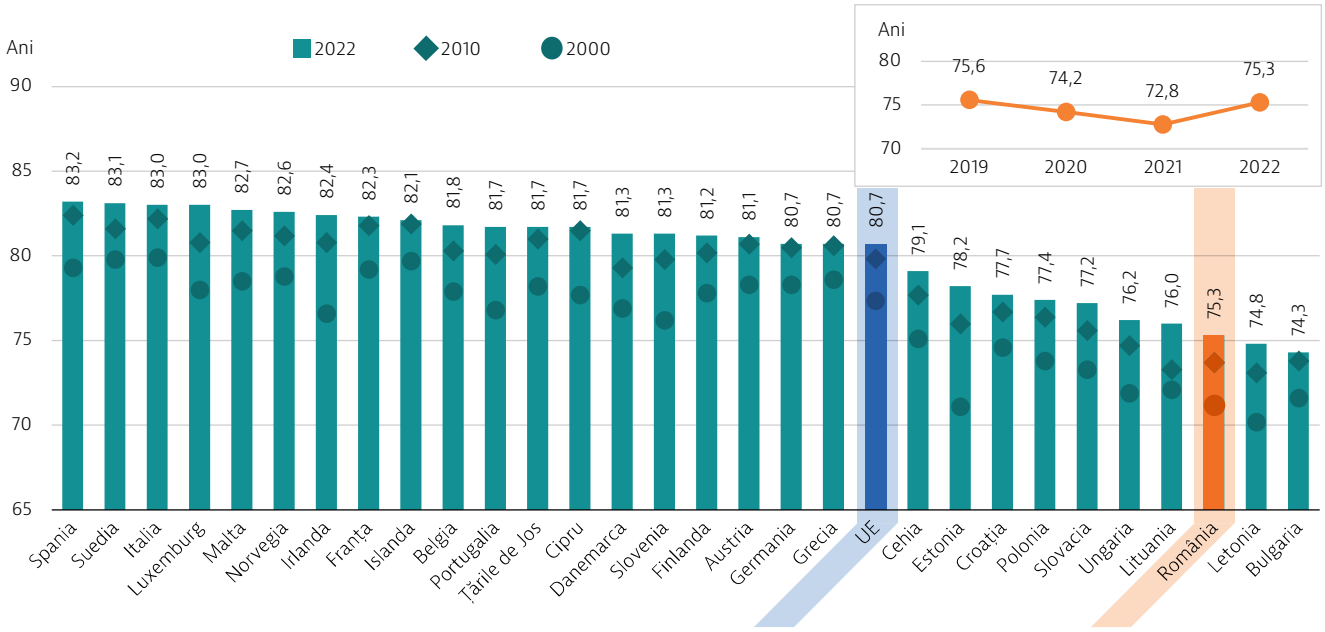
În pofida faptului că prezintă una dintre cele mai scăzute rate de prevalență din UE, problemele de sănătate mintală ar putea fi mai frecvente decât s-a raportat în România, din cauza subdiagnosticării, a stigmatizării și a altor obstacole în calea accesului la îngrijiri de sănătate mintală. Cele două afecțiuni mintale diagnosticate cel mai frecvent sunt anxietatea și tulburările depresive. În timpul pandemiei de COVID-19, românii din gospodăriile care au raportat dificultăți financiare au fost expuși unui risc dublu de depresie față de cei care nu au raportat astfel de dificultăți.

# 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 rapid până în 2019, mai rapid decât media UE între 2010 și 2019. Pandemia a dus la o scădere abruptă de 2,8 ani (ajungând la 72,8 ani) între 2019 și 2021. În 2022, speranța de viață la naștere s-a redresat în România, ajungând la 75,3 ani, și a fost cu doar 0,3 ani mai mică decât nivelul anterior pandemiei. Acest lucru este comparabil cu o scădere medie generală de 0,6 ani a speranței de viață în întreaga UE în timpul anilor de pandemie. Cu toate acestea, speranța de viață la naștere în România a fost a treia cea mai scăzută în rândul statelor membre în 2022 și cu 5,4 ani sub media UE (figura 1).

***Figura 1. Speranța de viață în România a fost a treia cea mai scăzută din UE în 2022***




*Note: Media UE este ponderată. Datele pentru 2022 sunt estimări provizorii ale Eurostat care pot fi diferite de datele naționale și pot face obiectul unei revizuiri. Datele pentru Irlanda se referă la anul 2021.*
*Sursă: Baza de date Eurostat.*

În 2022, speranța de viață la naștere în România a fost de 71,5 ani pentru bărbați și de 79,3 ani pentru femei – o disparitate de gen mai mare decât media UE (bărbații trăiesc cu 7,8 ani mai puțin decât femeile, comparativ cu o disparitate de gen la nivelul UE de 5,4 ani). Această situație este asociată cu o expunere mai mare la factori de risc în rândul bărbaților, cum ar fi fumatul și consumul excesiv de alcool (a se vedea secțiunea 3).

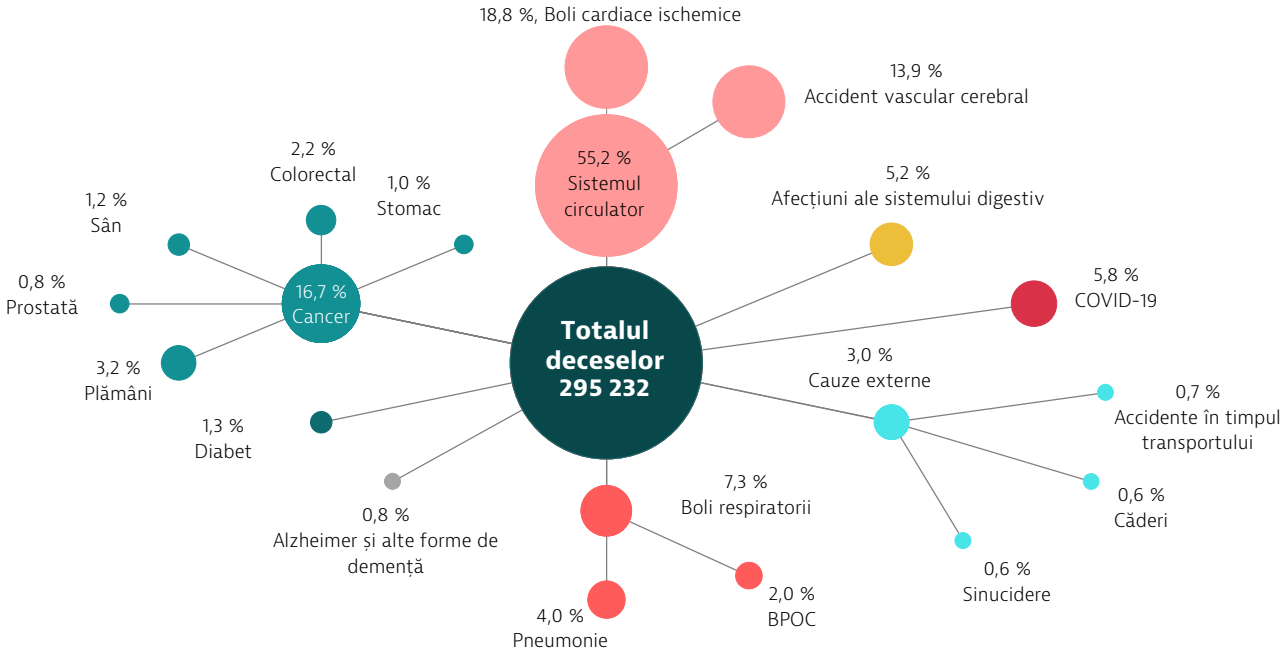
### Peste jumătate din totalul deceselor înregistrate în România în 2020 au fost cauzate de boli cardiovasculare

Boala cardiacă ischemică a fost principala cauză de mortalitate în România în 2020, reprezentând aproximativ 19 % din totalul deceselor, iar mortalitatea cauzată de accidentele vasculare cerebrale a reprezentat aproximativ 14 % din totalul deceselor (figura 2). Mortalitatea cauzată de toate tipurile de cancer a reprezentat unul din șase decese (16,7 %). Printre decesele atribuite cancerului, cancerul pulmonar este cea mai frecventă cauză de deces, urmat de cancerul colorectal și de cancerul de sân. În primul an al pandemiei, România a raportat peste 18 000 de decese confirmate cauzate de COVID-19, ceea ce a reprezentat 5,8 % din totalul deceselor. Trei sferturi din aceste decese au avut loc în rândul persoanelor cu vârsta de 65 de ani și peste.

Excesul de mortalitate oferă o imagine mai cuprinzătoare a impactului pandemiei asupra mortalității. În perioada 2020-2022, în România s-au înregistrat peste 119 000 decese excedentare, reprezentând 15,3 % din decesele care au depășit nivelul de referință istoric. Această valoare depășește rata excesului de mortalitate de 12,6 % observată în medie în țările din UE în cursul perioadei menționate. La fel ca majoritatea celorlalte țări din zona central-estică a UE, România a înregistrat o creștere semnificativă a excesului de mortalitate în 2021, în mare parte din cauza unui nivel maxim al deceselor cauzate de COVID-19.

Numărul deceselor excedentare în România în 2020 și 2021 a fost semnificativ mai mare decât numărul deceselor raportate ca urmare a pandemiei de COVID-19 (figura 3). Acest lucru sugerează că este

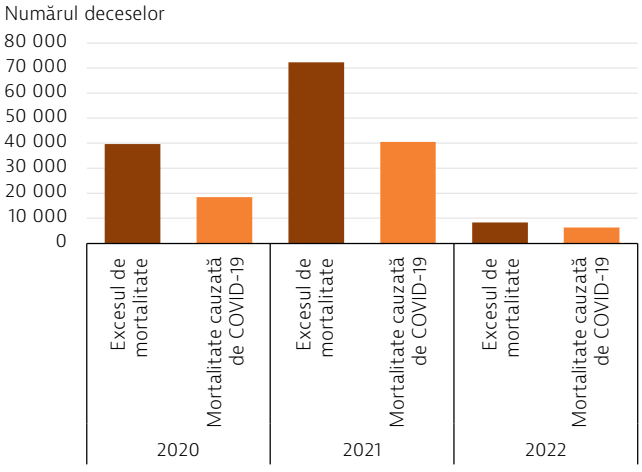
***Figura 2. Bolile cardiovasculare sunt principala cauză a mortalității, dar COVID-19 a provocat un număr mare de decese în 2020***




*Notă: BPOC înseamnă bronhopneumopatia cronică obstructivă.*
*Sursă: Baza de date Eurostat (datele se referă la anul 2020).*

posibil să fi existat o subraportare a deceselor cauzate de COVID-19, un risc mai mare de deces din alte cauze ca urmare a infectării cu virusul (inclusiv după încetarea măsurilor de distanțare fizică) sau a îngrijirii medicale primite cu întârziere din cauza perturbărilor serviciilor de sănătate (și anume, în ceea ce privește diagnosticarea și tratamentul) în 2020 și 2021 (Vlădescu, Ciutan, Rafila, 2022). Ratele de vaccinare împotriva COVID-19 în România au fost, de asemenea, printre cele mai scăzute din UE (a se vedea secțiunea 5.3).

***Figura 3. Excesul de mortalitate în România a depășit mortalitatea cauzată de COVID-19, sugerând subdiagnosticarea***




*Notă: Excesul de mortalitate este definit ca numărul de decese din toate cauzele care depășește numărul mediu de decese din ultimii cinci ani anteriori pandemiei (2015-2019).*
*Surse: ECDC (pentru mortalitatea cauzată de COVID-19) și Statisticile OCDE în domeniul sănătății bazate pe datele Eurostat (pentru excesul de mortalitate).*

## Aproape trei sferturi dintre români consideră că au o stare de sănătate bună

În 2022, 73,3 % dintre români au raportat că starea lor de sănătate autopercepută este foarte bună sau bună, depășind cu mult media UE (68,0 %). Deși starea de sănătate autopercepută în România urmează aceleași tendințe ca și în alte părți ale UE – rata este mai mare în rândul bărbaților (77,7 %) decât al femeilor (69,3 %) și în rândul gospodăriilor cu venituri mai mari (80,4 %) decât în rândul gospodăriilor cu venituri mai mici (66,9 %) – în România, starea de sănătate autopercepută este în mod constant mai bună decât media UE atât pentru bărbați, cât și pentru femei, precum și pentru toate grupurile de venituri.

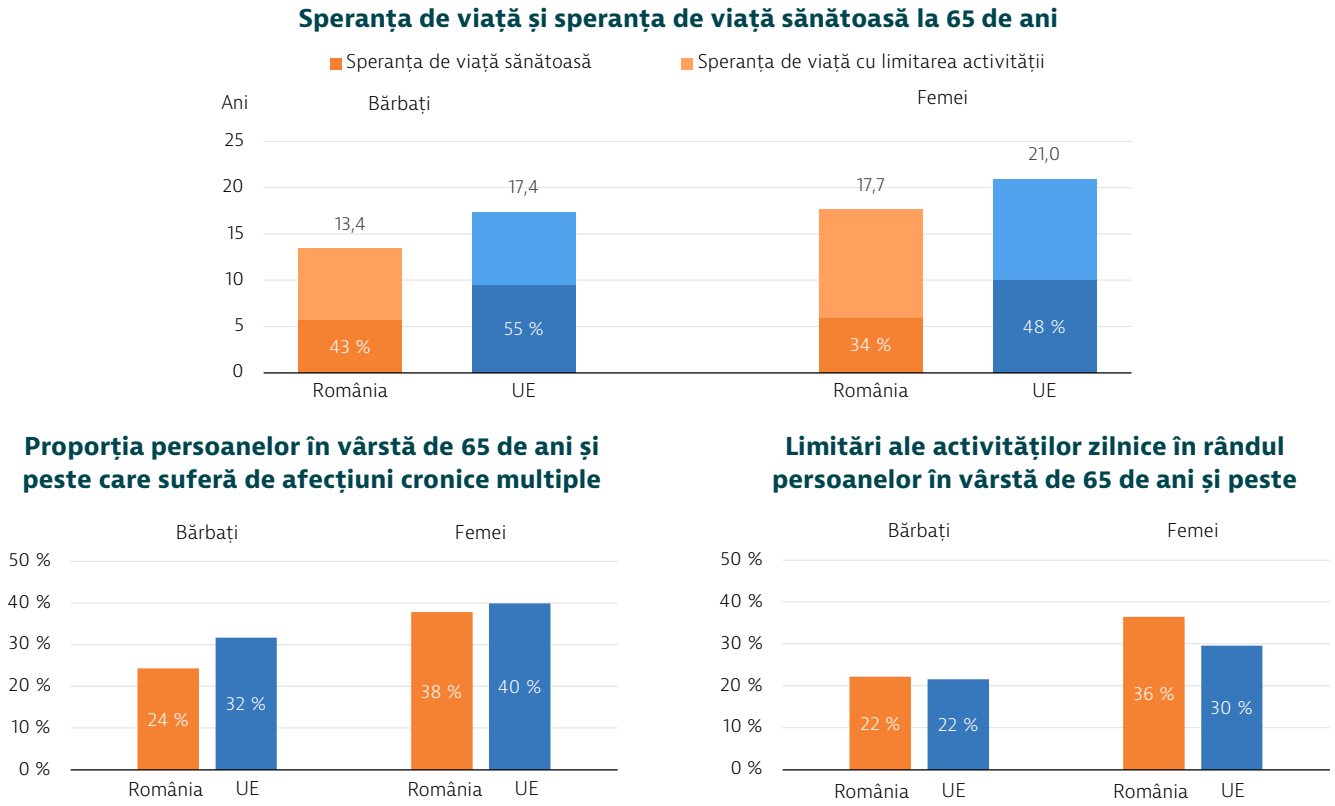
## Persoanele în vârstă din România au o durată a vieții mai scurtă și mai puțini ani de viață sănătoasă decât media UE

Ca și alte țări din UE, România s-a confruntat cu o tendință demografică de îmbătrânire a populației în ultimele două decenii, proporția persoanelor cu vârsta de 65 de ani și peste crescând de la 13 % din populația totală în 2000 la 19 % în 2020. Se preconizează că această pondere va fi de 31 % din populație în 2050.

În 2020, femeile din România cu vârsta de 65 de ani puteau preconiza că vor trăi încă 17,7 ani (cu mai mult de 3 ani sub media UE), iar bărbații, încă 13,4 ani (cu 4 ani sub media UE). Disparitățile în ceea ce privește anii de viață sănătoasă la vârsta de 65 de ani (definită ca speranță de viață fără incapacitate) sunt, de asemenea, pronunțate, în special în cazul femeilor, deoarece femeile din România tind să trăiască o proporție mai mică din anii de viață rămași fără limitări de activitate în comparație cu media UE (figura 4). În timp ce

proporția femeilor din România de 65 de ani și peste care raportează că au mai multe afecțiuni cronice este similară cu media UE, o proporție mult mai mare raportează limitări ale activității zilnice cum ar fi îmbrăcatul sau dușul (36% în România comparativ cu 30% în UE).

***Figura 4. Speranța de viață sănătoasă la vârsta de 65 de ani în România este mult mai mică decât media UE***

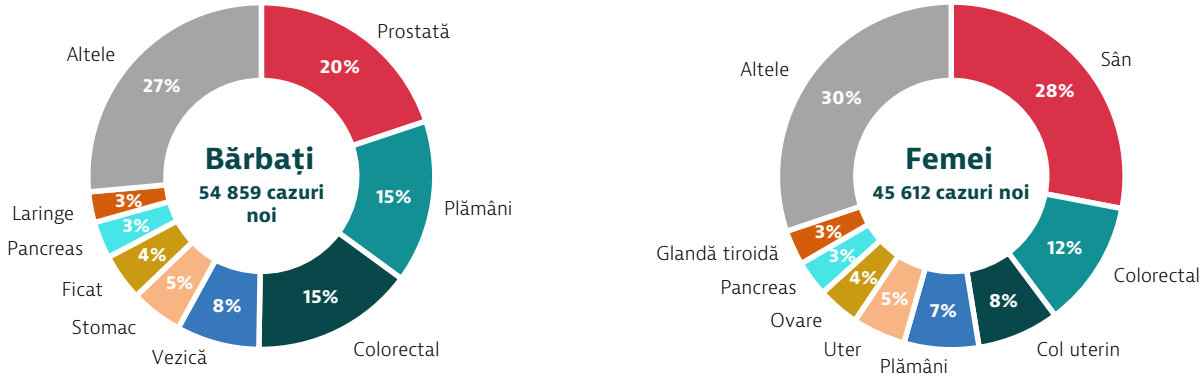



*Surse: Baza de date Eurostat (pentru speranța de viață și anii de viață sănătoasă) și ancheta SHARE valul 8 (pentru afecțiuni cronice multiple și limitări ale activităților zilnice). Toate datele se referă la anul 2020.*

## Povara cancerului este considerabilă

Conform estimărilor Centrului Comun de Cercetare bazate pe tendințele de incidență din anii anteriori, în 2022, în România, se așteptau peste 100 000 de cazuri noi de cancer. S-a preconizat că ratele de incidență a cancerului vor fi mai mici decât media UE atât pentru bărbați, cât și pentru femei. Principalele tipuri de cancer estimate în rândul bărbaților au fost cancerul de prostată (20 %), cancerul pulmonar (15 %) și cancerul colorectal (15 %), în timp ce, în rândul femeilor, cancerul de sân ar fi principalul tip de cancer (28 %), urmat de cancerul colorectal (12 %) și de cancerul de col uterin (8 %) (figura 5).

***Figura 5. S-a preconizat că în 2022 vor fi diagnosticate peste 100 000 de cazuri de cancer în România***




**Rata standardizată în funcție de vârstă (toate tipurile de cancer):** 674 la 100 000 de locuitori
**Media UE:** 684 la 100 000 de locuitori

**Rata standardizată în funcție de vârstă (toate tipurile de cancer):** 428 la 100 000 de locuitori
**Media UE:** 488 la 100 000 de locuitori

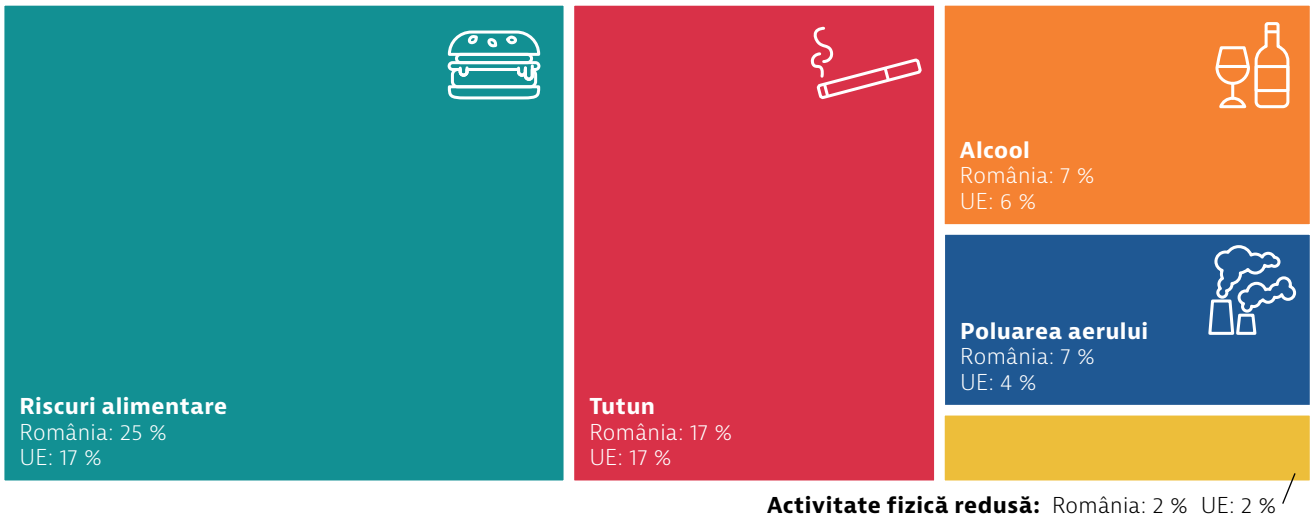
*Note: Se exclude cancerul de piele altul decât melanomul; cancerul uterin nu include cancerul de col uterin.*
*Sursă: ECIS – Sistemul european de informații cu privire la cancer.*

# 3 Factori de risc

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

Aproximativ 46 % din totalul deceselor înregistrate în România în 2019 ar putea fi atribuite factorilor de risc comportamentali, cum ar fi consumul de tutun, riscurile alimentare, consumul de alcool și activitatea fizică scăzută. Riscurile alimentare, inclusiv nivelurile ridicate ale consumului de zahăr și sare, precum și consumul scăzut de fructe și legume, au fost asociate cu 25 % din totalul deceselor din 2019 – a treia cea mai mare proporție din UE (figura 6). Consumul de tutun (inclusiv fumatul pasiv) a contribuit la aproximativ 17 % din decese; 7 % au fost atribuite consumului de alcool, iar 2 %, nivelurilor scăzute de activitate fizică. Toate acestea sunt la același nivel cu mediile UE. Cu toate acestea, poluarea aerului – sub forma expunerii la ozon și la particule fine de materie ($PM_{2,5}$) – a contribuit la aproximativ 7 % din decese în 2019 (peste 17 000 de decese), o pondere mult mai mare decât media UE (4 %).

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



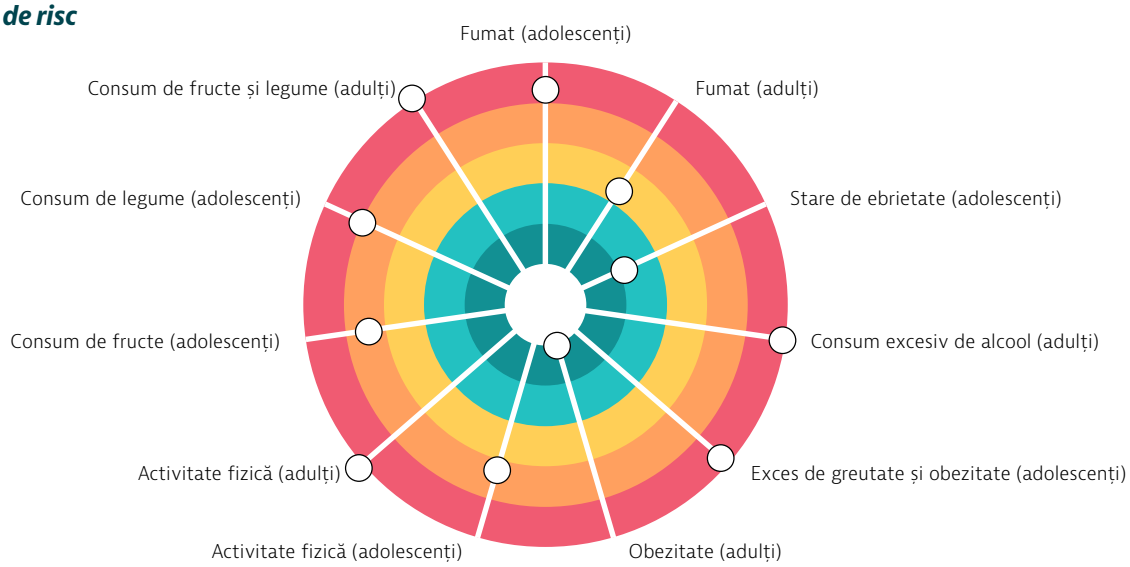

**Activitate fizică redusă:** România: 2 % UE: 2 %

*Note: 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 băuturi cu adaos ridicat de zahăr. Poluarea aerului se referă la expunerea la $PM_{2,5}$ și ozon.*
*Sursă: IHME (2020), Global Health Data Exchange (estimările se referă la anul 2019).*

## Fumatul reprezintă un motiv de îngrijorare atât pentru adulți, cât și pentru adolescenți

În pofida unei ușoare reduceri a ratelor fumatului începând din 2008, aproape unul din cinci adulți încă fumau zilnic în 2019 – o proporție care se situează la același nivel cu media UE (figura 7). Există însă o disparitate de gen majoră în ceea ce privește fumatul: ratele fumatului în rândul bărbaților (30,6 %) sunt de aproape patru ori mai mari decât cele în rândul femeilor (7,5 %). Consumul de tutun de către adolescenți reprezintă un motiv de îngrijorare major, 25 % dintre tinerii în vârstă de 15 ani declarând că au fumat în cursul lunii precedente în 2022 – peste media UE (18 %). Ratele fumatului în rândul adolescenților au rămas neschimbate din 2014, și, spre deosebire de adulți, există puține diferențe măsurate între ratele fumatului la băieți și la fete. În plus, datele anchetei ESPAD din 2019 au arătat că 40 % dintre tinerii cu vârste cuprinse între 15 și 16 ani din România fumaseră țigarete sau utilizaseră țigarete electronice în ultimele 30 de zile, fiind cea mai ridicată rată înregistrată la nivelul țărilor din UE.

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




*Note: 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 2022 pentru indicatorii referitori la adolescenți; și EHIS 2019 pentru indicatorii referitori la adulți.*

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

Consumul anual de alcool în rândul adulților în România este ridicat, situându-se la 10 litri pe cap de locuitor în 2019. În plus, în medie, peste o treime dintre adulții din România au declarat că au consumat alcool în exces cel puțin o dată pe lună în 2019 – a doua cea mai mare rată din UE după Danemarca (35,0 % comparativ cu media UE de 18,5 %)[1]. În special, există o disparitate de gen puternică în ceea ce privește consumul excesiv de alcool, mai mult de jumătate dintre bărbați (53,1 %), dar mai puțin de una din cinci femei (18,0 %) raportând un astfel de comportament în 2019. În schimb, ratele stării de ebrietate repetate în rândul adolescenților sunt relativ scăzute în România, situându-se la 17 %, față de media UE de 18 %.

## Ratele obezității în rândul adulților sunt cele mai scăzute din UE

România are cea mai mică proporție de adulți care consumă zilnic cele cinci porții recomandate de fructe și legume din UE: doar 2,4 % dintre aceștia au raportat acest lucru în 2019 (în scădere de la 3,5 % în 2014). În mod similar, doar 8 % dintre adulții din România au declarat că desfășoară săptămânal activități fizice timp de cel puțin 2,5 ore, conform recomandării OMS, acesta fiind, de asemenea, cel mai mic procent dintre toate țările UE. Concluziile sondajului Eurobarometru arată că, în 2022, doar unul din cinci adulți din România (20 %) face exerciții fizice cel puțin cu o oarecare regularitate; media UE a fost de 38 %. Cu toate acestea, rata obezității în rândul adulților din România (pe baza înălțimii și a greutății autoraportate) este cea mai scăzută din UE: doar 10,5 % dintre adulți erau obezi în 2019, comparativ cu media UE de 16 %. În schimb, rata excesului de greutate în rândul adolescenților a crescut constant în ultimele două decenii, unul din patru tineri cu vârsta de 15 ani autoraportând că este supraponderal în 2022, ceea ce este peste media UE. Există, de asemenea, o disparitate de gen pentru acest indicator: unul din trei băieți cu vârsta de 15 ani a declarat că este supraponderal, comparativ cu una din cinci fete.

1 *Consumul excesiv de alcool este definit ca fiind consumul a șase sau mai multe băuturi alcoolice cu o singură ocazie pentru adulți.*

# 4 Sistemul de sănătate

## Asigurările sociale de sănătate din România sunt finanțate prin contribuții salariale, cu scutiri pentru categoriile de persoane care nu sunt active în câmpul muncii

România dispune de un sistem obligatoriu de asigurări sociale de sănătate, gestionat de Ministerul Sănătății. Contribuțiile salariale la sistemul de asigurări sociale de sănătate sunt plătite de rezidenții care lucrează, în timp ce șomerii, pensionarii și cei care primesc prestații sociale, printre alte categorii, sunt scutiți de la plata contribuțiilor. Femeile însărcinate, persoanele cu handicap sau cu afecțiuni cronice, copiii și studenții cu vârsta sub 26 de ani, precum și alte câteva categorii beneficiază, de asemenea, de scutiri de la plata contribuțiilor: acoperirea este finanțată din contribuțiile la sistemul de asigurări sociale de sănătate ale populației active. În 2020, doar aproximativ 36 % dintre asigurați au plătit contribuții (Scîntee, Mosca, Vlădescu, 2022). Cele 41 de județe și capitala (București) sunt responsabile pentru furnizarea și plata majorității serviciilor de sănătate, deși unele spitale sunt în subordinea directă a Ministerului Sănătății.

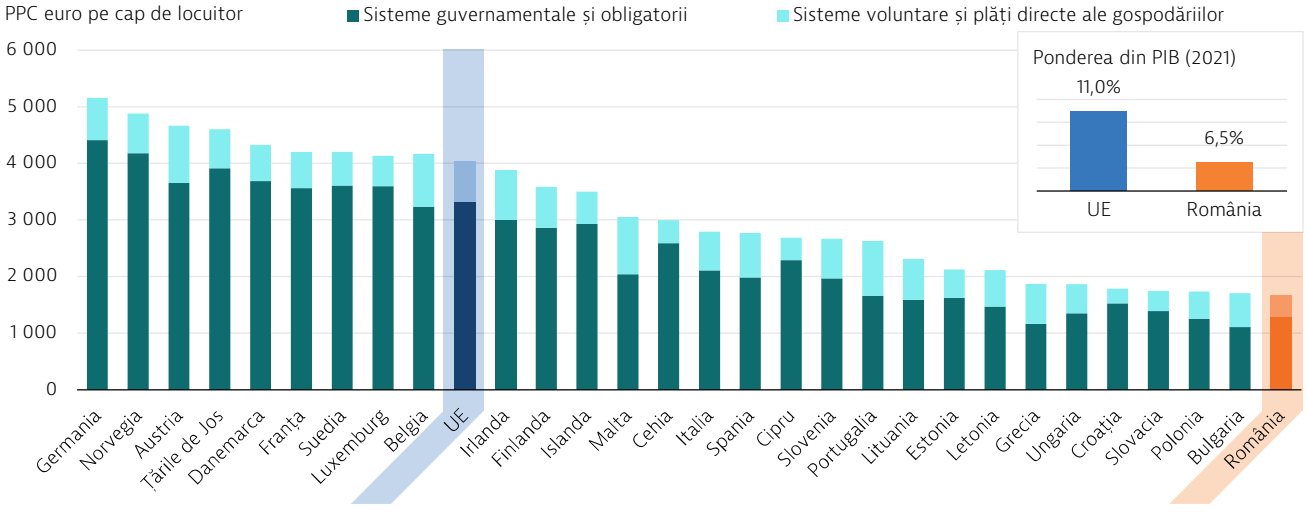
Deși s-a estimat că 12 % dintre persoane nu erau asigurate în 2020 (a se vedea secțiunea 5.2), în prezent acestea au dreptul la un pachet de prestații minime care acoperă situațiile de urgență care pun viața în pericol, tratamentul pentru boli infecțioase și îngrijirea în timpul sarcinii. Acoperirea pentru unele servicii de asistență medicală primară a fost adăugată recent. Costurile tratamentului persoanelor neasigurate sunt acoperite de la bugetul de stat.

## Finanțarea asistenței medicale a crescut în timpul pandemiei de COVID-19

România a cheltuit 1 663 EUR pe cap de locuitor (ajustat în funcție de diferențele în ceea ce privește puterea de cumpărare) pentru sănătate în 2021 – mai puțin de jumătate din media UE (4 030 EUR) și cea mai scăzută rată din UE (figura 8). Aceasta înseamnă 6,5 % din PIB. Cheltuielile curente pentru sănătate au înregistrat creșteri susținute atât în 2020 (6,5 %), cât și în 2021 (10,2 %) din cauza costurilor asociate pandemiei de COVID-19.

Ponderea cheltuielilor publice în domeniul sănătății a rămas ridicată (78 % în 2021), dar cheltuielile directe (out-of-pocket – OOP) ca procent din totalul cheltuielilor pentru sănătate au fost de 21 % (cu mult peste media UE de 15 %), reflectând nivelul semnificativ de partajare a costurilor pentru serviciile de sănătate (a se vedea secțiunea 5.2). În 2022, 18 % dintre români au declarat că au fost nevoiți să efectueze o plată suplimentară sau să ofere un cadou valoros unei asistente medicale sau unui medic ori că au fost nevoiți să facă donații spitalului (fără a include taxele oficiale) atunci când au vizitat un centru public de sănătate; aceasta a fost cea mai ridicată rată din UE, unde media a fost de 4 % (UE, 2022).

***Figura 8. Cheltuielile pentru sănătate pe cap de locuitor din România rămân cele mai scăzute dintre țările UE***

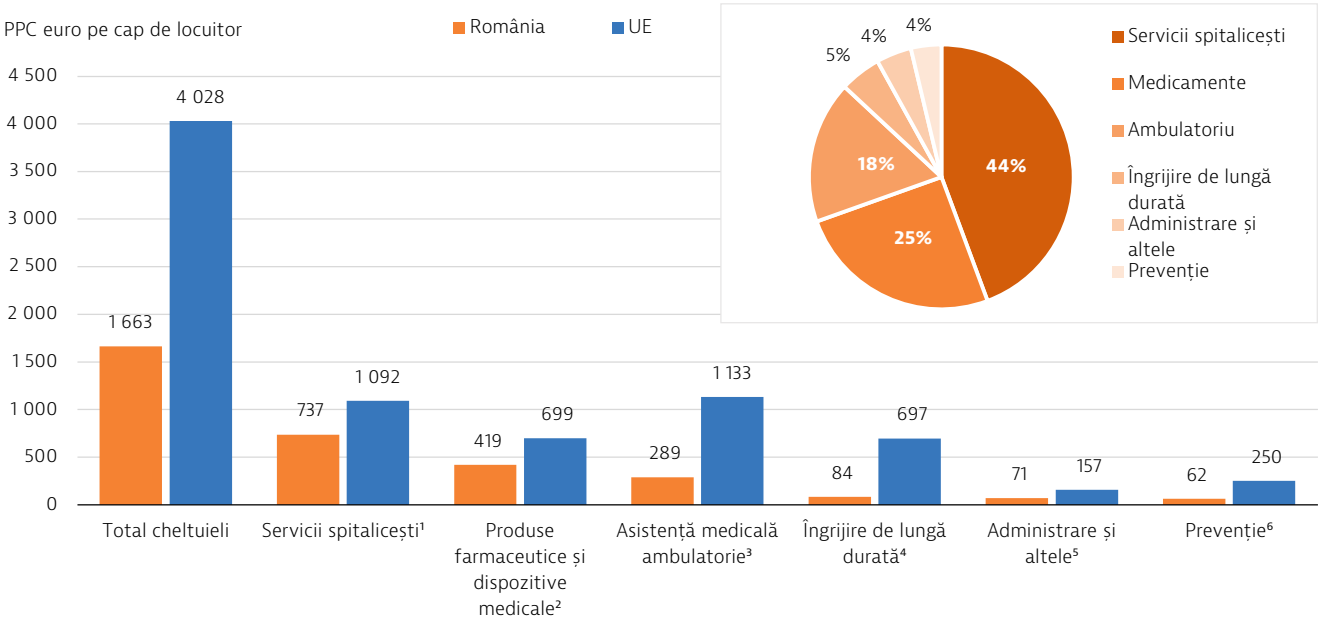



*Notă: Media UE este ponderată.*
*Sursă: Statisticile OCDE din 2023 în domeniul sănătății [datele se referă la anul 2021, exceptând Malta (2020)].*

### Cheltuielile relativ ridicate pentru serviciile spitalicești sunt în detrimentul altor funcții – în special asistența medicală ambulatorie

Serviciile spitalicești reprezintă cea mai mare parte a cheltuielilor pentru sănătate din România în 2021 (44 %); aceasta este cea mai mare pondere înregistrată la nivelul țărilor UE, în timp ce media UE era de 28 % (figura 9). Acest nivel ridicat al cheltuielilor pentru serviciile spitalicești contrastează cu cheltuielile relativ scăzute pentru alte funcții: proporția finanțării dedicate asistenței medicale ambulatorii (18 %) este cea mai scăzută din UE și cu mult sub media de 29 %, deși consolidarea asistenței medicale primare se află pe agenda politică încă din anii 1990. În plus, un sfert din cheltuielile de sănătate sunt destinate medicamentelor, care reprezintă în principal plăți directe.

***Figura 9. România cheltuiește mai puțin decât media UE în toate domeniile***




*Note: 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 guvernanța și administrarea sistemului de sănătate, precum și alte cheltuieli; 6. include numai cheltuielile pentru programele de prevenție organizate. Media UE este ponderată.*
*Sursă: Statisticile OCDE din 2023 în domeniul sănătății [datele se referă la anul 2021, exceptând Malta (2020)].*

### Migrația profesioniștilor din domeniul sănătății către alte țări a generat deficite de forță de muncă în domeniul sănătății

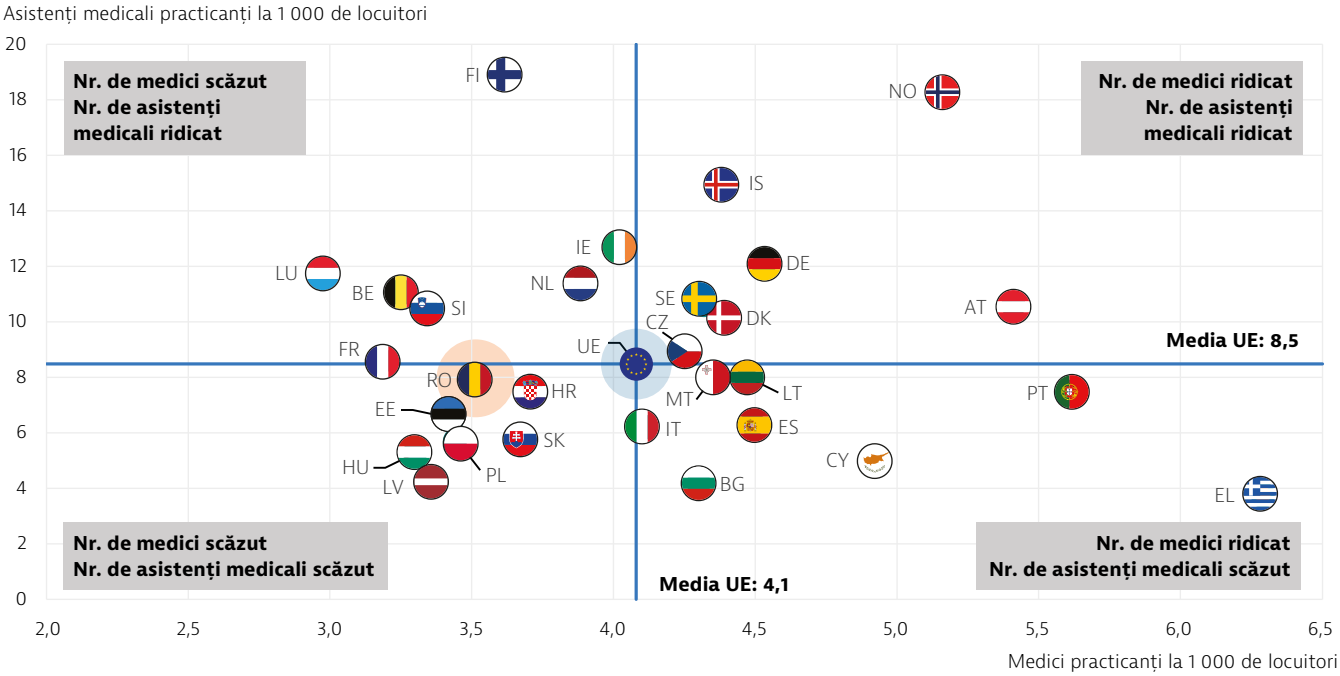
În pofida creșterii numărului de angajați din domeniul sănătății în ultimul deceniu, numărul de medici și asistenți medicali la 1 000 de locuitori rămâne sub media UE (figura 10). În 2021 existau 3,5 medici practicanți la 1 000 de locuitori – o rată printre cele mai scăzute din UE (media UE fiind de 4,1 la 1 000 de locuitori). În același an, numărul asistenților medicali (8,0 la 1 000 de locuitori) a fost, de asemenea, ușor sub media UE (8,5 la 1 000 de locuitori). Mulți lucrători din domeniul sănătății emigrează, iar deficitele din România au condus la o suprasolicitare a forței de muncă și la limitarea disponibilității serviciilor de sănătate (a se vedea secțiunea 5.2).

### Pacienții tind să solicite direct asistență medicală spitalicească, evitând serviciile de asistență medicală primară

În 2021, medicii de familie reprezentau 18,5 % din medicii din România – puțin sub media UE de 20,4 %. Medicii de familie au rolul de „filtre” ale accesului pacienților la asistența de specialitate și oferă asistență medicală primară în principal în cadrul cabinetelor individuale (private) aflate în contract cu casele județene de asigurări de sănătate. În ceea ce privește serviciile mai puțin complexe, aceștia sunt adesea în măsură doar să elibereze o trimitere, nefiind permis să ofere ei înșiși tratament, în timp ce, pentru anumite afecțiuni, pacienții pot avea acces direct la specialiști. Astfel, este, de asemenea, un lucru obișnuit ca pacienții să solicite asistență medicală direct într-un spital, chiar și pentru afecțiuni care nu sunt urgente, întrucât acest lucru este perceput pe scară largă ca fiind cel mai rapid și/sau mai simplu mod de a avea acces la asistență medicală specializată. Per ansamblu, asistența medicală primară continuă să fie subutilizată, în timp ce serviciile spitalicești sunt utilizate în mod excesiv (a se vedea secțiunea 5.3). Sistemul de sănătate rămâne foarte centrat pe spitale, cu cheltuieli relativ ridicate pentru spitale și un număr relativ mare de paturi (7,2 la 1 000 de locuitori în 2021) comparativ cu media UE (4,8 la 1 000 de locuitori).

Programul de guvernare 2021-2024 se angajează să consolideze furnizarea de asistență medicală primară și ambulatorie adăugând noi servicii pe care medicii de familie să fie autorizați să le ofere și stimulându-i să ofere mai multe servicii de prevenire și de îngrijire la domiciliu. Se preconizează, de asemenea, consolidarea rolului de „filtru” al medicilor de familie.

***Figura 10. România are un număr sub medie de asistenți medicali și un număr mult sub medie de medici***




*Note: Datele privind asistenții medicali includ toate categoriile de asistenți medicali (nu numai pe cele care respectă Directiva UE privind recunoașterea calificărilor profesionale). În Portugalia și Grecia, datele se referă la toți medicii autorizați să practice medicina, ceea ce duce la o supraestimare semnificativă a numărului de medici practicanți (de exemplu, în jur de 30 % în Portugalia). În Grecia, numărul asistenților medicali este subestimat, deoarece îi include doar pe cei care lucrează în spitale.*
*Sursă: Statisticile OCDE din 2023 în domeniul sănătății (datele se referă la anul 2021 sau la cel mai apropiat an disponibil).*

# **5** Performanța sistemului de sănătate

## **5.1** Eficacitate

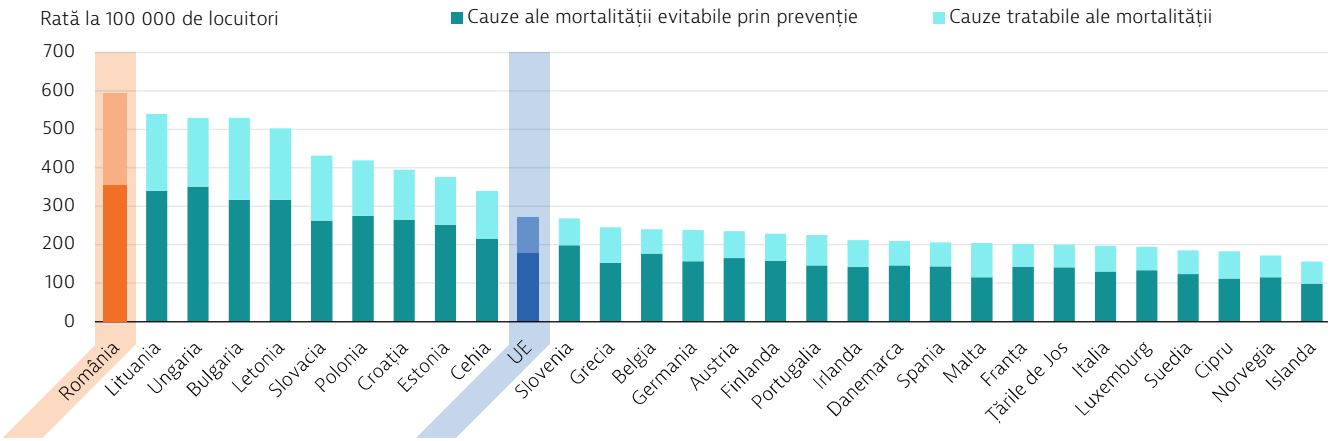
### În 2020, atât rata mortalității evitabile, cât și cea a mortalității prin cauze tratabile din România au fost cele mai ridicate din UE

Rata mortalității evitabile, cât și cea a mortalității prin cauze tratabile au crescut brusc în România în 2020, concomitent cu izbucnirea pandemiei de COVID-19, după o tendință de îmbunătățiri lente, dar treptate înregistrată timp de un deceniu. Mortalitatea evitabilă este considerată un indicator al eficacității politicilor de sănătate publică și de prevenire, în timp ce mortalitatea prin cauze tratabile este considerată un indicator al eficacității sistemului de sănătate. În 2020 au fost înregistrate 358 de decese evitabile la 100 000 de locuitori, număr aproape dublu față de media UE (180 la 100 000 de locuitori). Principalele cauze au fost COVID-19, precum și boala cardiacă ischemică și bolile asociate consumului de alcool, care au condus la cazuri de mortalitate evitabilă înainte de pandemie. Numărul deceselor prin cauze tratabile a fost de 235 la 100 000 de locuitori, adică de 2,5 ori media UE de 92 la 100 000 de locuitori (figura 11). Principalele cauze ale deceselor prin cauze tratabile în România au fost boala cardiacă ischemică, pneumonia și accidentul vascular cerebral.

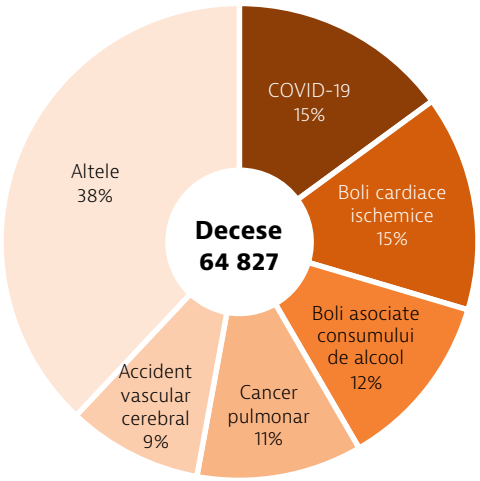
### Mortalitatea cauzată de cancer este peste media UE, iar serviciile de screening nu sunt cuprinzătoare

Cancerul pulmonar și cancerul colorectal sunt cele două cauze principale ale deceselor evitabile cauzate de cancer în România. Ratele mortalității cauzate de cancerul vezicii urinare, pancreatic, de prostată, de sân, de ficat și colorectal au crescut între 2011 și 2019, în timp ce pentru rata mortalității cauzate de cancerul pulmonar s-a observat o ușoară scădere (OCDE, 2023). Datele privind îngrijirea bolnavilor de cancer în general, inclusiv calitatea acestor servicii, lipsesc în România – majoritatea registrelor active privind cancerul din țară nu colectează date în mod regulat, ceea ce face dificilă identificarea lacunelor în materie de acoperire a screeningului și a inegalităților în rândul grupurilor de populație și colectarea de indicatori de calitate și siguranță. Finanțarea din Planul național de redresare și reziliență va fi utilizată pentru a contribui la digitalizarea sectorului sănătății în România (și a sectorului public în general); acest lucru ar trebui să contribuie la creșterea eficacității viitoare a colectării și analizei datelor privind cancerul (a se vedea secțiunea 5.3).

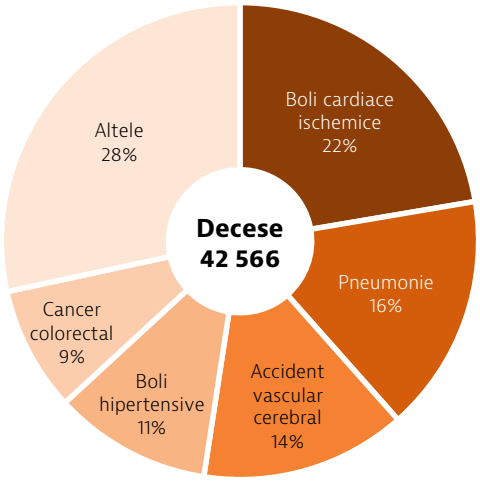
***Figura 11. Boala cardiacă ischemică și cancerul sunt principalele cauze ale mortalității evitabile în România***




**Cauze ale mortalității evitabile prin prevenție**




**Cauze tratabile ale mortalității**




**România**

*Note: Mortalitatea evitabilă prin prevenție este definită ca decesele care pot fi evitate în principal prin intervenții de sănătate publică și de prevenție primară. Mortalitatea prin cauze tratabile este definită ca decesele care pot fi evitate în principal prin intervenții medicale, inclusiv prin screening și tratament. Ambii indicatori se referă la mortalitatea prematură (sub vârsta de 75 de ani). Listele atribuie jumătate din decesele cauzate de unele boli (de exemplu, boala cardiacă ischemică, accidentul vascular cerebral, diabetul și hipertensiunea) mortalității evitabile, iar cealaltă jumătate cauzelor tratabile, astfel încât nu există o dublă contabilizare a aceluiași deces.*
*Sursă: Baza de date Eurostat (datele se referă la anul 2020).*

Datele din ancheta europeană de sănătate realizată prin interviu (EHIS) din 2019 arată că doar 9,2 % dintre femeile cu vârste cuprinse între 50 și 69 de ani din România au declarat că au efectuat screeningul pentru depistarea cancerului de sân în ultimii doi ani, în timp ce media UE a fost de 65,9 %. În mod similar, 25,3 % dintre femeile cu vârste cuprinse între 20 și 69 de ani din România au raportat că au efectuat screeningul pentru depistarea cancerului de col uterin în ultimele 24 de luni – sub media UE de 59,9 % – în timp ce 4,3 % din locuitorii României cu vârste cuprinse între 50 și 74 de ani au raportat că au efectuat screeningul pentru depistarea cancerului colorectal, comparativ cu media UE de 33,4 %. Românii cu venituri mai mari prezintă o probabilitate mai mare de a accesa screeningul pentru depistarea cancerului decât cei cu venituri mai mici, în special în ceea ce privește screeningul pentru cancerul de col uterin (figura 12).

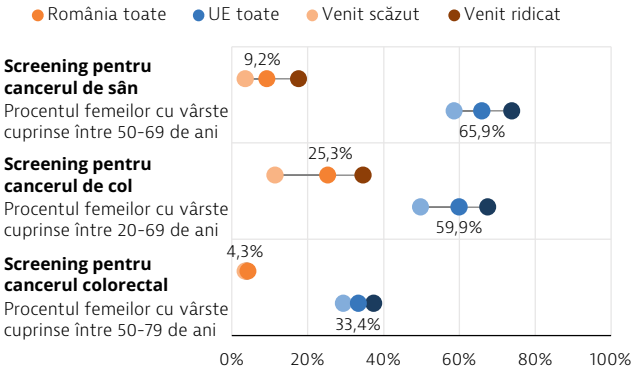
## Noi planuri privind cancerul sunt în curs de elaborare și vizează stimularea depistării timpurii

Adoptat în noiembrie 2022, Planul național de combatere a cancerului urmărește să garanteze o abordare integrată și multidisciplinară a tratamentului împotriva cancerului, inclusiv o redefinire a parcursului pacientului. Acesta include un fond de inovare în domeniul sănătății pentru a oferi servicii de sprijin integrate (inclusiv consiliere psihologică, paliativă și nutrițională) și pentru a dezvolta noi strategii de prevenire a cancerului. Normele de punere în aplicare a planului sunt în curs de elaborare și urmează să fie implementate în perioada 2023-2026.

## Eficacitatea tratamentului pentru accidente vasculare cerebrale și atac de cord în România pare a fi ridicată

În 2022, în pofida faptului că reprezenta una dintre cauzele principale ale mortalității evitabile și prin cauze tratabile în România, mortalitatea la 30 de zile după internarea în spital pentru accidente vasculare cerebrale a fost de 5,4 la 100 de pacienți cu vârsta de 45 de ani și peste. Aceasta a fost o rată relativ scăzută în rândul țărilor cu date disponibile și s-a situat cu mult sub cea mai recentă medie a UE, de 14,6 la 100 de pacienți. În mod similar, în cazul atacului de cord (infarct miocardic acut), rata mortalității la 30 de zile

***Figura 12. Populațiile-țintă au raportat rate mult mai scăzute de screening pentru depistarea cancerului în România decât mediile UE***




*Note: Venitul scăzut este definit ca populația din quintila cu cele mai mici venituri, în timp ce venitul ridicat este definit ca populația din quintila cu cele mai mari venituri. Proporțiile se referă la persoanele care declară că au fost supuse unui test în cei doi ani anteriori anchetei.*
*Sursă: Baza de date Eurostat (EHIS 2019).*

este mai mică în România (6,4 la 100 de pacienți) decât media UE a țărilor cu date disponibile (10,1 la 100 de pacienți). Astfel, nivelurile ridicate ale mortalității prin cauze tratabile cauzate de accidentele vasculare cerebrale și de atacurile de cord pot fi asociate mai degrabă cu problemele legate de accesul la asistență medicală (în special la asistență medicală ambulatorie și la medicamente în ambulatoriu) decât cu deficiențe în ceea ce privește calitatea asistenței medicale acordate în spital.

## Acoperirea vaccinală împotriva gripei a crescut, dar rămâne sub media UE

În 2021, 34,8 % din populația cu vârsta de cel puțin 65 de ani a fost vaccinată împotriva gripei. Acest procent era în continuare cu mult sub media UE de 50,8 %, dar de peste două ori mai mare decât rata de acoperire din România pentru populația-țintă din 2018 (15,9 %). Începând din octombrie 2022, pentru îmbunătățirea accesului, farmaciștii comunitari din România sunt autorizați să administreze vaccinuri antigripale. Anterior, medicii de familie erau singurii practicieni autorizați să administreze vaccinuri în România. Pentru România nu sunt disponibile date comparabile privind difteria, tetanusul și tusea convulsivă și vaccinările împotriva papilomavirusului uman.

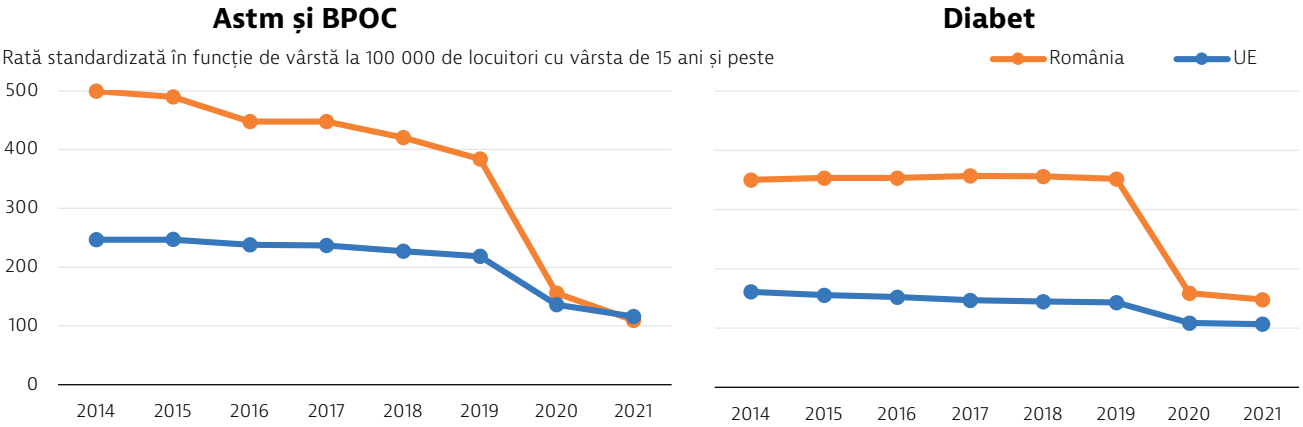
## Spitalizările pentru afecțiuni cronice au scăzut drastic în timpul pandemiei de COVID-19

În România se înregistrează unele dintre cele mai ridicate rate ale spitalizării evitabile pentru diabet din UE, și anume 169,6 internări la 100 000 de persoane cu vârsta de 15 ani și peste în 2021. Aceasta este cu mult peste media de 106,6 la 100 000 de persoane a țărilor UE cu date disponibile, deși decalajul s-a redus semnificativ în timpul pandemiei de COVID-19, în principal din cauza perturbărilor capacității spitalelor de a furniza asistență medicală pentru afecțiuni acute în această perioadă și a schimbărilor survenite în comportamentul pacienților care solicită asistență medicală.

Înainte de pandemie, în 2019, în România se înregistrau 351,6 cazuri de diabet la 100 000 de locuitori – cea mai mare rată din UE și mai mult decât dublul mediei UE (figura 13). Scăderea numărului de spitalizări evitabile la pacienții cu astm bronșic și bronhopneumopatie obstructivă cronică (BPOC) a fost foarte abruptă în România, scăzând sub media UE în 2019 pentru prima dată în ultimii ani. Având în vedere impactul pandemiei asupra activității spitalicești, scăderea numărului de spitalizări pentru afecțiuni cronice în timpul pandemiei de COVID-19 nu poate fi interpretată ca semn de îmbunătățire a accesibilității sau a calității asistenței medicale ambulatorii.

Înainte de pandemie, ratele ridicate ale spitalizării evitabile s-au explicat parțial printr-o filtrare redusă a accesului pacienților (gatekeeping) de către serviciile de asistență medicală primară (a se vedea secțiunea 4), dar și prin deficitul de medici de familie, care limitează accesul la asistența medicală primară. În 2019, 1 098 de localități din România aveau un număr insuficient de medici de familie, iar 424 de localități nu aveau niciunul. Pentru a reduce numărul de spitalizări evitabile, începând din 2022, medicii de familie care au cabinetul principal într-un județ în care limitările infrastructurii fizice sau ale resurselor umane reduc accesul la asistența medicală primară au fost autorizați să deschidă puncte de lucru secundare.

***Figura 13. Înainte de pandemie, în România se înregistrau multe spitalizări pentru probleme care puteau fi tratate în cadrul asistenței medicale primare***




*Notă: Ratele de spitalizare nu sunt ajustate pentru a ține seama de diferențele dintre țări în ceea ce privește prevalența bolilor.*
*Sursă: Statisticile OCDE din 2023 în domeniul sănătății*

## 5.2 Accesibilitate

### Mai mult de unul din zece români nu beneficiază de asigurare socială de sănătate

Deși sistemul de asigurări sociale de sănătate este obligatoriu, aproximativ 12 % din populație a rămas neasigurată în 2020, în special în zonele rurale (Scîntee, Mosca, Vlădescu, 2022). Printre persoanele neasigurate se numără persoanele care lucrează și locuiesc în străinătate, persoanele care lucrează în mod informal, șomerii care nu sunt înregistrați la serviciul de asistență socială și persoanele care nu au cărți de identitate (o problemă mai stringentă în rândul grupurilor marginalizate, cum ar fi cetățenii romi). Estimarea ratei reale de acoperire este un proces dificil, deoarece românii care lucrează și locuiesc în străinătate (și care dețin și cărți de identitate) sunt considerați în mod oficial rezidenți permanenți, dar nu sunt asigurați oficial deoarece nu plătesc contribuții la sistemul național de asigurări sociale de sănătate (Rebeleanu și Toma, 2017).

### Nevoile nesatisfăcute raportate în România sunt de peste două ori mai mari decât media UE

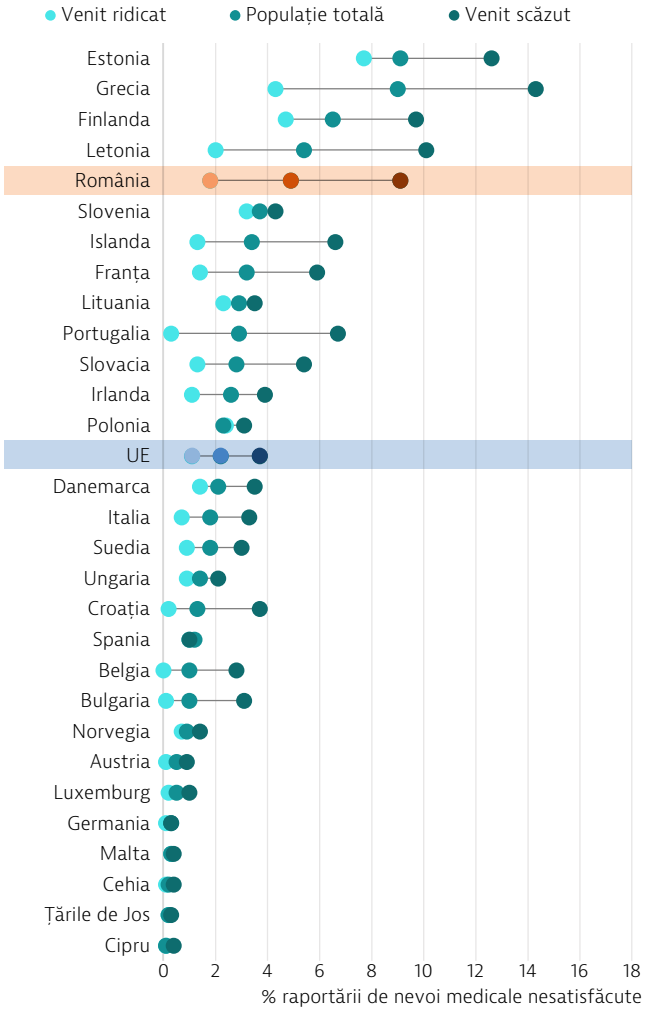
Potrivit anchetei anuale EU-SILC, în 2022, 4,9 % dintre români au declarat că au nevoi nesatisfăcute în materie de asistență medicală din cauza costurilor, a distanței pe care trebuie să o parcurgă sau a perioadelor de așteptare, trei sferturi dintre acești respondenți menționând costul ca factor principal. Rata a fost puțin mai mare decât dublul mediei UE de 2,2 % (figura 14). Cu toate acestea, există diferențe mari în ceea ce privește veniturile, întrucât doar 1,8 % dintre românii din quintila cu cele mai mari venituri s-au confruntat cu nevoi nesatisfăcute, comparativ cu 9,1 % din quintila cu cele mai mici venituri. Un model similar poate fi observat și în ceea ce privește nevoile nesatisfăcute în materie de asistență stomatologică, care au scăzut de la 10,9 % în 2012 la 5,2 % în 2022, deși, din nou, cu diferențe mari în funcție de venituri.

Datele din două valuri ale anchetelor Eurofound[2] realizate în mod specific în timpul pandemiei de COVID-19 arată că, deși ridicate, ratele nevoilor nesatisfăcute au scăzut între 2021 (25 %) și 2022 (20 %) (Eurofound, 2021; 2022). Cu toate acestea, este probabil ca sistemul să fie încă nevoit să facă față întârzierilor acumulate în ceea ce privește nevoile nesatisfăcute.

### Populația asigurată din România are dreptul la un pachet amplu de beneficii

În cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, pachetul de beneficii este cuprinzător și garantat pentru întreaga populație asigurată, inclusiv pentru cei care fug din calea războiului împotriva Ucrainei (Comisia Europeană, 2022). Pachetul include servicii de sănătate (servicii spitalicești, asistență medicală ambulatorie, specializată și preventivă), medicamente și dispozitive și aparate medicale. Cu toate acestea, există o partajare substanțială a costurilor – pacienții plătesc o parte din costul medicamentelor în ambulatoriu, al reabilitării

***Figura 14. Nevoile nesatisfăcute din România sunt resimțite în principal de persoanele din quintila cu cele mai mici venituri***




*Note: Datele se referă la nevoi nesatisfăcute pentru o examinare medicală sau tratament din cauza costului, a distanței pe care trebuie să o parcurgă sau a perioadelor de așteptare. Este nevoie de prudență în compararea datelor între țări, deoarece există unele variații în privința instrumentului utilizat în anchetă.*
*Sursă: Baza de date Eurostat, pe baza EU-SILC [datele se referă la 2022, exceptând Norvegia (2020) și Islanda (2018)].*

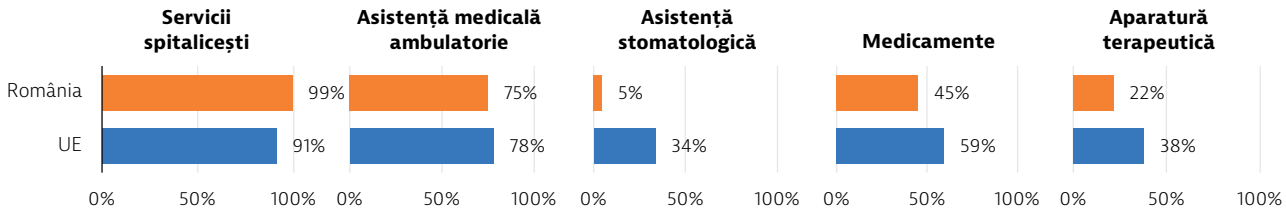
și al serviciilor spitalicești, deși mecanismele de tip „plasă de siguranță" protejează populațiile cele mai vulnerabile împotriva partajării costurilor. Orice modificare la nivelul serviciilor, al medicamentelor sau al dispozitivelor și al pachetului de beneficii este decisă de Ministerul Sănătății și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în urma consultărilor cu alte părți interesate din sistemul de sănătate. Lista pozitivă a medicamentelor acoperite de sistemul de asigurări sociale de sănătate în România este administrată de Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale (utilizând analize provenind de la departamentul său responsabil cu evaluarea tehnologiilor medicale).

2 *Datele din ancheta Eurofound nu sunt comparabile cu cele din ancheta EU-SILC din cauza diferențelor de metodologie.*

### În timp ce serviciile spitalicești și ambulatorii sunt finanțate din fonduri publice, asistența stomatologică este finanțată aproape integral din fonduri private

Finanțarea publică a acoperit 99 % din cheltuielile cu îngrijirea spitalicească în România în 2021, în timp ce media UE a fost de 91 % (figura 15). Pe de altă parte, 75 % din asistența medicală ambulatorie a fost finanțată din surse publice, în timp ce media UE a fost de 78 %, iar mai puțin de jumătate (45 %) din cheltuielile destinate produselor farmaceutice din România au provenit din surse publice în 2021 – sub media UE de 59 %. Asistența stomatologică beneficiază de o finanțare publică foarte redusă în România, deoarece pachetul de beneficii vizează numai copiii, veteranii de război și persoanele cu afecțiuni cronice: 5 % din asistența stomatologică a fost finanțată din fonduri publice în 2021, comparativ cu media UE de 34 %. Întrucât nivelul cel mai ridicat de nevoi nesatisfăcute în materie de asistență stomatologică se înregistrează în rândul persoanelor cu venituri mai mici, sarcina costurilor serviciilor stomatologice este resimțită cel mai mult de acest grup.

***Figura 15. Nivelurile de finanțare publică a serviciilor sunt ridicate, cu excepția asistenței stomatologice***



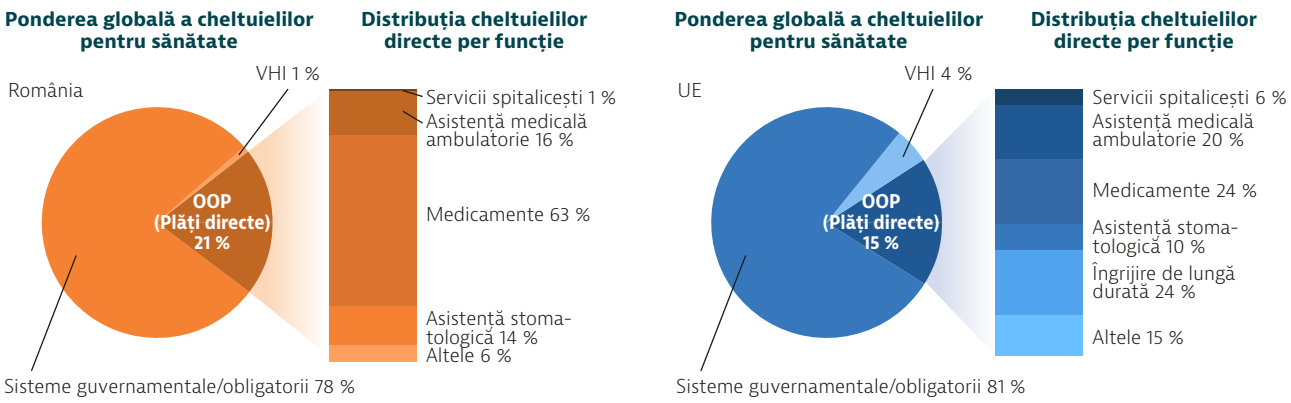

*Note: Serviciile medicale ambulatorii se referă în principal la serviciile furnizate de medici de familie și specialiști în sectorul ambulatoriu. Medicamentele includ medicamente eliberate pe bază de rețetă și medicamente care se eliberează fără prescripție medicală, precum și bunuri medicale non-durabile. Aparatele terapeutice se referă la produse pentru vedere, aparate auditive, scaune cu rotile și alte dispozitive medicale.*
*Sursă: Statisticile OCDE din 2023 în domeniul sănătății.*

### Plățile directe sunt peste media UE, dar au rămas stabile de-a lungul timpului

Plățile directe efectuate de gospodării au reprezentat 21 % din cheltuielile curente în domeniul sănătății în 2021, comparativ cu 15 % la nivelul UE. Aproape două treimi din cheltuielile directe din 2021 au fost efectuate pentru achiziționarea de medicamente (figura 16). Deși multe medicamente sunt acoperite integral de sistemul de asigurări sociale de sănătate conform unei liste pozitive de medicamente incluse în pachet, restul sunt acoperite doar parțial. Pentru acestea, pacienții efectuează coplăți reprezentând 10 % din prețul de cost pentru medicamentele generice, 50 % pentru medicamentele generice scumpe și medicamentele de marcă și 80 % pentru medicamentele cu un scor scăzut al tehnologiei medicale.

În 2023, guvernul a majorat pragul de venit la care pensionarii efectuează coplăți mai mici pentru medicamente, însemnând că pensionarii plătesc doar 10 % din prețul de cost al medicamentelor generice și de marcă scumpe, în timp ce bugetul de stat, prin intermediul Ministerului Sănătății, acoperă încă 40 %. În 2017, acesta s-a aplicat oricărui pensionar cu un venit de până la 200 EUR pe lună, dar pragul a fost majorat treptat, iar în 2023 se aplică persoanelor cu venituri lunare de până la 321 EUR. Pragul nu este indexat, ci fiecare majorare este decisă și aprobată în mod independent de guvern.

***Figura 16. Cheltuielile directe din România sunt legate în mod predominant de medicamente***



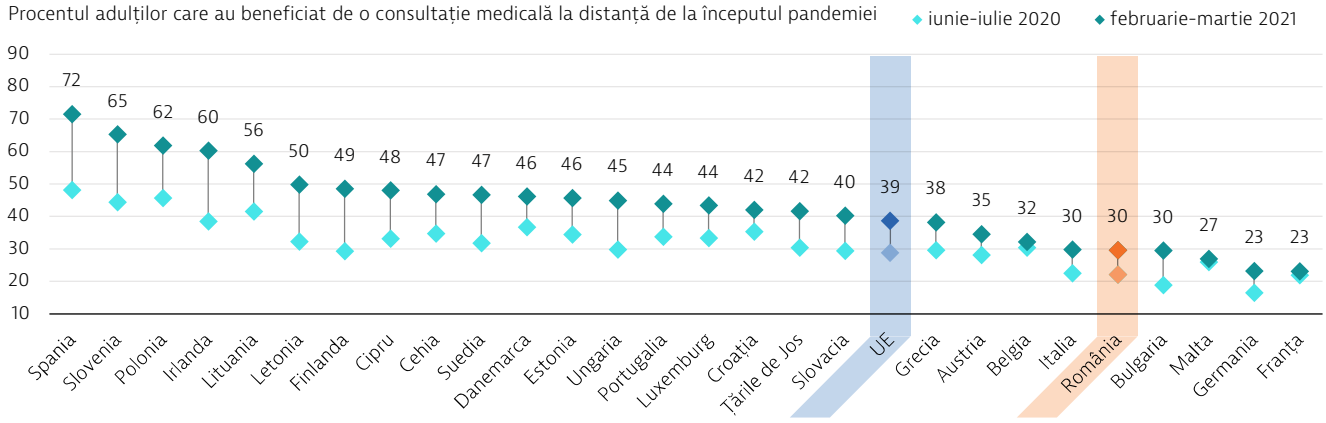

*Note: VHI înseamnă asigurările voluntare de sănătate, care includ și alte sisteme voluntare cu plată în avans. Media UE este ponderată.*
*Surse: Statisticile OCDE din 2023 în domeniul sănătății; Baza de date Eurostat (datele se referă la anul 2021).*

Extinderea acoperirii tuturor serviciilor și bunurilor medicale din România – dar în special a medicamentelor în ambulatoriu – este importantă pentru a proteja gospodăriile cu cele mai mici venituri de cheltuieli catastrofale[3]. Conform celor mai recente date disponibile de la Biroul OMS pentru Finanțarea Sistemelor de Sănătate din Barcelona, în 2015, 12,5 % din gospodăriile din România s-au confruntat cu cheltuieli de sănătate catastrofale, iar acest lucru s-a concentrat în rândul celor mai sărace gospodării.

### Teleconsultațiile au îmbunătățit accesul la asistența medicală primară în timpul pandemiei de COVID-19

Disponibilitatea redusă a medicilor de familie și a altor lucrători din domeniul sănătății, împreună cu o infrastructură mai limitată în zonele rurale ale României afectează accesul la serviciile de asistență medicală primară pentru o mare parte a populației (a se vedea secțiunea 4). În unele cazuri, această situație este agravată și mai mult de infrastructura de transport deficitară. Teleconsultațiile oferă o soluție pentru garantarea accesului populațiilor insuficient deservite. Într-adevăr, procentul adulților care au raportat că au beneficiat de o teleconsultație de la începutul pandemiei a crescut cu aproximativ un sfert între vara anului 2020 și iarna anului 2021, potrivit datelor anchetei Eurofound (2021; 2022) (figura 17). Accesul la serviciile la distanță a fost îmbunătățit prin simplificarea procedurilor administrative pentru consultațiile virtuale, facilitând procesul de prescriere a medicamentelor pentru pacienții cu afecțiuni cronice de către medicii de familie și prelungind valabilitatea documentelor medicale și a trimiterilor.

***Figura 17. Gradul de utilizare a teleconsultațiilor în România a crescut în timpul pandemiei de COVID-19***




*Note: Media UE este ponderată. Fiabilitate scăzută a datelor din 2021 transmise de Cipru, Letonia, Luxemburg (și datele din 2020) și Malta, din cauza dimensiunii scăzute a eșantionului.*
*Sursă: Eurofound (2022).*

## **5.3** Reziliență

Pandemia de COVID-19 s-a dovedit a fi cel mai important factor de perturbare a sistemelor de sănătate din ultimele decenii. Aceasta a evidențiat vulnerabilitățile și provocările din cadrul strategiilor de pregătire pentru situații de urgență ale țărilor și capacitatea acestora de a furniza servicii de asistență medicală populațiilor lor. Ca răspuns la efectele puternice ale pandemiei – precum și la alte crize recente, cum ar fi presiunile legate de costul vieții și impactul conflictelor precum războiul împotriva Ucrainei – țările pun în aplicare politici pentru a atenua impactul continuu asupra furnizării de servicii, pentru a investi în redresarea și reziliența sistemului de sănătate[4], pentru a îmbunătăți domeniile critice ale sectorului sănătății și pentru a spori gradul lor de pregătire pentru șocurile viitoare.

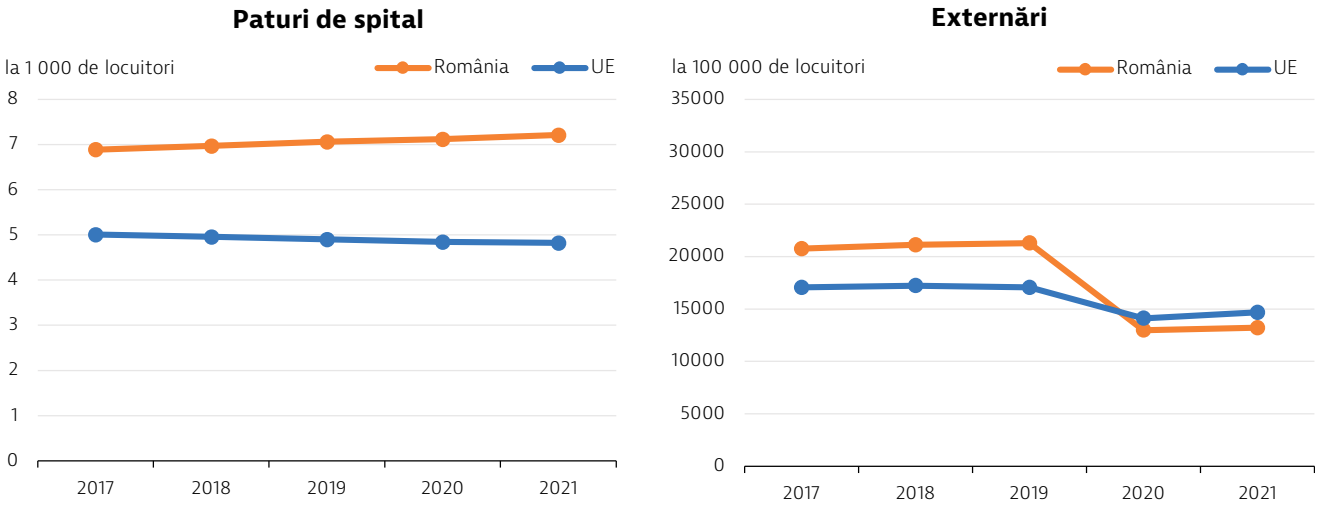
### Numărul spitalizărilor din România a scăzut semnificativ în timpul pandemiei de COVID-19

Sistemul de sănătate din România a pus accentul pe asistența medicală spitalicească în ultimul deceniu și până la izbucnirea pandemiei, înregistrându-se o creștere a capacității de paturi și a ratelor de externare din spital (figura 18). Ratele de externare din România în timpul pandemiei de COVID-19 au scăzut într-un procent mai mare decât media UE. Această scădere bruscă nu numai că a redus rata de ocupare a paturilor – care a scăzut de la 65 % în 2019 la 45,3 % în 2020 în România –, ci a și perturbat în mod dramatic furnizarea de servicii (INSP, 2021). De exemplu, în primele șase luni ale pandemiei, numărul cazurilor de urgență pediatrică a scăzut de trei ori față de 2019: în 2020, 7 291 de copii au fost internați, comparativ cu 20 117 copii în 2019. Acest lucru a generat nevoi nesatisfăcute și subminarea calității asistenței medicale, conducând la o creștere a numărului urgențelor majore (Miron et al., 2022).

3 *Cheltuielile catastrofale sunt definite drept cheltuielile directe ale gospodăriilor care depășesc 40 % din totalul cheltuielilor gospodăriilor, excluzând nevoile de subzistență (și anume alimente, locuință și utilități).*

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).*

***Figura 18. Ratele de externare din spitale au scăzut mult mai drastic în România în timpul pandemiei decât media UE***




*Surse: Statisticile OCDE din 2023 în domeniul sănătății; Baza de date Eurostat.*

### Capacitatea limitată a secțiilor de terapie intensivă și deficitul de forță de muncă în domeniul sănătății au reprezentat blocaje în furnizarea de servicii în timpul pandemiei

În pofida numărului mare de paturi de spital din România, numărul de paturi din secțiile de terapie intensivă cu ventilatoare mecanice este scăzut: din aproximativ 4 000 de paturi de terapie intensivă disponibile înainte de pandemie, doar aproximativ jumătate erau echipate cu ventilatoare mecanice. Guvernul a investit aproximativ 44,5 milioane EUR pentru creșterea capacității secțiilor de terapie intensivă, dublând numărul de paturi cu ventilatoare mecanice prin achiziții internaționale, producție națională și realocare de la armată.

Cea mai mare provocare în ceea ce privește răspunsul la pandemia de COVID-19 a fost asigurarea unei forțe de muncă suficiente din domeniul sănătății (a se vedea secțiunea 4). Au fost redistribuiți lucrători din domeniul sănătății din alte specializări (România a angajat și a format mai mult personal, creând 2 000 de locuri de muncă temporare). Au fost acordate fonduri pentru prime și prestații în natură pentru a-i stimula pe profesioniștii din domeniul sănătății. Cu toate acestea, deficitele existente dinaintea pandemiei au persistat și au generat provocări în ceea ce privește menținerea unor niveluri adecvate de personal. Deficitul de personal a subminat accesul la servicii și calitatea serviciilor de asistență medicală. În unele cazuri, pacienții au solicitat proceduri spitalicești în unități private, deoarece în spitalele publice au fost amânați. În plus, volumul de muncă al medicilor care oferă asistență medicală spitalicească și în ambulatoriu, în special al medicilor de familie, a crescut în timpul pandemiei, conducând la epuizare profesională (Stafie et al., 2021).

### Instrumentele digitale introduse în timpul pandemiei vor fi dezvoltate cu ajutorul Planului de redresare și reziliență al României pentru a facilita furnizarea de servicii

În timpul pandemiei, în România au fost create noi sisteme electronice de informații pentru a îmbunătăți gestionarea resurselor de sănătate extrem de solicitate. De exemplu, 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. Pentru serviciile spitalicești, Ministerul Sănătății a creat un centru electronic operațional de coordonare pentru a raporta zilnic gradul de ocupare a paturilor și a facilita gestionarea resurselor. La fel ca în alte țări, în timpul pandemiei de COVID-19, România a introdus și instrumente noi pentru furnizarea de servicii de sănătate virtuale (a se vedea secțiunea 5.2). Digitalizarea în domeniul sănătății a rămas o prioritate în Planul național de redresare și reziliență (PNRR), care alocă 470 de milioane EUR (14 % din plan) dezvoltării unui sistem digital integrat de sănătate, conectând peste 25 000 de furnizori de servicii de sănătate și îmbunătățind sistemele de telemedicină. Se alocă fonduri suplimentare pentru îmbunătățiri din programul- politicii de coeziune a UE.

### Rata de vaccinare împotriva COVID-19 a fost foarte scăzută, ceea ce a generat rate ridicate ale morbidității și mortalității pe tot parcursul anului 2021

Rata de vaccinare împotriva COVID-19 în România a fost mai scăzută decât în alte țări din UE, doar 30 % din populație fiind imunizată în timpul creșterii exponențiale a cazurilor de infectare din cel de al patrulea val din 2021. Până la sfârșitul anului 2022, rata de vaccinare în rândul adulților în vârstă (cu vârsta de 60 de ani și peste) cu cea de a doua doză de rapel era aproape de zero și cea mai scăzută din UE. Printre motivele ratelor mai scăzute de vaccinare se numără

lipsa de încredere în guvern și în recomandările acestuia, oboseala generată de pandemia de COVID-19, dezinformarea cu privire la vaccin și la virus, precum și lipsa de implicare a comunităților locale și a liderilor religioși. Rezultatul a constat în rate ridicate ale morbidității și mortalității cauzate de COVID-19 în cursul anului 2021, în pofida disponibilității vaccinului (Dascălu et al., 2021).

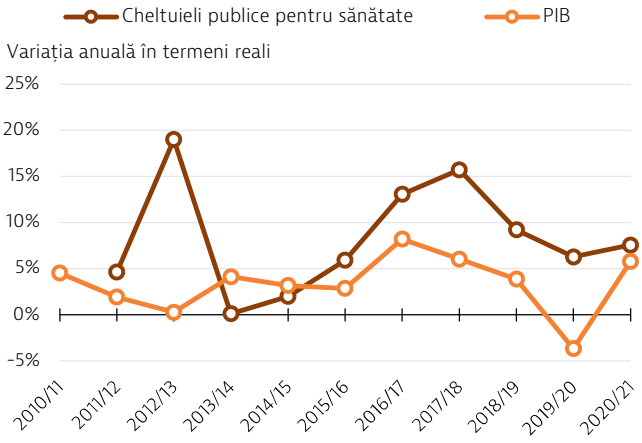
### Cheltuielile publice ale României în domeniul sănătății au înregistrat rate de creștere pozitive susținute în ultimul deceniu

Ratele de creștere a cheltuielilor publice pentru sănătate au fluctuat din 2010, atingând niveluri foarte ridicate în 2011 și din nou în 2017. Începând din 2015, cheltuielile publice pentru sănătate din România și-au menținut rata de creștere pozitivă, continuând pe parcursul anilor 2020 și 2021, pe măsură ce țara a injectat fonduri suplimentare pentru răspunsul său la pandemie. Cheltuielile publice susținute au avut loc în pofida unei scăderi semnificative a PIB-ului în primul an al pandemiei, 2020, comparativ cu anul precedent (figura 19).

### Planul de redresare și reziliență al României și finanțarea acordată în cadrul politicii de coeziune a UE aduc investiții semnificative în domeniul asistenței medicale

Planul de redresare și reziliență este un pilon esențial al răspunsului UE la criza provocată de pandemia de COVID-19. În România, acesta va adăuga 14,2 miliarde EUR sub formă de granturi și 14,9 miliarde EUR sub formă de împrumuturi pentru investiții, din care aproximativ 10 % vor fi alocate sectorului sănătății. Deși România are o capacitate spitalicească ridicată, se vor aloca investiții majore (aproape 70 % din fondurile PNRR) pentru dezvoltarea infrastructurii spitalicești publice, care se deteriorează rapid și devine nesigură (figura 20). Investițiile în valoare de aproximativ 2 miliarde EUR vor viza modernizarea infrastructurii

***Figura 19. Cheltuielile publice în domeniul sănătății în România au fost mai mari decât creșterea PIB-ului începând din 2015***




*Sursă: Statisticile OCDE din 2023 în domeniul sănătății.*

spitalicești pentru a asigura siguranța pacienților și a reduce riscul de infecții asociate asistenței medicale în spitale. Alte domenii de investiții includ infrastructura de asistență medicală ambulatorie, sănătatea digitală, precum și consolidarea capacităților și resursele umane.

Planul privind consolidarea capacităților și resursele umane include reformarea managementului serviciilor de sănătate; dezvoltarea resurselor umane pentru sănătate; și creșterea gradului de integritate, reducerea vulnerabilităților și reducerea riscului de corupție în sistemul de sănătate. O inițiativă majoră o reprezintă înființarea Institutului Național de Management al Serviciilor de Sănătate, care va fi responsabil de formarea în domeniul managementului serviciilor de sănătate la toate nivelurile de conducere, precum și de punerea în aplicare a Strategiei multianuale pentru dezvoltarea resurselor umane în sănătate 2022-2030 pentru a îmbunătăți gradul de retenție a personalului și atractivitatea profesiei și pentru a extinde soluțiile bazate pe o combinație de competențe.

***Figura 20. Planul de redresare și reziliență acordă prioritate investițiilor în serviciile medicale spitalicești***



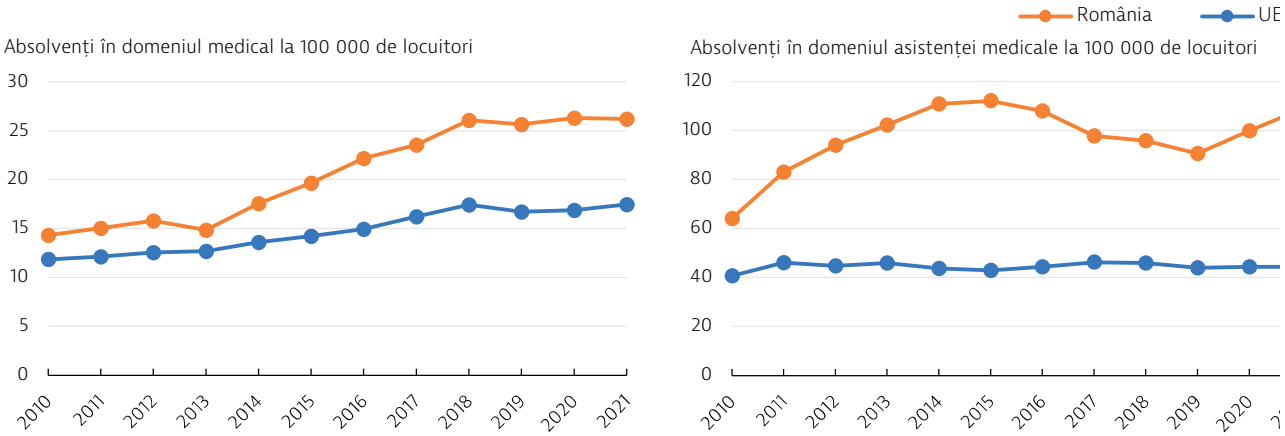

*Note: Aceste cifre se referă la Planul inițial de redresare și reziliență. Revizuirea pe parcurs a planului ar putea afecta dimensiunea și structura acestuia. Unele elemente au fost grupate pentru a îmbunătăți claritatea graficului.*
*Sursă: Comisia Europeană – Recovery and Resilience Scoreboard (Tabloul de bord privind redresarea și reziliența).*

Investițiile prevăzute de planul de redresare și reziliență vor fi completate de implementarea programării politicii de coeziune a UE pentru perioada 2021-2027[5]. Prin aceasta, România urmează să investească 5,3 miliarde EUR în sistemul de sănătate. Mai mult de o treime (37 %) din această sumă va fi cofinanțată de UE. Peste 3 miliarde EUR din Fondul european de dezvoltare regională (FEDR) vor fi utilizate pentru infrastructura de sănătate, în timp ce 1,1 miliarde EUR vor fi investite în echipamente medicale, iar 224 de milioane EUR vor fi alocate eforturilor de digitalizare. În plus, s-au alocat 736 de milioane EUR din Fondul Social European Plus (FSE+) pentru a finanța diverse măsuri de îmbunătățire a accesibilității, a calității și a rezilienței serviciilor de sănătate în România.

## România formează profesioniști în domeniul sănătății cu mult peste media UE, dar migrația rămâne o problemă

România formează un număr mare de medici și asistenți medicali și are un număr peste medie de absolvenți în domeniul medical și al asistenței medicale la 100 000 de locuitori (figura 21). În 2021, în România s-a înregistrat un număr de 5 006 absolvenți în domeniul medical (26,2 la 100 000 de locuitori – peste media UE de 17,5 la 100 000 de locuitori) și de 20 763 de absolvenți în domeniul asistenței medicale (108,6 la 100 000 de locuitori, comparativ cu 44,3 la 100 000 de locuitori la nivelul UE). Cu toate acestea, migrația personalului medical (atât absolvenții noi, cât și forța de muncă cu experiență) a contribuit la numărul scăzut de profesioniști din domeniul sănătății care lucrează în prezent în România (a se vedea secțiunea 4).

***Figura 21. România formează unui număr mare de profesioniști din domeniul sănătății***

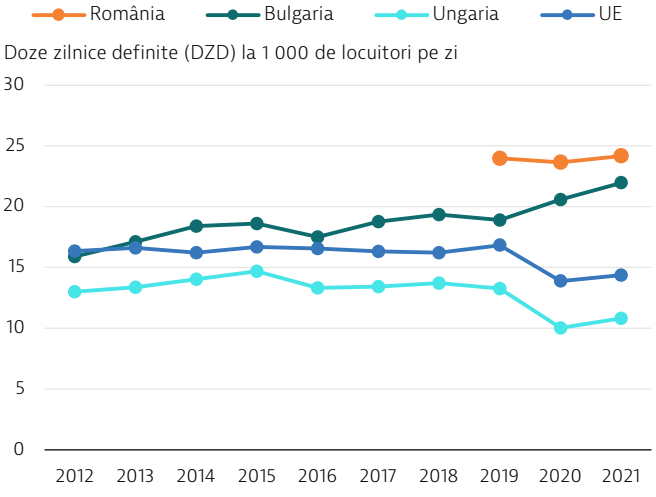



*Surse: Statisticile OCDE din 2023 în domeniul sănătății; Baza de date Eurostat.*

## Ratele foarte ridicate de utilizare a antibioticelor în România au determinat luarea în considerare a unor măsuri de politică

Rezistența la antimicrobiene (RAM) reprezintă un motiv important de îngrijorare în materie de sănătate publică în UE, estimându-se un număr de aproximativ 35 000 de decese cauzate de infecțiile rezistente la antibiotice (ECDC, 2022) și costuri asociate serviciilor medicale de aproximativ 1,1 miliarde EUR pe an (OCDE/ECDC, 2019). Întrucât prescrierea și utilizarea în exces a antibioticelor contribuie în mod semnificativ la dezvoltarea bacteriilor rezistente la antibiotice, datele privind consumul de antibiotice reprezintă un instrument util pentru evaluarea riscului RAM și a eficacității programelor de promovare a utilizării adecvate. În 2021, România a înregistrat una dintre cele mai mari rate de utilizare a antibioticelor în comunitate, și anume 24,2 doze zilnice definite (DZD) la 1 000 de locuitori, în comparație cu media UE de 14,4 DZD (figura 22). Este în curs de examinare o strategie de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și de combatere a RAM în România pentru perioada 2023-2030.

***Figura 22. România înregistrează una dintre cele mai ridicate rate de utilizare comunitară a antibioticelor din UE***




*Note: Media UE este neponderată.*
*Sursă: ECDC, ESAC-Net.*

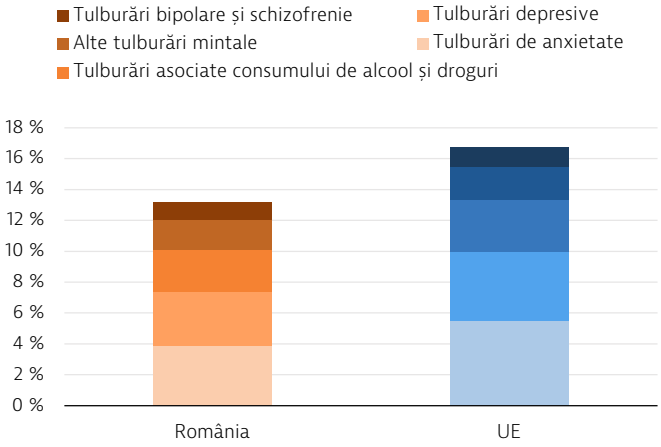
5 *Aceste cifre privind politica de coeziune a UE reflectă situația din septembrie 2023.*

# 6 Sănătatea mintală în prim-plan

### Prevalența afecțiunilor de sănătate mintală în România este cea mai scăzută în rândul țărilor UE, dar povara este ridicată

Conform estimărilor Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), România înregistrează cea mai scăzută prevalență aafecțiunilor de sănătate mintală în rândul țărilor UE. În rândul celor 13 procente ale populației diagnosticate cu tulburări psihice, cele mai răspândite sunt anxietatea și tulburările depresive – estimându-se că fiecare dintre acestea afectează aproximativ 4 % din populație (figura 23). În schimb, ponderea adulților care autoraportează că se confruntă cu riscul de depresie este mult mai mare, fiind de 60 % în 2022, valoare mai mare decât media UE de 55 % (OCDE/UE, 2022). Pandemia de COVID-19 nu a modificat riscul de depresie în rândul românilor, care a rămas stabil din 2020.

***Figura 23. Anxietatea și depresia sunt două dintre principalele afecțiuni de sănătate mintală din România***



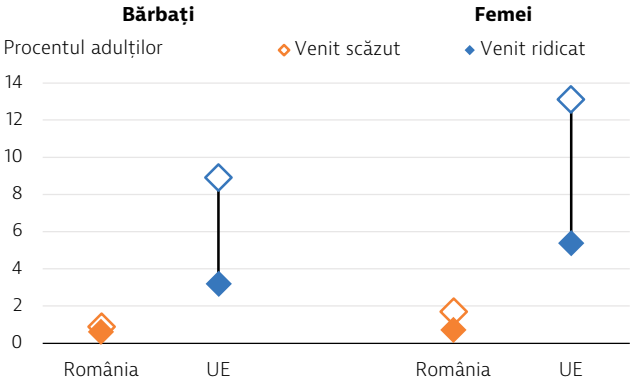

*Note: Media UE este neponderată.*
*Sursă: IHME (datele se referă la anul 2019)*

Costurile economice ale problemelor de sănătate mintală sunt substanțiale, costurile directe și indirecte fiind estimate în 2015 la 2,1 % din PIB în România, adică 3,4 miliarde EUR. Costurile directe au reprezentat 1,4 % din PIB, iar costurile indirecte au fost estimate la 0,7 % din PIB în același an (OCDE/UE, 2018).

### Rata depresiei autoraportate în România este scăzută atât pentru bărbați, cât și pentru femei în cadrul grupurilor de venituri

Datele furnizate de EHIS în 2019 arată că doar 1 % dintre adulții români au declarat că se confruntaseră cu depresie înainte de pandemie. Depresia a fost raportată mai frecvent de către femei și persoane din quintila cu cele mai mici venituri. În România, doar aproximativ 2 % dintre femeile și 1 % dintre bărbații din quintila cu cele mai mici venituri au raportat că s-au confruntat cu depresia în 2019, comparativ cu media de 18 % dintre femeile și 16 % dintre bărbații din quintila cu cele mai mici venituri înregistrată în țările UE (figura 24). Totuși, aceste cifre ar trebui interpretate cu prudență, deoarece pot fi rezultatul subdiagnosticării și al reticenței pacienților în a accesa serviciile de sănătate mintală din cauza stigmatizării, mai degrabă decât al unei stării bune de sănătate mintală (Mănescu et al., 2023).

***Figura 24. Ratele depresiei raportate în România sunt mult mai reduse decât mediile UE***




*Notă: Venit ridicat se referă la persoane din quintila superioară de venit (20% din populația cu cel mai mare venit), iar venit scăzut se referă la persoane din quintila inferioară de venit (20% din populația cu cel mai scăzut venit).*
*Sursă: Baza de date Eurostat (pe baza EHIS 2019).*

Potrivit anchetelor Eurofound (2021; 2022), 63 % dintre persoanele din România care trăiesc în gospodării care au raportat dificultăți financiare au fost considerate a fi expuse riscului de depresie în timpul pandemiei, comparativ cu 34 % dintre cele care nu au raportat dificultăți financiare. Aceste rate au fost apropiate de mediile UE.

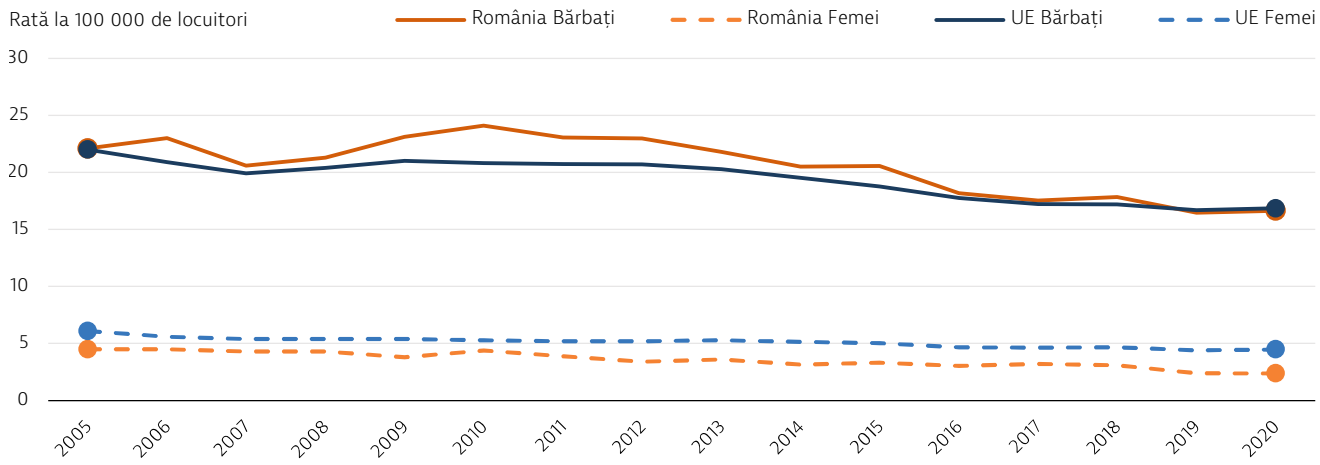
### Ratele sinuciderilor sunt la același nivel sau sub nivelul UE

Factorii sociali și culturali complecși afectează comportamentele suicidare și raportarea deceselor prin suicid. Problemele de sănătate mintală cresc riscul de sinucidere, iar rata sinuciderilor în rândul bărbaților din România a fost similară cu media UE în 2019, fiind mai ridicată anterior, în timp ce, în cazul femeilor, rata sinuciderilor a fost în mod constant mai mică decât media UE (figura 25). Ratele sinuciderilor au rămas stabile în timpul pandemiei de COVID-19, atât pentru bărbați, cât și pentru femei, reprezentând 3 % din mortalitatea evitabilă în 2020 (INSP, 2021).

### Românii au raportat o rată scăzută a nevoilor nesatisfăcute în materie de îngrijiri de sănătate mintală în timpul pandemiei de COVID-19

Ca și în alte domenii ale asistenței medicale, furnizarea de îngrijiri de sănătate mintală în România este

***Figura 25. Rata sinuciderilor în rândul bărbaților din România a scăzut și este în prezent similară cu media UE***




*Sursă: Baza de date Eurostat.*

centrată pe spitale. Deși din 2000 au fost puse în aplicare politici care vizează reorientarea îngrijirii către comunitate și integrarea furnizării de servicii de sănătate mintală în cadrul asistenței medicale primare, numărul paturilor din unitățile de psihiatrie a crescut, iar forța de muncă din domeniul sănătății mintale a rămas redusă. Drept rezultat, disponibilitatea asistenței medicale ambulatorii este încă redusă, ceea ce creează nevoi nesatisfăcute.

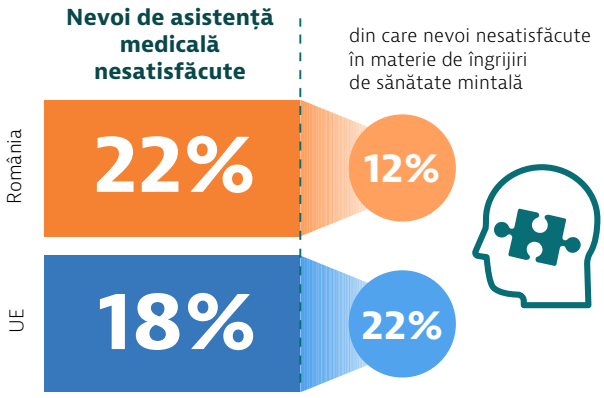
Conform unei anchete realizate la nivel european în primăvara anului 2021 și în primăvara anului 2022, 22 % dintre români au raportat nevoi nesatisfăcute în materie de asistență medicală, dintre care 12 % erau legate de îngrijirile de sănătate mintală (figura 26). Ponderea nevoilor nesatisfăcute raportate în materie de îngrijiri de sănătate mintală a fost proporțional mai mică decât media UE (22 %), ceea ce indică o cerere scăzută pentru acest tip de servicii; totuși, cererea poate fi afectată de stigmatizare și de alte bariere (Mănescu et al., 2023).

## România a început să elaboreze un plan de consolidare a sănătății mintale și a îngrijirilor de sănătate mintală

În timpul pandemiei, România a dezvoltat servicii de sănătate mintală pentru copii și adolescenți în cadrul proiectului „Open Minds". Acesta a vizat consolidarea capacității serviciilor locale pentru tineret și colaborarea cu comunitățile prin intermediul părinților, al profesorilor, al profesioniștilor din domeniul sănătății, al educatorilor și al asistenților sociali pentru a crea o plasă de siguranță pentru tinerii expuși riscurilor (Agenția Executivă Europeană pentru Educație și Cultură, 2022).

Deși România nu deține o strategie sau un plan individual în materie de sănătate mintală, obiectivele de sănătate mintală fiind incluse în Strategia națională de sănătate 2022-2030, care urmează să fie aprobată. Printre principalele priorități naționale de nivel înalt în materie de sănătate mintală se numără dezvoltarea îngrijirilor de sănătate mintală comunitare; crearea de unități psihiatrice de legătură în spitalele generale; dezvoltarea de servicii specializate de îngrijiri de sănătate mintală pentru persoanele în vârstă, tineri, persoanele cu dependențe și alte persoane; asigurarea unei finanțări adecvate; consolidarea colectării de date; și utilizarea unor metode standardizate de evaluare a educației continue și a practicii. În plus, în cadrul Parlamentului, Senatul a strâns propuneri de la diverse părți interesate în cadrul unei inițiative de elaborare a unui plan național de sănătate mintală.

***Figura 26. Românii au raportat rate mai ridicate ale nevoilor nesatisfăcute în materie de asistență medicală în timpul pandemiei, dar rate mai scăzute ale nevoilor nesatisfăcute în materie de îngrijiri de sănătate mintală***




*Notă: Respondenții care au participat la anchetă au fost întrebați dacă au în prezent nevoi nesatisfăcute în materie de asistență medicală și, în caz afirmativ, pentru ce tip de îngrijiri, inclusiv de sănătate mintală.*
*Sursă: Eurofound (2021, 2022), Third and fifth rounds of Living, working and COVID-19 e-survey: living in a new era of uncertainty (A treia și a cincea rundă a sondajului electronic „Viața, munca și COVID-19": traiul într-o nouă eră a incertitudinii), anchetă realizată în primăvara anilor 2021 și 2022.*

# 7 Principalele constatări

- Speranța medie de viață la naștere în România era de 75,3 ani în 2022, după ce scăzuse cu aproape 3 ani – la 72,8 ani – între 2019 și 2021 din cauza impactului pandemiei de COVID-19, înainte de a se redresa. COVID-19 a fost a doua cauză principală a mortalității evitabile în România, ratele de vaccinare din țară fiind scăzute.
- În 2022, românii au raportat niveluri ridicate ale stării lor de sănătate autopercepute ca fiind foarte bună sau bună (73,3 %), depășind media UE (68,0 %). Evaluarea pozitivă a stării de sănătate autopercepute este ridicată atât pentru bărbați și femei, cât și pentru toate grupurile de venituri.
- Există multe posibilități de acțiune în domeniul sănătății publice pentru a atenua factorii de risc comportamentali și de mediu în România. În timp ce ratele obezității la adulți sunt cele mai scăzute din UE, alimentația deficitară, consumul de tutun și de alcool contribuie în mod semnificativ la mortalitate. În 2022, speranța de viață la naștere era de 71,5 ani pentru bărbați și de 79,3 ani pentru femei. Această disparitate de gen se explică în mare măsură prin diferențele dintre modelele de consum de tutun și de alcool. În 2019, 30,6 % dintre bărbații din România fumau zilnic, iar 53,1 % au raportat un consum excesiv de alcool; în rândul femeilor din România, 7,5 % fumau zilnic, iar 18,0 % au raportat un consum excesiv de alcool.
- În 2022, 4,9 % dintre români au declarat că au nevoi nesatisfăcute în materie de asistență medicală din cauza costurilor, a distanței pe care trebuie să o parcurgă sau a perioadelor de așteptare (peste dublul mediei UE de 2,2 %), trei sferturi dintre aceștia menționând costul ca factor principal. Cheltuielile directe pentru sănătate au reprezentat 21 % din cheltuielile curente în domeniul sănătății în 2021, depășind media UE de 15 %. Principalul factor determinant al cheltuielilor directe este reprezentat de medicamentele în ambulatoriu, dar și costurile asistenței stomatologice sunt semnificative. Constrângerile în materie de resurse limitează, de asemenea, accesul la asistența medicală – în special deficitul de forță de muncă în domeniul sănătății. România formează un număr mare de medici și asistenți medicali – cu mult peste media UE –, dar mulți aleg să profeseze în străinătate.
- Sistemul de sănătate din România este centrat pe spitale, având o capacitate mare de paturi. Pacienții care solicită asistență medicală promptă evită adesea unitățile de asistență medicală primară și se adresează direct spitalelor. Drept rezultat, aproape jumătate din totalul finanțării pentru sănătate din România este direcționată către serviciile spitalicești. Evitarea asistenței medicale primare este parțial rezultatul preferinței pacienților, dar și al disponibilității reduse a medicilor de familie, în special în zonele rurale. Deficiențele asistenței medicale primare au implicații grave în ceea ce privește reducerea ratelor mortalității evitabile, care sunt cele mai ridicate din UE.
- Cheltuielile pe cap de locuitor pentru sănătate în România au fost cele mai scăzute din UE în 2021. Sistemul de asigurări sociale de sănătate care finanțează asistența medicală oferă un pachet cuprinzător de beneficii. În comparație cu alte țări din UE, acoperirea este mai puțin generoasă în ceea ce privește medicamentele în ambulatoriu și serviciile stomatologice. Deși acoperirea este obligatorie, aproximativ 12 % din populație nu este asigurată. Printre persoanele neasigurate se numără persoanele care lucrează și locuiesc în străinătate, persoanele care lucrează în mod informal, șomerii care nu sunt înregistrați la serviciul de asistență socială și persoanele care nu au cărți de identitate (o problemă mai stringentă în rândul grupurilor marginalizate, cum ar fi cetățenii romi).
- România utilizează o mare parte din fondurile puse la dispoziție prin intermediul Planului de redresare și reziliență al UE, precum și a politicii de coeziune a UE pentru modernizarea infrastructurii sale spitalicești. Scopul este de a asigura siguranța pacienților și de a reduce numărul infecțiilor asociate asistenței medicale, fiind planificate investiții suplimentare pentru digitalizarea serviciilor de sănătate și pentru îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemului de sănătate.
- Prevalența bolilor mintale și nivelurile nevoilor nesatisfăcute în materie de îngrijiri de sănătate mintală sunt în mod oficial scăzute în România în comparație cu nivelurile din UE. Totuși, aceste constatări ar trebui interpretate cu prudență, deoarece stigmatizarea asociată bolilor mintale poate masca adevăratul nivel al nevoilor. Furnizarea actuală a serviciilor de îngrijiri de sănătate mintală rămâne centrată pe spitale, dar planificarea în curs vizează dezvoltarea furnizării de servicii de sănătate mintală în comunitate și îmbunătățirea accesului la asistență medicală.

# Surse principale

Health Systems and Policy Monitor (HSPM) – Romania (2023). European Observatory on Health Systems and Policies, https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor.

OECD/EU (2022), Health at a Glance: Europe 2022 – State of Health in the EU Cycle. Paris, OECD Publishing.

# Referințe


Dascălu S et al. (2021), COVID-19 in Romania: what went wrong? Frontiers in Public Health, 9: 813941.

ECDC (2022), Press Release: 35 000 annual deaths from antimicrobial resistance in the EU/EEA. Stockholm, https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/eaad-2022-launch

EU (2022), Special Eurobarometer 523 (March-April 2022): Corruption. Luxemburg, https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2658.

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

Eurofound (2022), Living, working and COVID-19 survey, rounds four and five (November 2021 and May 2022). Dublin.

Eurofound (2021), Living, working and COVID-19 survey, rounds one, two and three (spring 2020, summer 2020 and spring 2021). Dublin.

European Commission (2022), Report on access to health care in EU Member States Implementation of Temporary Protection Directive (2001/55/EC) and Council Implementing Decision (EU) 2022/382. Bruxelles.

European Education and Culture Executive Agency (2022), The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of young people: policy responses in European countries. Luxemburg, Publications Office of the European Union.

Health Behaviour in School-aged Children study (2023), Data browser (findings from the 2021/22 international HBSC survey): https://data-browser.hbsc.org

INSP (2021), Raportul național al stării de sănătate a populației 2020. București.

Mănescu E, et al. (2023) Mental health related stigma in Romania: systematic review and narrative synthesis, BMC Psychiatry, 23:662.

Miron VD et al. (2022), Pediatric emergencies and hospital admissions in the first six months of the COVID-19 pandemic in a tertiary children's hospital in Romania, Children, 9(4):513.

OECD (2023), EU Country Cancer Profile: Romania 2023, EU Country Cancer Profiles. Paris, OECD Publishing.

OECD/ECDC (2019), Antimicrobial resistance: tackling the burden in the European Union. Paris, OECD Publishing.

OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle. Paris, OECD Publishing.

Rebeleanu A, Toma S (2017), SocioRoMap - Anchetă de cercetare – mediatori sanitari. Cluj-Napoca, Institutul Pentru Studierea Problemelor Minorităților Naționale.

Scîntee G, Mosca I, Vlădescu C (2022), Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Romania. Copenhaga, WHO Regional Office for Europe.

Stafie CS et al. (2021), The professional and psycho-emotional impact of the COVID-19 pandemic on medical care – a Romanian GP's perspective. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(4):2031.

Vlădescu C, Ciutan M, Rafila A (2022), In-hospital admissions and deaths in the context of the COVID-19 pandemic, in Romania, GERMS.;12(2):169-79.


***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 2023 în ceea ce privește sănătatea

*Profilurile de țară în ceea ce privește sănătatea* reprezintă un element-cheie al ciclului *State of Health in the EU* al Comisiei Europene, un proiect de brokeraj de cunoștințe dezvoltat cu sprijin financiar din partea Uniunii Europene.

Aceste profiluri sunt rezultatul unui parteneriat de colaborare între Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE) și European Observatory for Health Systems and Policies, sprijinit de Comisia Europeană. Pe baza unei metodologii coerente care utilizează atât date cantitative, cât și calitative, analiza acoperă cele mai recente provocări și evoluții în materie de politici de sănătate din fiecare țară din UE/SEE.

Ediția din 2023 a profilurilor de țară în domeniul sănătății oferă o sinteză a diferite aspecte critice, inclusiv:

- starea actuală de sănătate din țară;
- factori determinanți ai sănătății, cu un accent special pe factorii de risc comportamentali;
- structura și organizarea sistemului de sănătate;
- eficacitatea, accesibilitatea și reziliența sistemului de sănătate;
- Pentru prima dată în serie, o prezentare a stării de sănătate mintală și a serviciilor aferente din țară.

În completarea principalelor constatări ale profilurilor de țară în materie de sănătate se află raportul de sinteză al Comisiei Europene.

Pentru mai multe informații, vă rugăm să consultați: ec.europa.eu/health/state

Vă rugăm să citați această publicație după cum urmează:
OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023),
*România: Profilul de țară din 2023 în ceea ce privește sănătatea, State of Health in the EU,*
OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264813205 (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