



State of Health in the EU

România

Profilul Sănătății în 2017

Seriile profilurilor de țară

Profilurile de țară oferă o prezentare concisă și relevantă din punct de vedere politic a sănătății și a sistemelor sanitare din statele membre ale UE, subliniind particularitățile și provocările specifice fiecărei țări. Acestea sunt concepute pentru a sprijini eforturile depuse de statele membre în elaborarea politicii bazate pe dovezi.

Profilurile reprezintă activitatea comună a OCDE și a *European Observatory on Health Systems and Policies*, în cooperare cu Comisia Europeană. Echipa este recunoscătoare pentru comentariile și sugestiile valoroase oferite de statele membre și de Rețeaua de monitorizare a sistemelor și a politicii de sănătate.

Cuprins

1 • ASPECTE PRINCIPALE	1
2 • SĂNĂTATEA ÎN ROMÂNIA	2
3 • FACTORI DE RISC	5
4 • SISTEMUL SANITAR	6
5 • PERFORMANȚA SISTEMULUI SANITAR	9
5.1 Eficiență	9
5.2 Accesibilitate	12
5.3 Reziliență	13
6 • PRINCIPALELE CONSTATĂRI	16

Surse de date și informații

Datele și informațiile din aceste profiluri de țară se bazează, în principal, pe statistici oficiale naționale furnizate către Eurostat și OCDE, care au fost validate în iunie 2017 pentru a 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 Institutul pentru Măsurarea și Evaluarea Sănătății (Institute of Health Metrics and Evaluation, IHME), de la Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor (ECDC), din anchete privind comportamentul în materie de sănătate la copiii de vârstă școlară (HBSC) și de la Organizația Mondială a Sănătății (OMS), precum și de la alte surse naționale.

Mediile calculate ale UE sunt medii ponderate ale celor 28 de state membre, cu excepția cazului în care se specifică altfel.

Pentru a descărca foaia de calcul Excel care include toate tabelele și graficele din acest profil, introduceți următorul link în browser-ul de internet:

<http://dx.doi.org/10.1787/888933623324>

Context demografic și socioeconomic în România, 2015

	România	UE
Factori demografici	Dimensiunea populației (mii)	19 815
	Ponderea populației de peste 65 de ani (%)	17,0
	Rata fertilității ¹	1,5
Factori socioeconomi	PIB pe cap de locuitor (PPC ² euro)	16 500
	Rata sărăciei relative ³ (%)	19,8
	Rata șomajului (%)	6,8

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 50 % din mediana veniturilor disponibile pe adult-echivalent.

Sursa: Baza de date Eurostat.

Declinare a 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.

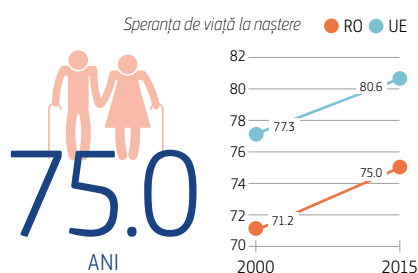
Acest document, dar și orice date și hărți incluse aici, nu aduc atingere statutului sau suveranității niciunui teritoriu, delimitării frontierelor și granițelor internaționale și denumirii niciunui teritoriu, niciunui oraș și a niciunei zone.

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

1 Aspecte principale

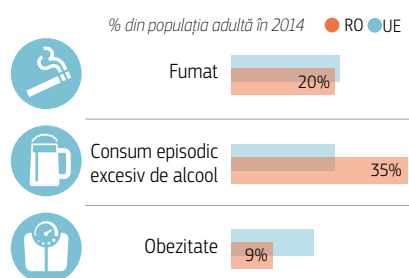
Starea de sănătate a românilor s-a îmbunătățit, dar speranța de viață la naștere rămâne printre cele mai scăzute din UE. Deși oamenii trăiesc mai mult, gradul de acoperire nu este universal, iar inegalitățile socioeconomice în materie de sănătate persistă. Reforma sistemului sanitar a fost constantă, dar ineficientă în mod frecvent, datorită, în parte unui grad ridicat de instabilitate politică. Reformele recente s-au axat pe introducerea unor măsuri de reducere a costurilor și de îmbunătățire a accesului și a eficienței.

Starea de sănătate



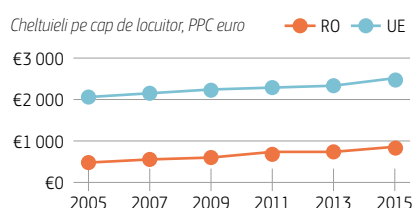
Speranța de viață la naștere a fost de 75,0 ani în 2015, în creștere de la 71,2 ani în 2000. Cu toate acestea, este în continuare mai mică decât media UE. Mortalitatea infantilă este de peste două ori mai mare decât media UE. Bolile cardiace și accidentele vasculare cerebrale sunt cele mai importante cauze ale mortalității, iar decesele cauzate de unele forme de cancer au crescut drastic. Bolile infecțioase reprezintă, de asemenea, o provocare semnificativă, România având cea mai ridicată rată de tuberculoză din UE și peste o treime din cazurile de tuberculoză multirezistentă la medicamente.

Factori de risc



În 2014, 19,8 % dintre adulții au fumat tutun în fiecare zi, puțin sub media UE, dar aceasta reprezintă numai o îmbunătățire marginală față de anul 2008. Consumul general de alcool este în concordanță cu media UE, însă consumul episodic excesiv de alcool în rândul adulților este foarte ridicat (35 %), ajungând la 53 % în cazul bărbaților, cea mai mare valoare din UE. Ratele de obezitate sunt în creștere: 9,1 % dintre adulți au fost obezi în 2014, comparativ cu 7,9 % în 2008, în timp ce ratele în rândul copiilor s-au dublat în ultimul deceniu.

Cheltuieli pentru sănătate

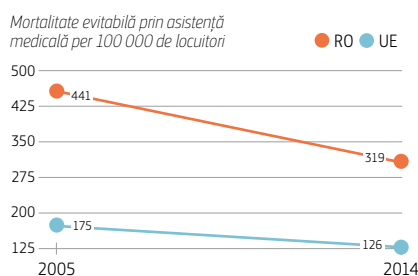


Cheltuielile pentru sănătate pe cap de locuitor, în valoare de 814 euro în 2015, sunt cele mai scăzute din UE și reprezintă mai puțin de o treime din media UE. Această cifră reprezintă 4,9 % din PIB – în scădere de la 5,7 % în 2010 și mult sub media UE de 9,9 %. Cu toate acestea, la același nivel cu media UE, 78 % din cheltuielile pentru sănătate sunt finanțate din fonduri publice, în ciuda faptului că ponderea „cheltuielilor din buzunar” a crescut recent. Practica plăților neoficiale, în special pentru asistența spitalicească, este larg răspândită și contribuie la creșterea sarcinii financiare asupra pacienților.

Performanța sistemului sanitar

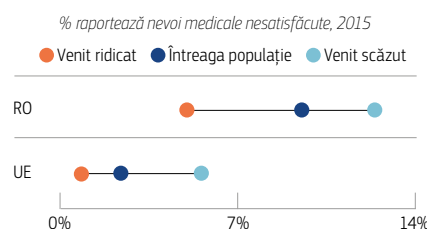
Eficiență

Mortalitatea evitabilă prin asistență medicală a scăzut în ultimul deceniu, dar rămâne cea mai mare din UE în cazul femeilor și a treia cea mai mare în cazul bărbaților.



Acces

Accesul la asistență medicală este deosebit de redus în zonele rurale și este exacerbată de diferențele în ceea ce privește acoperirea demografică. Nevoile nesatisfăcute de asistență medicală sunt substanțial peste media UE.



Reziliență

Finanțarea scăzută și utilizarea ineficientă a resurselor publice îngreunează sistemul sanitar. Există o legătură slabă între deciziile de planificare și nevoile de sănătate ale populației, din cauza lipsei de sisteme de informare adecvate.



2 Sănătatea în România

Speranța de viață a crescut rapid, dar diferența între bărbați și femei este mai mare decât în alte țări

Speranța de viață la naștere în România a crescut cu aproape patru ani între 2000 și 2015, ajungând la 75 de ani. În ciuda acestor câștiguri, rămâne cu aproape șase ani sub media UE și este a patra cea mai mică la nivelul țărilor UE (Figura 1). La fel ca în majoritatea țărilor, există o diferență între sexe, femeile trăind cu 7,2 ani mai mult decât bărbații; aceasta este o diferență mult mai mare decât media UE (5,6 ani). Inegalități similare există între grupurile socioeconomice.

În medie, speranța de viață a românilor cu studii superioare este cu șase ani mai mare decât a celor care nu au mers mai departe de învățământul secundar inferior¹. La 65 de ani, speranța de viață este a doua cea mai

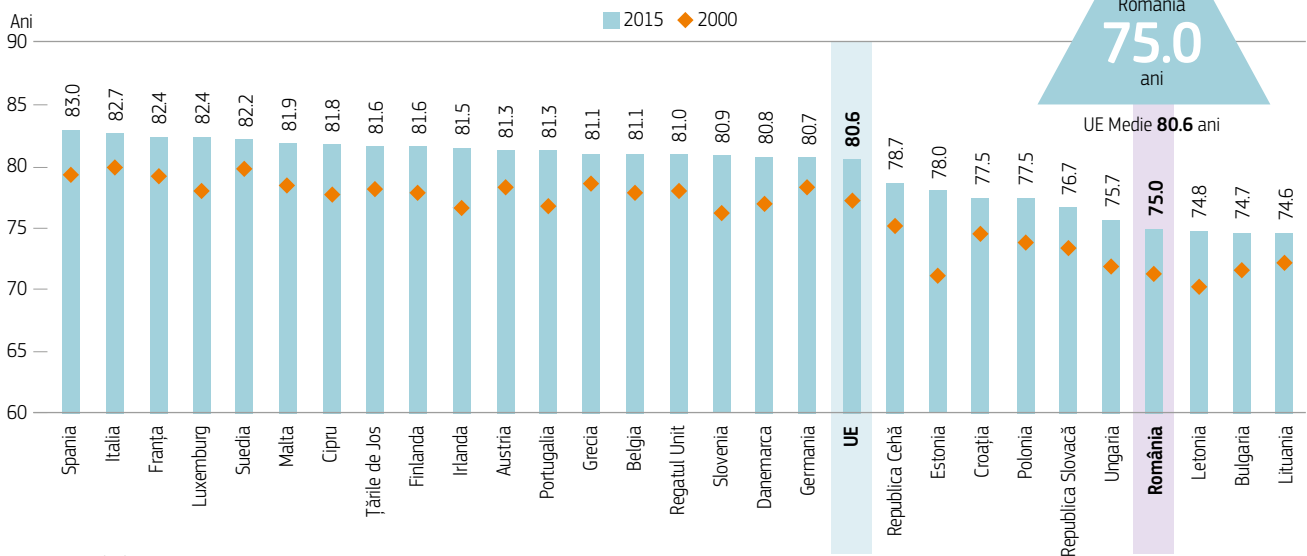
săzută din UE și nu toți anii de viață rămași sunt petrecuți în stare bună de sănătate. Femeile din România se pot aștepta să petreacă puțin sub o treime din anii rămași fără dizabilități, în timp ce pentru bărbați acest procent este de aproximativ 40 % din anii rămași².

Mortalitatea infantilă reprezintă o provocare deosebită pentru România: la 7,6 decese per 1 000 de nașteri vii, a fost cea mai ridicată din UE și peste dublul mediei de 3,6 în 2015.

1. Nivelurile de învățământ inferior reprezintă persoanele cu nivel educațional preșcolar, primar sau secundar inferior (nivelurile 0-2 ISCED), în timp ce nivelurile de învățământ superior se referă la persoanele care au urmat o formă de învățământ terțiar (nivelurile 5-8 ISCED).

2. Acestea se bazează pe indicatorul „speranța de viață sănătoasă”, care măsoară numărul de ani pe care oamenii se pot aștepta să îl trăiască fără dizabilități la diferite vârste.

Figura 1. Speranța de viață în România este cu aproape șase ani sub media UE



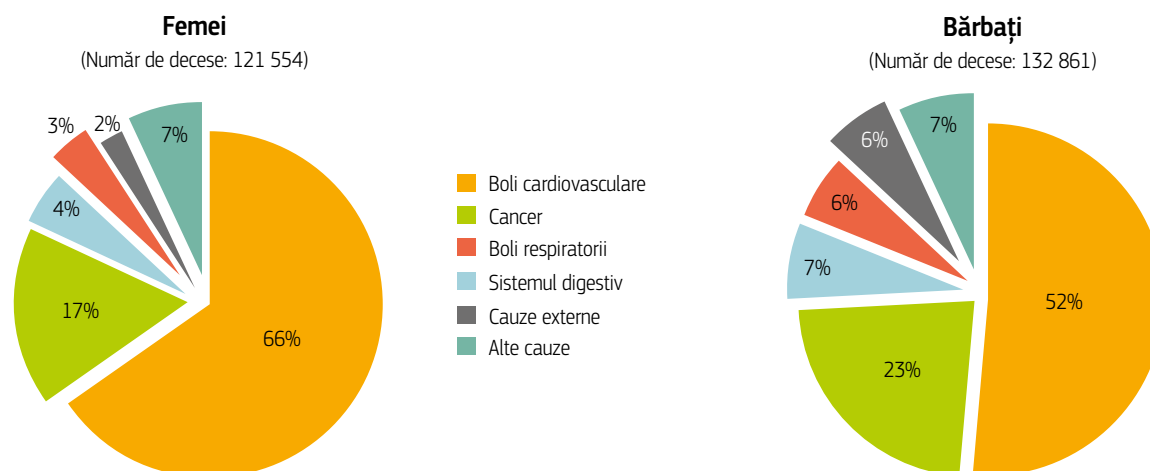
Sursa: Baza de date Eurostat.

Bolile cardiovasculare și cancerul reprezintă cauza pentru majoritatea deceselor

Majoritatea deceselor în România se datorează fie bolilor cardiovasculare, fie cancerului (Figura 2). Rata standardizată a mortalității pentru infarctul miocardic acut (IMA) a fost cea mai ridicată din UE în 2014, mult mai mare decât media UE, iar bolile cerebrovasculare (a doua cea mai ridicată rată de mortalitate din UE) contribuie, de asemenea, semnificativ la mortalitate. Luate împreună, aceste boli ale sistemului circulator au cauzat cele mai multe decese în România, cu o rată standardizată de 951,3 decese per 100 000 de locuitori în 2014, fiind de două ori și jumătate mai mare decât media UE (373,6) și a doua cea mai ridicată rată de mortalitate din UE după Bulgaria.

Analizând tendințele cauzelor mai specifice de deces, bolile cardiace și accidentul vascular cerebral (boli cerebrovasculare) continuă să reprezinte cele mai frecvente cauze de deces, în ciuda reducerii numărului absolut de decese din anul 2000 (Figura 3). Cancerul pulmonar rămâne cea mai frecventă cauză de mortalitate produsă de cancer, rata standardizată crescând cu 15 % între 2000 și 2014. De asemenea, mortalitatea cauzată de cancerul colorectal a crescut brusc din anul 2000, cu mai mult de 30 %, în ciuda eforturilor de consolidare a planului național de control al cancerului și a implementării programelor de depistare pentru cancerul de sân, de col uterin și colorectal (a se vedea Secțiunea 5.1).

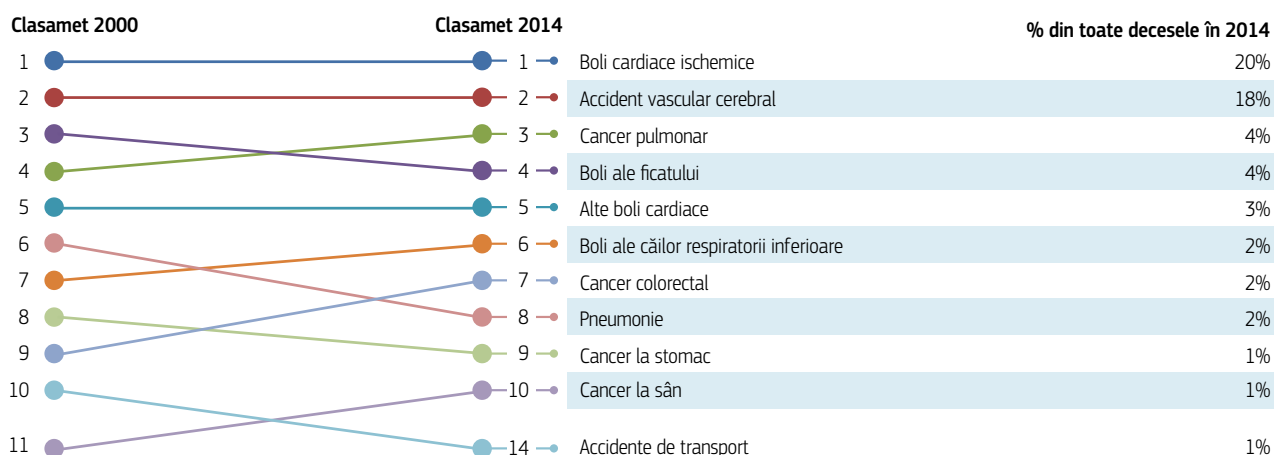
Figura 2. Mai multe femei decât bărbați mor din cauza bolilor cardiovasculare, în timp ce decesele cauzate de cancer sunt mai ridicate în rândul bărbaților



Notă: Datele sunt prezentate în capitolele generale ICD. Demența a fost adăugată la capitolul bolilor sistemului nervos pentru a o include împreună cu boala Alzheimer (principală formă de demență).

Sursa: Baza de date Eurostat (datele se referă la anul 2014).

Figura 3. Mortalitatea cauzată de mai multe tipuri de cancer a crescut din anul 2000



Sursa: Baza de date Eurostat.

Afecțiunile musculo-scheletale și problemele de sănătate mintală sunt printre factorii determinanți principali ai stării precare de sănătate

Factorii determinanți principali ai anilor de viață ajustați pentru dizabilitate³ (disability adjusted life years – DALY) în România în anul 2015 erau problemele musculo-scheletale (inclusiv durerile lombare și durerile cervicale) și sănătatea mintală precară (inclusiv depresie)

(IHME, 2016). Mai mult, pe baza datelor raportate de respondenți în cadrul anchetei europene de sănătate realizată prin interviu (EHIS), mai mult de unu din șase români are hipertensiune, unul din 20 are diabet și unul din 25 are astm sau alte boli respiratorii cronice. Există inegalități mari în prevalența acestor boli cronice în funcție de nivelul de educație. Persoanele cu cel mai scăzut nivel de educație au de peste patru ori mai multe șanse să sufere de astm sau de alte boli respiratorii cronice și sunt de mai mult de două ori mai susceptibili să sufere de hipertensiune decât persoanele cu cel mai ridicat nivel de educație⁴.

3. DALY este un indicator utilizat pentru a estima numărul total de ani pierduți din cauza bolilor specifice și a factorilor de risc. Un DALY este egal cu un an de viață sănătoasă pierdut (IHME).

4. Inegalitățile în funcție de educație pot fi parțial atribuite procentului mai mare de persoane în vârstă cu niveluri de educație mai scăzute; cu toate acestea, diferențele socioeconomice nu pot fi justificate numai de acest aspect.

Bolile infecțioase, în special tuberculoza, prezintă riscuri de sănătate publică majore

Mai multe boli infecțioase reprezintă încă amenințări majore pentru sănătatea populației din România. Deși rata noilor cazuri de HIV raportate rămâne sub media UE (o rată de notificare de 3,8 per 100 000 de locuitori, comparativ cu 5,8 în UE), aceasta a crescut de aproape trei ori din anul 2000. Pe de altă parte, rata noilor cazuri de tuberculoză raportate a scăzut substanțial din anul 2003, dar este încă de departe cea mai ridicată din toate țările UE, înregistrându-se 76,5 cazuri noi per 100 000 de locuitori în anul 2015 (ECDC, 2017). De asemenea, este îngrijorător faptul că România notifică mai mult de o treime din toate cazurile de tuberculoză multirezistentă la medicamente. Hepatita virală nedagnosticată reprezintă, de asemenea, o problemă semnificativă, testarea și supravegherea sub-optimale făcând dificilă cuantificarea dimensiunii problemei.

Femeile raportează mai puțin frecvent că au o sănătate bună, dar alte diferențe sunt mascate de lipsa datelor

În general, proporția românilor care raportează că au o stare de sănătate bună sau foarte bună (70 %) este puțin mai mare decât în întreaga UE (67 %), dar această medie nu ia în considerare diferența substanțială dintre sexe. În timp ce trei sferturi dintre bărbați își evaluează sănătatea ca fiind foarte bună, mai puțin de două treimi dintre femei opinează astfel. Există, de asemenea, posibilitatea ca populația de romi, care reprezintă 3,3 % din totalul populației (conform cifrelor oficiale), să aibă experiențe diferite legate de sănătate. Cu toate acestea, deoarece România nu colectează statistici privind etnicitatea (deoarece acest lucru este interzis prin lege), nu există informații recente privind starea de sănătate a romilor sau expunerea la factori de risc (Secțiunea 3).

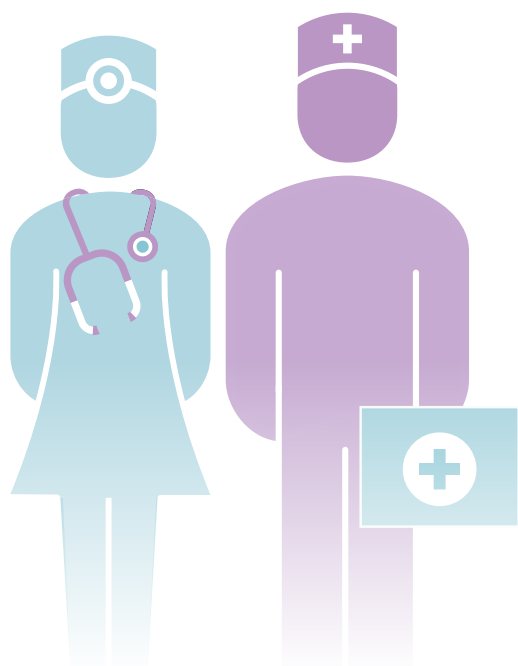
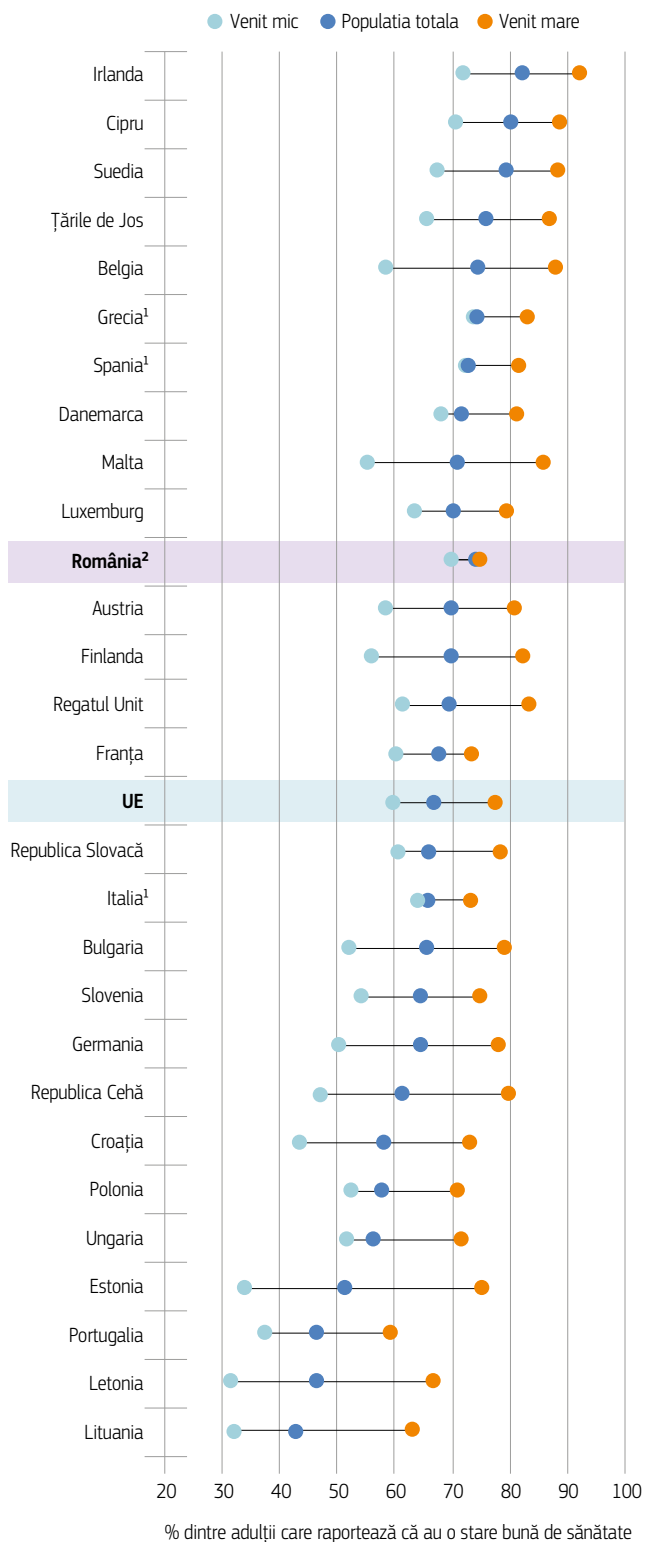


Figura 4. Starea de sănătate auto-declarată ca medie maschează diferențele dintre sexe și minorități



1. Procentele pentru populația totală și pentru populația cu venit mic sunt aceleași.
2. Procentele pentru populația totală și pentru populația cu venit mare sunt aceleași.

Sursa: Baza de date Eurostat, pe baza EU-SILC (datele se referă la anul 2015).

3 Factori de risc

Factorii de risc comportamentali reprezintă probleme majore în România

Peste 40 % din povara generală a bolii în România în anul 2015 (măsurată în DALY) ar putea fi atribuită factorilor de risc comportamentali, inclusiv fumatul și consumul de alcool, dar și riscurilor alimentare și activității fizice scăzute (IHME, 2016).

Fumatul și consumul episodic excesiv de alcool sunt larg răspândite în rândul bărbaților

Aproximativ unu din cinci adulți din România a raportat că a fumat zilnic în anul 2014. Această cifră este aproape egală cu media UE, dar spre deosebire de multe alte țări, au existat puține îmbunătățiri din anul 2000. Disparitățile de gen sunt pronunțate, de patru ori mai mulți bărbați (32,2 %) fumează, comparativ cu femeile (8,3 %). În mod îngrijorător, ratele fumatului par să crească în rândul fetelor tinere: 17 % dintre fetele de 15 ani au spus că au fumat regulat în 2013-2014, în creștere față de 12 % în 2005-2006.

Deși consumul total de alcool în România este la același nivel cu media UE (9,6 litri pe cap de locuitor, comparativ cu 10 litri în 2014), consumul episodic excesiv de alcool⁵ reprezintă o problemă de sănătate publică

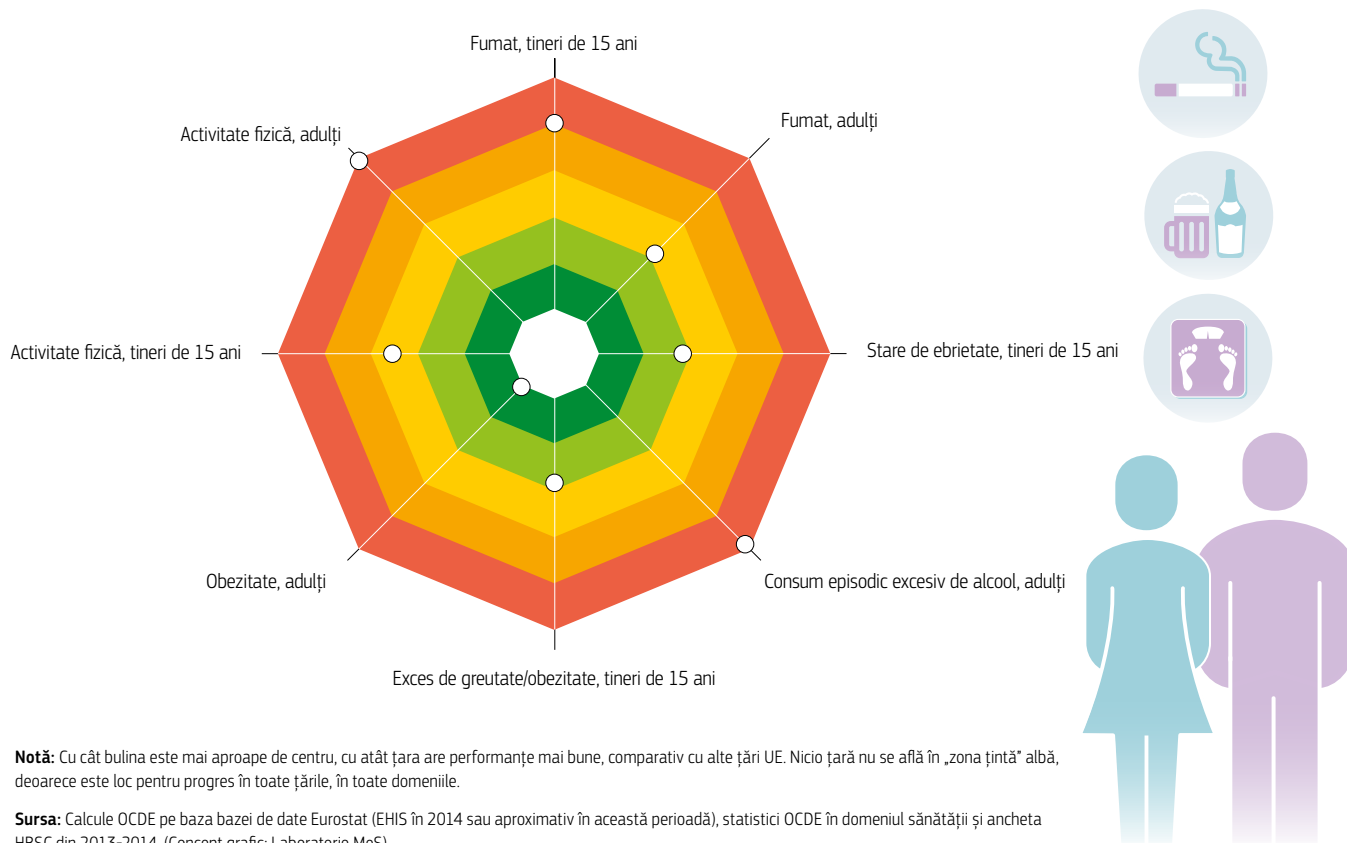
serioasă (a se vedea Secțiunea 5.1). Aproape 53 % dintre bărbați au raportat consum de alcool episodic excesiv în anul 2014 - cel mai mare nivel dintre țările UE - în timp ce băieții, de asemenea, consumă alcool mai frecvent decât în alte țări din UE: 30 % dintre băieții de 15 ani au raportat în 2013-14 că s-au îmbătat cel puțin de două ori în viața lor, comparativ cu numai 12 % dintre fetele de 15 ani.

Adulții din România au cea mai scăzută rată de obezitate din UE, dar problemele apar în rândul adolescenților

Pe baza datelor auto-declarate (care au tendința de a subestima prevalența reală a obezității), numai 9,1 % dintre adulții din România au fost obezi în 2014 - cea mai scăzută rată din UE (a se vedea Figura 5). În rândul adolescenților, ratele excesului de greutate și obezității sunt mai scăzute decât media UE, dar s-au dublat în ultimul deceniu, crescând de la 7 % în 2005-2006 la 16 % în 2013-2014. Acest lucru reprezintă o preocupare deosebită, dat fiind faptul că excesul de greutate sau obezitatea în timpul copilăriei este un predictor puternic al excesului de greutate sau obezității la vârsta adultă.

5. Consumul episodic excesiv de alcool este definit ca fiind consumarea a șase sau mai multe băuturi alcoolice cu o singură ocazie, cel puțin o dată pe lună în ultimul an.

Figura 5. Fumatul și consumul de alcool reprezintă factori de risc importanți pentru sănătate în România



4 Sistemul sanitar

Nivelul local este important, dar rămâne sub un puternic control centralizat

Sistemul de asigurări sociale de sănătate (SHI) din România a rămas foarte centralizat, în ciuda eforturilor recente de descentralizare a unor funcții de reglementare. La nivel național, Ministerul Sănătății asigură gestionarea generală, orientarea politică și supravegherea reglementară, în timp ce, la nivel local, autoritățile teritoriale din domeniul sănătății publice sunt responsabile pentru livrarea serviciilor. Similar, Casa Națională de Asigurări de Sănătate administrează și reglementează sistemul asigurărilor sociale de sănătate prin intermediul caselor teritoriale care contractează serviciile de asistență medicală.

Instabilitatea politică și economică au contribuit la nivelurile scăzute ale cheltuielilor pentru sănătate

La 814 euro pe cap de locuitor (valoarea ajustată în funcție de diferențele în ceea ce privește puterea de cumpărare), România cheltuiește sub o treime din media UE, cel mai scăzut nivel dintre toate statele membre (Figura 6). De asemenea, ponderea PIB-ului dedicat sănătății (4,9 %) este cea mai scăzută și semnificativ sub media UE de 9,9 %. Cheltuielile pentru sănătate ca pondere a PIB-ului au scăzut constant din anul 2010, reflectând situația politică instabilă (consultați Secțiunea 5.3) și ca urmare a reducerii cheltuielilor pentru a atinge țintele deficitului bugetar. Cu toate acestea, sursele publice reprezintă 78 % din finanțarea totală din domeniul sănătății (la același nivel cu media UE). „Plățile din buzunar”

reprezintă cea de-a doua sursă de venituri pentru asistență medicală, iar în anul 2015 au ajuns pentru prima dată la 21 % din cheltuieli (Figura 7). Deși nu sunt disponibile date detaliate, rezultatele studiilor indică faptul că plățile neoficiale, în special pentru asistență medicală spitalicească, sunt larg răspândite și substanțiale (Tambor et al., 2014).

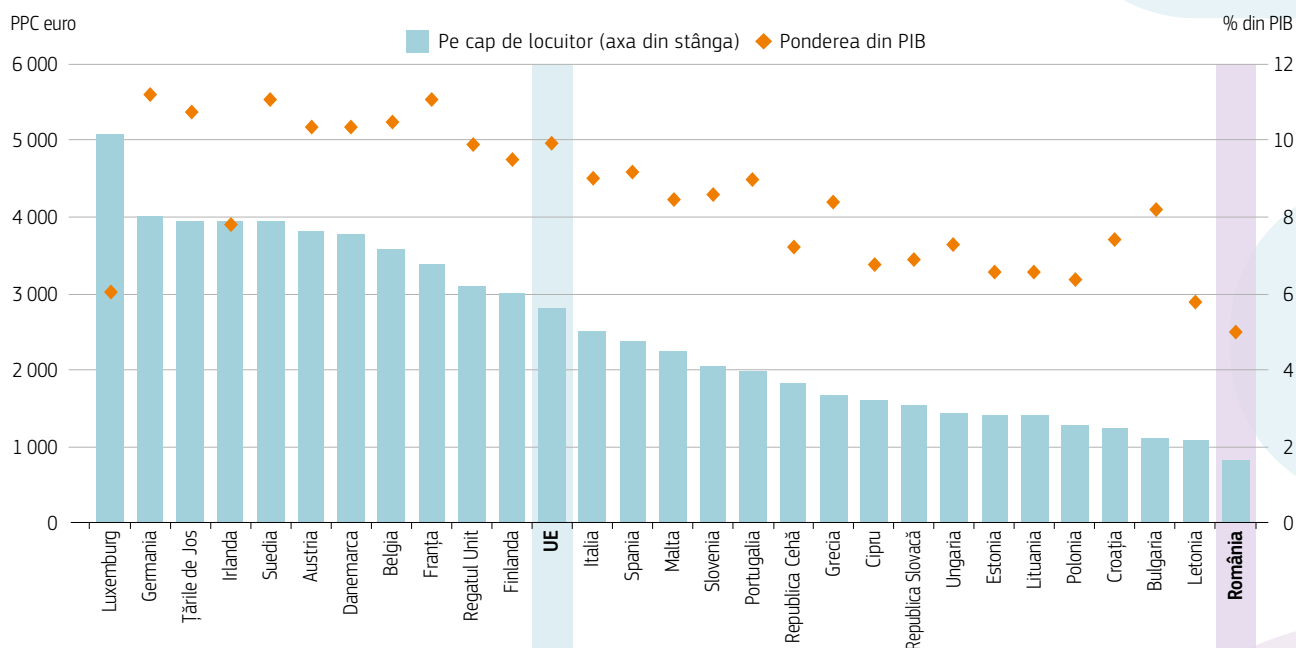
Acoperirea demografică nu este universală

Asigurarea socială de sănătate (SHI) este obligatorie, dar acoperă numai aproximativ 86 % din populație. Această cifră poate fi însă înșelătoare, deoarece un număr foarte mare de români (între trei și patru milioane) lucrează în străinătate, dar încă sunt considerați ca fiind în România. Persoanele asigurate au dreptul la un pachet cuprinzător de servicii, în timp ce persoanele neasigurate au dreptul la un pachet minim de servicii, care acoperă urgențele care pun viața în pericol, bolile infecțioase/predispușe la epidemie și asistența în timpul sarcinii (a se vedea Secțiunea 5.2).

Pentru plata furnizorilor este utilizat un mix de metode

Asistența medicală este achiziționată prin contracte între casele teritoriale și furnizori, urmând un contract-cadru standard. Medicii de familie au propriile cabinete și sunt plăți pe baza unui sistem mixt de plată per capita ajustată în funcție de vârsta pacienților și plată per serviciu. Specialiștii în domeniul asistenței ambulatorii care dețin propriul cabinet sunt plătiți per serviciu. Serviciile specializate furnizate

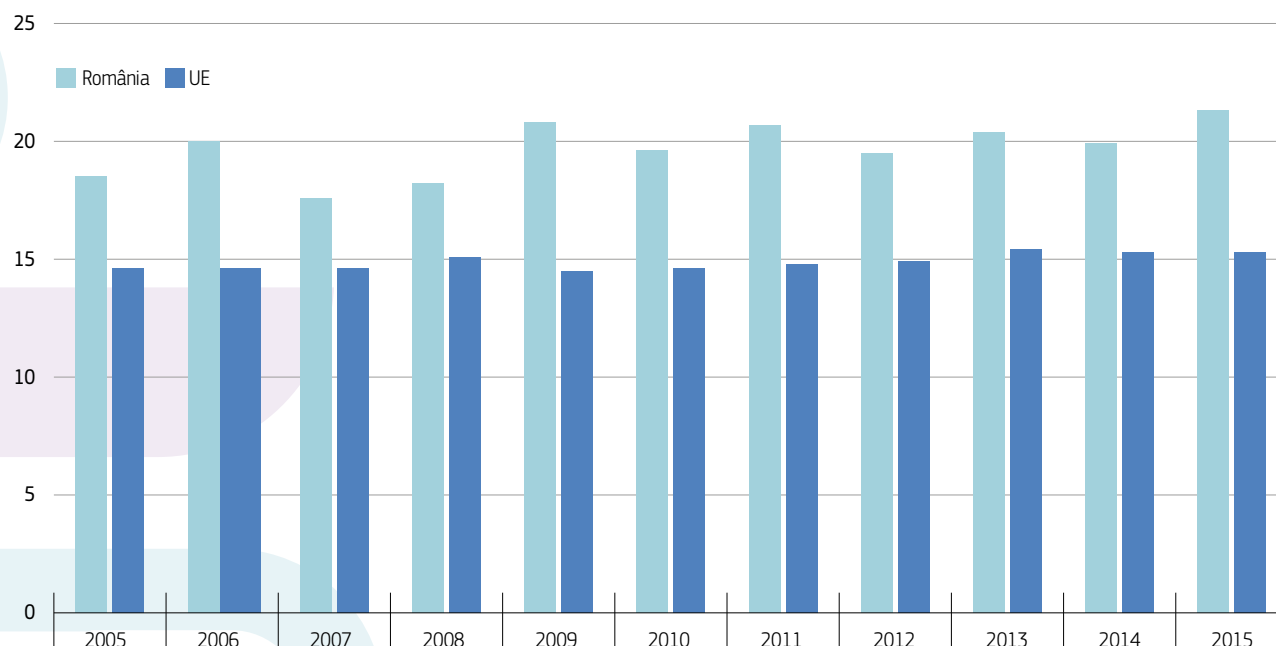
Figura 6. România are cele mai scăzute cheltuieli în domeniul sănătății din UE



Surse: Statistici OCDE în domeniul sănătății; Baza de date Eurostat; Baza de date OMS privind cheltuielile globale pentru sănătate (date referitoare la anul 2015).

Figura 7. „Cheltuielile din buzunar” în România rămân ridicate comparativ cu media UE

Cheltuieli din buzunar pentru sănătate, % din cheltuielile curente pentru sănătate



Surse: Statistici OCDE în domeniul sănătății; Baza de date Eurostat; Baza de date OMS privind cheltuielile globale pentru sănătate.

În unitățile ambulatorii spitalicești sunt acoperite de formula de finanțare pentru spitale, care este o plată prospectivă bazată pe mai multe metode de plată, inclusiv sistemul DRG din România. Toți medicii din spitale, inclusiv specialiștii care oferă asistență ambulatorie în spitale, precum și asistenții medicali atât cei din instituțiile publice, cât și cei din instituțiile private sunt personal salariat.

Există o lipsă de personal medical, în special în regiunile defavorizate

Numărul de medici și asistenți medicali este relativ scăzut comparativ cu mediile UE: 2,8 medici per 1 000 de locuitori, comparativ cu 3,5 în UE, și 6,4 asistenți medicali per 1 000 de locuitori vs. 8,4 în UE (Figura 8). Acest lucru se întâmplă în ciuda numărului constant în creștere de absolvenți de studii de asistent medical și a eforturilor de creștere a numărului de absolvenți de medicină după declinul înregistrat din 2010 până în 2013. Doi factori care contribuie la aceste numere mici sunt ratele mari ale lucrătorilor în domeniul sănătății care au emigrat în ultimul deceniu (și, în special, după aderarea la UE în 2007) și scăderea salariilor în sectorul public ca răspuns la criza economică, care a dus la părăsirea sectorului de către personalul medical.

Infrastructura este subdezvoltată

În conformitate cu angajamentul guvernului de a consolida rolul asistenței medicale primare, numărul total de paturi din spitale a scăzut, reducând semnificativ numărul paturilor pentru cazuri acute în ultimele decenii. Cu toate acestea, numărul paturilor a fluctuat din 2005, iar în 2015 a fost cu mult peste media UE, ajungând la aproximativ 500 de paturi pentru cazuri acute per 100 000 de locuitori, comparativ cu 396 în UE.

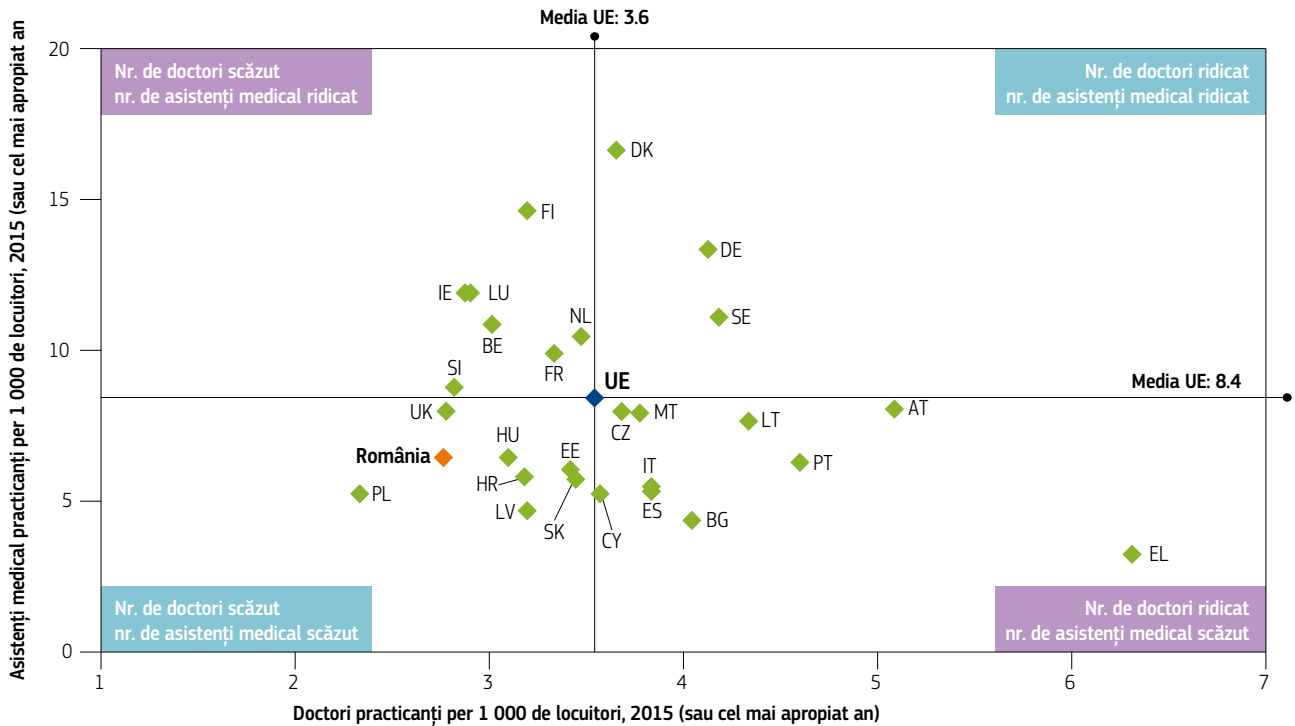
Spitalele sunt distribuite uniform în întreaga țară, deși există unele întrebări privind accesibilitatea în zonele rurale (Secțiunea 5.2). Nu există informații oficiale disponibile privind starea clădirilor spitalelor publice, dar există preocupări guvernamentale. Există planuri de construcție a trei spitale, care să înlocuiască clădirile vechi, neadecvate, ale spitalelor din trei regiuni cu cele mai mari nevoi, prin intermediul mecanismelor de finanțare ale UE.

Furnizarea asistenței medicale primare și comunitare este deosebit de fragmentată

Asistența medicală primară este asigurată de medicii de familie, care au de obicei cabinete individuale. Cu toate acestea, în ciuda unui rol oficial de control al accesului, aceștia nu joacă un rol esențial în coordonarea serviciilor de asistență. Accesul direct la un specialist este posibil în cazul anumitor afecțiuni și există dovezi de utilizare excesivă a serviciilor de ambulanță, ocolindu-se asistența medicală primară. Fragmentarea este mărită de faptul că asistența ambulatorie specializată (pentru pacienții care nu necesită internare) este asigurată printr-o rețea de ambulatorii de spital, policlinici, centre medicale specializate, centre de diagnostic și tratament și cabinete individuale ale medicilor specialiști.

Serviciile de îngrijire medicală cu internare sunt asigurate printr-o rețea mare de spitale, dar în ciuda direcției centrale puternice, spitalele variază în ceea ce privește dimensiunea, competențele și zonele pe care le deservește. Serviciile de sănătate publică sunt furnizate prin autoritățile județene de sănătate publică și alte instituții specializate care furnizează anumite servicii de sănătate publică în cadrul sistemului de asistență medicală primară, dar, din nou, fără o puternică funcție de coordonare sau prevenire.

Figura 8. Numărul de medici și asistenți medicali din România este considerabil sub media UE

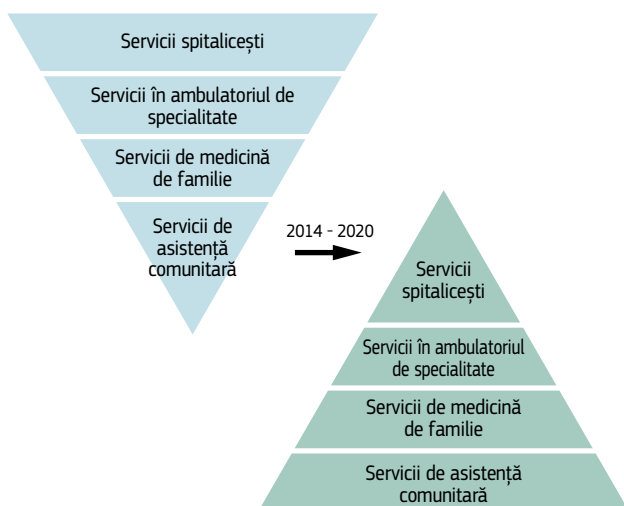


Notă: În Portugalia și Grecia, datele se referă la toți doctorii autorizați să practice medicina, ceea ce duce la o supraestimare mare a numărului de doctori practicanți (de exemplu, în jur de 30 % în Portugalia). În Austria și Grecia, numărul de asistenți medicali este subevaluat, deoarece include doar persoanele care lucrează în spital.

Sursa: Baza de date Eurostat.

Sistemul sanitar este caracterizat de o lipsă de integrare între diferite sectoare (primar, spital și sănătate publică) și de subdezvoltarea continuității asistenței (Figura 9). Guvernul a răspuns recent cu o ordonanță de urgență privind asistența medicală comunitară (Ordonanța de urgență nr. 18/2017), care promovează câteva obiective din Strategia națională de sănătate (caseta 1) și caută să stimuleze o coordonare mai bună a asistenței prin crearea de noi „centre comunitare integrate”.

Figura 9. Strategia națională de sănătate 2014-2020 oferă o viziune asupra furnizării serviciilor de asistență medicală



Sursa: Ministerul Sănătății (2014).

CASETA 1. STRATEGIA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE 2014-2020

Instrumentul principal de planificare pe termen mediu în sectorul sănătății este Strategia națională de sănătate (Ministerul Sănătății, 2014) care se concentrează pe: sănătate publică, servicii de sănătate și măsuri la nivel de sistem, stabilind obiective principale pentru fiecare dintre acestea.

Obiectivele *sănătății publice* sunt îmbunătățirea sănătății și nutriției mamei și copiilor; reducerea mortalității și morbidității cauzate de boli transmisibile; și încetinirea ritmului de creștere a bolilor netransmisibile. Aria *serviciilor de sănătate* urmărește să asigure accesul egal la servicii de înaltă calitate și eficiente din punctul de vedere al costurilor, în timp ce *măsurile la nivel de sistem* abordează capacitatea de planificare și caută să consolideze la nivel organizațional (național, regional, local) și pentru domeniile operaționale, cum ar fi controlul cancerului, serviciile spitalicești și resursele umane. Există, de asemenea, angajamente pentru a crește eficiența prin sistemul electronic de sănătate și a reduce inegalitățile în ceea ce privește accesul, prin dezvoltarea infrastructurilor sanitare.

Implementarea strategiei este una dintre condițiile pentru accesarea unei noi finanțări de la UE. În prezent se fac eforturi pentru a face strategia operațională, inclusiv prin dezvoltarea unor planuri specifice pentru prioritățile de prevenire, cancer, diabet, boli cardiovasculare și boli rare. Un plan de monitorizare va facilita implementarea (Ministerul Sănătății, 2016).

5 Performanța sistemului sanitar

5.1 EFICIENȚĂ

Mortalitatea evitabilă prin asistență medicală pentru femei este cea mai mare din UE

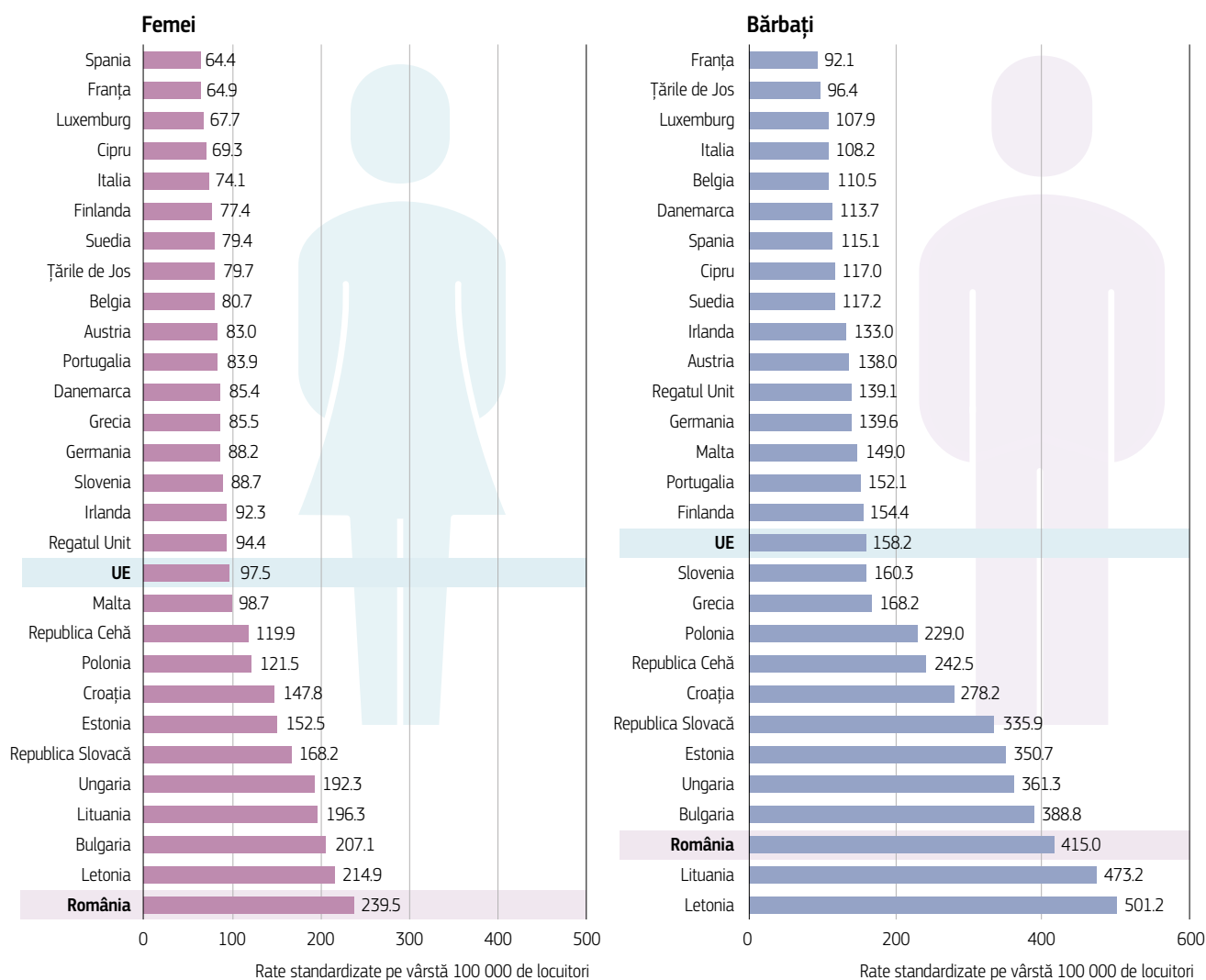
Mortalitatea evitabilă prin asistență medicală⁶ scoate la iveală eficiența unui sistem sanitar. În România, mortalitatea care ar fi putut fi evitată prin intervenții corespunzătoare de asistență medicală este cea mai ridicată din UE pentru femei și a treia cea mai ridicată pentru bărbați, după Letonia și Lituania (Figura 10). Aproximativ 53 867 de decese au fost considerate ca fiind evitabile în 2014. Bolile cardiace ischemice au reprezentat 31,4 % din aceste decese evitabile prin asistență medicală. Alte cauze importante ale deceselor evitabile prin asistență medicală au fost boli cerebrovasculare (23 % din total) și bolile hipertensive (12,9 % din total).

Programele de screening nu au funcționat adecvat

Chiar dacă au scăzut în ultimii ani, în special în rândul persoanelor sub 65 de ani, România a avut întotdeauna printre cele mai mari niveluri de mortalitate cauzată de cancer de col uterin din întreaga UE. Acest lucru a fost atribuit unei lipse de depistare sistematică a bolilor și gradului slab de acoperire. Spre exemplu, în 2014, 27 % dintre femeile cu vârsta între 20-69 de ani au raportat că au făcut testul de depistare a cancerului de col uterin în ultimii trei ani (EHIS). Calitatea slabă a practicilor de depistare a bolilor joacă, de asemenea, un rol (IARC, 2017).

6. Mortalitatea evitabilă prin asistență medicală este definită ca numărul de decese premature care ar fi putut fi evitate prin asistență medicală efecace și furnizată la timp.

Figura 10. Mortalitatea evitabilă prin asistență medicală este cea mai ridicată pentru femei și a treia cea mai ridicată pentru bărbați în UE



Sursa: Baza de date Eurostat (datele se referă la anul 2014).

Mortalitatea cauzată de cancerul de sân a fost istoric mai scăzută în România decât în alte țări UE și, în timp ce mortalitatea a scăzut în rândul femeilor mai tinere de la sfârșitul anilor 1990, aceasta continuă să crească în rândul femeilor cu vârsta de 65 de ani și peste. Acest lucru poate fi explicat parțial prin screeningul nesistematic prin mamografie, care nu ajunge la populația țintă (numai 6,6 % dintre femeile cu vârsta între 50-69 de ani din România au raportat că au făcut un test pentru depistarea cancerului de sân în ultimii doi ani în 2014, comparativ cu aproximativ 65 % în UE). Ca răspuns, implementarea recentului Plan Național Multianual Integrat de Control al Cancerului pentru perioada 2016-2020 include strategii inovatoare privind diagnosticarea, tratamentul și asistența pentru cele mai comune tipuri de cancer.

Ratele de vaccinare au scăzut

Gradul de acoperire vaccinală pentru copii a scăzut, ratele de vaccinare împotriva difteriei-tetanosului-tusei convulsive și poliomielitei, precum și gradul de acoperire vaccinală împotriva rujelei în rândul persoanelor cu vârsta de un an scăzând cu 10 puncte procentuale din anul 2000. Acest lucru este deosebit de important pentru România, care are o rată ridicată de infecții cu rujeolă, aflându-se în fruntea listei țărilor prioritare a ECDC pentru rujeolă. Acest lucru pune sub semnul întrebării eficiența serviciilor de prevenire, dar cauzele probabile din spatele acestei tendințe includ faptul că nu au existat cazuri raportate ale anumitor boli care pot fi prevenite prin vaccinare (de exemplu, difterie, poliomielită) în ultimii ani, crescând astfel lipsa de vigilență față de necesitatea vaccinării și influența mișcării anti-vaccin. Întârzierile în procurarea vaccinurilor și creșterea numărului de migranți transfrontalieri sezonieri sunt, de asemenea, factori care contribuie, deoarece este posibil ca copiii acestor migranți să nu urmeze același program de vaccinare ca și copiii stabiliți.

În cazul adulților, a existat o scădere dramatică a vaccinării împotriva gripei în rândul persoanelor în vârstă. Rata de vaccinare de numai 10 % în 2015 contrastează semnificativ cu rata de 54 % înregistrată în 2007.

Mortalitatea care poate fi prevenită prin intervenții de sănătate publică este de asemenea ridicată, în special pentru cauzele de deces legate de consumul de alcool

România are rate ridicate ale fumatului în rândul bărbaților, iar decesele cauzate de cancer la plămâni, în special în rândul femeilor și al bărbaților de peste 65 de ani, au crescut constant și reprezintă 4 % din totalul deceselor (2014). Rata standardizată de deces din România pentru mortalitatea provocată de abuzul de alcool (42 per 100 000) este cea mai ridicată în rândul țărilor UE.

Au fost implementate o serie de măsuri pentru a reduce prevalența fumatului în rândul populației, inclusiv legi care limitează consumul de tutun (din anul 2002) și interzic fumatul în toate spațiile publice interioare

(din anul 2016). Legea din 2016 interzice, de asemenea, vânzarea produselor de tutun, precum și fumatul în toate instituțiile din domeniul sănătății și educației. Pe de altă parte, nu există niciun plan național de combatere a consumului de alcool. În schimb, sunt desfășurate campanii de educare și informare de către ONG-uri, cum ar fi Alianța pentru Lupta Împotriva Alcoolismului și Toxicomaniilor.

În ciuda eforturilor recente care au avut ca scop modificarea dietei prin campanii de alimentație sănătoasă, dieta medie în România este considerată a fi relativ nesănătoasă. Este caracterizată de consum ridicat de grăsimi animale și alimente cu un conținut ridicat de calorii, cu un conținut ridicat de zahăr și sare. Desigur, dieta neadecvată este considerată ca fiind unul dintre factorii principali care determină rate ridicate de boli cardiovasculare și a fost legată, de asemenea, de creșterea recentă a obezității la adolescenți (a se vedea Secțiunea 3).

Guvernul se ocupă de combaterea unor puncte slabe ale prevenției, dar există încă un acces inegal

Este recunoscut faptul că performanța serviciilor preventive este „sub-optimală” (Ministerul Sănătății, 2014). Ca răspuns, Strategia națională de sănătate 2014-2020 include eforturi de îmbunătățire a educației pentru sănătate, a stilurilor de viață sănătoase și a cooperării inter-sectoriale, în special în beneficiul grupurilor vulnerabile, adică romii, vârstnicii și grupurile cu venituri mici. În plus, sunt vizate domenii cum ar fi sănătatea mamei și a copilului, sănătatea reproductivă și bolile transmisibile (a se vedea caseta 1). Strategia abordează indirect și principalii factori determinanți ai sănătății, inclusiv dezvoltarea economică, infrastructura de transport, mediul, incluziunea socială și standardele de viață. Strategia națională de dezvoltare durabilă 2013-2020-2030 include o gamă mai largă de activități care încearcă să reducă pericolele pentru mediu și să îmbunătățească sănătatea și bunăstarea.

Cu toate acestea, accesul la serviciile de promovarea sănătății și educație pentru sănătate, precum și prevenirea bolilor, continuă să fie inegal, existând anumite grupuri vulnerabile, cum ar fi populațiile rome și persoanele fără adăpost care au acces mai slab (a se vedea Secțiunea 5.2).

Există puține date privind impactul măsurilor de prevenire sau a calității asistenței

Deși componenta preventivă a programelor de sănătate este consolidată, iar inițiativele naționale sunt în vigoare în vederea examinării factorilor de risc privind bolile cardiovasculare, depistării cancerului și a altor afecțiuni, nu există date publice disponibile privind impactul acestor activități asupra ratelor de morbiditate și mortalitate.

CASETA 2: REZISTENȚA LA ANTIMICROBIENE REPREZINTĂ UN RISC CONSIDERABIL

Rezistența la antimicrobiene (RAM) reprezintă o amenințare majoră asupra sănătății publice. România are unele dintre cele mai ridicate niveluri de rezistență la antimicrobiene din UE. Datele de supraveghere arată că în anul 2015, 24,7 % din bacteriemiile cu *Klebsiella pneumoniae* au fost rezistente la carbapeneme, o clasă importantă de antibiotice de ultimă linie pentru tratarea infecțiilor bacteriene. Acest procent este mult mai ridicat decât mediana UE/SEE (0,5 %) și al treilea cel mai ridicat din UE/SEE (ECDC, 2017). Guvernul român ia acum măsuri pentru dezvoltarea unui plan de acțiune național asupra RAM.

Datele privind calitatea serviciilor de asistență medicală din România sunt, de asemenea, în continuare, puține. Datele utilizate în comparațiile internaționale ale calității asistenței medicale, cum ar fi rata fatalității în spital pentru infarctul miocardic acut sau accidentul vascular cerebral ischemic, nu sunt disponibile pentru România. Mai mult, datele colectate, cum ar fi ratele infecțiilor nozocomiale din spitale, nu sunt de încredere. Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate, înființată în 2015, dezvoltă o strategie de asigurare a calității și va extinde procesul de acreditare de la spitale la toți furnizorii de asistență medicală.

5.2 ACCESIBILITATE

Numărul persoanelor care lucrează în străinătate face dificilă evaluarea gradului de acoperire

Așa cum a fost menționat în Secțiunea 4, asigurările sociale de sănătate acoperă numai aproximativ 86 % din populația României. Cu toate acestea, deoarece atât de mulți români lucrează în străinătate, dar încă sunt considerați ca fiind în România (3–4 milioane), pot fi trase puține concluzii definitive cu privire la gradul de acoperire. Totuși, datele arată că proporția populației acoperite este mai mare în zonele urbane (94,9 %), comparativ cu zonele rurale (75,8 %).

Pe lângă populația romă care nu deține cărți de identitate, există grupuri suplimentare de populație care nu contribuie la fondul de sănătate și, prin urmare, rămân neacoperite (de exemplu, persoanele care lucrează în agricultură; persoanele angajate „neoficial” în sectorul privat; liber profesioniștii; și șomerii care nu sunt înregistrați pentru prestații). Există inițiative pentru a îmbunătăți accesul comunităților de romi; spre exemplu, se așteaptă ca programul privind mediatorii sanitari de etnie romă și un nou proiect pentru a crea centre comunitare de asistență medicală să ofere un grad mai bun de acoperire pentru toate populațiile vulnerabile cu acces restrâns la asistență medicală.

Persoanele asigurate au un pachet cuprinzător, însă persoanele neasigurate au numai o acoperire minimă

Conform legii, fiecare persoană asigurată are acces la același pachet cuprinzător de servicii de bază, indiferent de venitul sau de statutul socioeconomic al acesteia. Pe de altă parte, persoanele neasigurate au acces numai la pachetul minim de servicii, care include asistență de urgență, tratamentul bolilor transmisibile și asistență pe timpul sarcinii.

Nu există criterii clare pentru ce este inclus, dar anumite servicii sunt excluse, cum ar fi cele acoperite de fondul de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, tehnologii și tratamente foarte costisitoare considerate neesențiale, cum ar fi chirurgia estetică sau fertilizarea in vitro. Există o listă de produse farmaceutice compensate și gratuite, publicată de Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale cu ajutorul departamentului HTA nou creat (a se vedea Secțiunea 5.3).

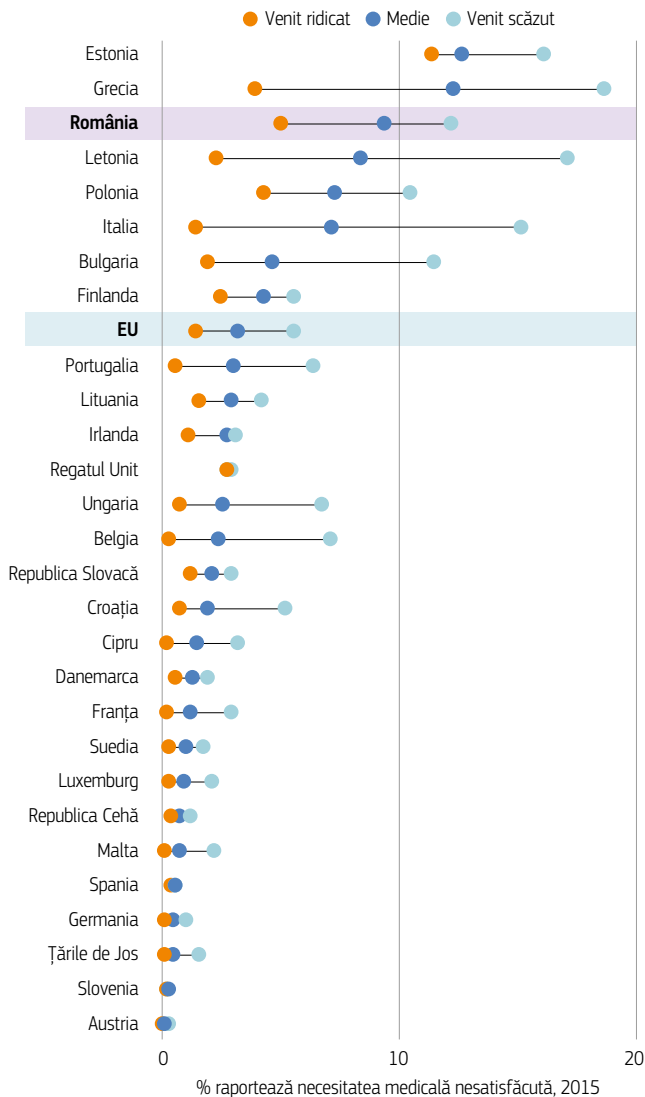
Nevoile medicale nesatisfăcute sunt în descreștere în timp

Există inegalitate în ceea ce privește accesul la asistență medicală, cu diferențe între diferite grupuri socioeconomice (șomerii și liber profesioniștii, pensionarii, lucrătorii din agricultură și populația romă) și între zonele urbane și rurale. În anul 2015, 9,4 % dintre români au raportat nevoi nesatisfăcute de asistență medicală din cauza costurilor, a barierelor geografice sau a listelor de așteptare, comparativ cu o medie de 3,2 % în UE. Această cifră este puțin mai scăzută decât în anul 2007, când 12,3 % dintre respondenți au raportat nevoi nesatisfăcute pentru unul dintre aceste motive (Figura 11).

Partajarea costurilor se practică pentru diferite servicii

Partajarea costurilor reprezintă potențiale bariere pentru accesul la asistență. Ratele de co-plată, care variază de la 10 % la 80 %, se aplică produselor farmaceutice, dar și serviciilor de reabilitare. Mai mult, furnizorii privați contractați pot taxa suplimentar pentru serviciile pe care le oferă. În 2013, guvernul a introdus co-plățile pentru asistență spitalicească, taxând pacienții cu până la 2,50 euro în momentul externării, dar cu o serie de scutiri (de exemplu, copiii și persoanele tinere de până la 26 de ani în curs de instruire; pacienții acoperiți prin programe naționale specifice; femeile însărcinate fără venit; și pensionarii cu venituri sub pragul de impozitare). În plus, din 2017, pensionarii cu venituri mici sunt scutiți de impozitul pe venit și de contribuțiile pentru asigurarea de sănătate.

Figura 11. Nevoile nesatisfăcute de asistență medicală în România variază substanțial în funcție de grupul de venituri



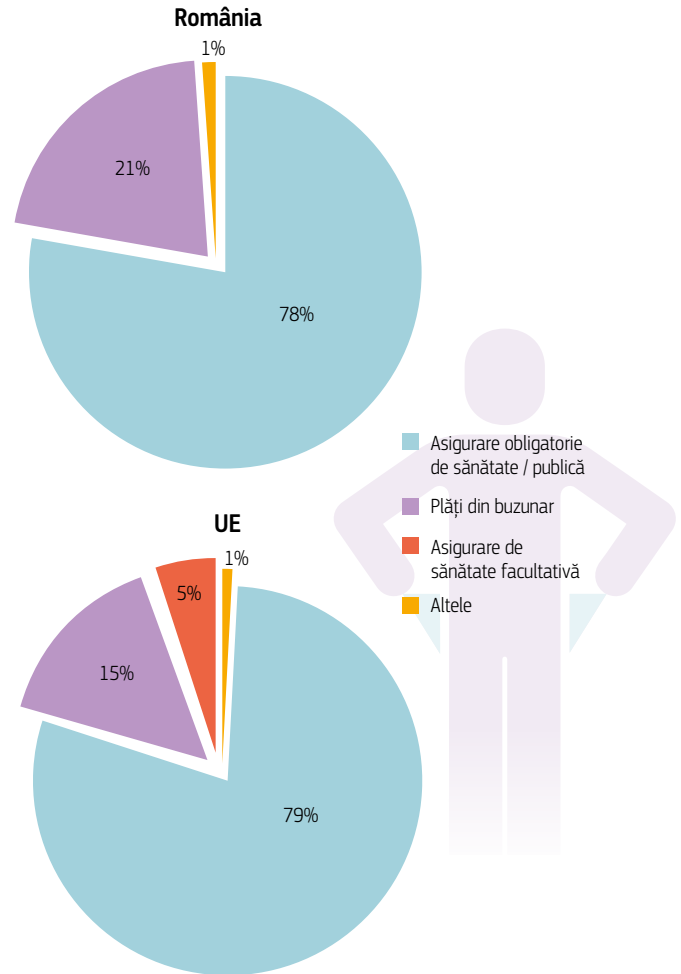
Notă: Datele se referă la nevoi nesatisfăcute de o examinare medicală sau tratament din cauza costului, a distanței de călătorit sau a perioadelor de așteptare. Este necesară prudență în compararea datelor între țări, deoarece există unele variații în instrumentul de anchetare utilizat.

Sursa: Baza de date Eurostat, pe baza EU-SILC (datele se referă la anul 2015).

Accesibilitatea din punctul de vedere al costurilor este motivul principal pentru nevoile de asistență medicală percepute ca nesatisfăcute.

Cheltuielile medicale „din buzunar” din România reprezintă 21,3 % din cheltuielile totale pentru sănătate (a se vedea Secțiunea 4 și Figura 12), în creștere de la 18,5 % în 2005. Cea mai mare pondere a cheltuielilor medicale „din buzunar” este dedicată produselor farmaceutice (70,8 % vs. 44,2 % în UE). Plățile „din buzunar” în România includ co-plăți și plăți

Figura 12. Plățile „din buzunar” au un rol mai mare în România decât în medie în UE

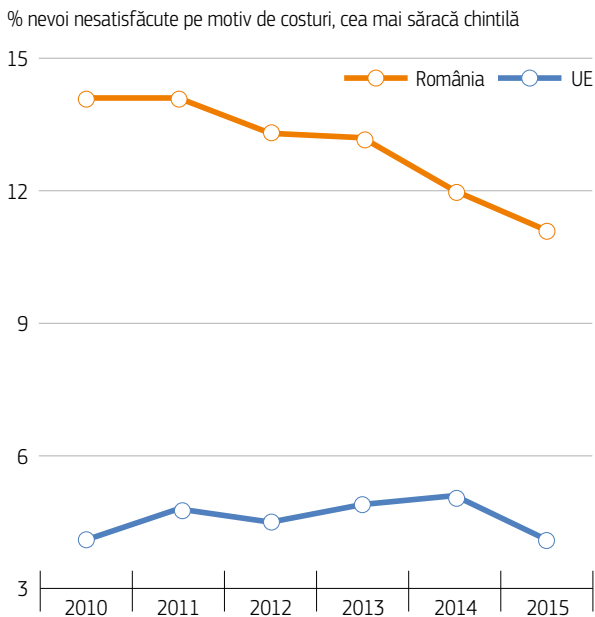


Surse: Statistici OCDE în domeniul sănătății; Baza de date Eurostat (datele se referă la anul 2015).

directe pentru serviciile care nu sunt acoperite prin asigurările sociale de sănătate, dar și plăți neoficiale (a se vedea Secțiunea 4). Cu toate acestea, numai 1,7 % din consumul final al gospodăriilor este cheltuit pe plăți „din buzunar” pentru asistență medicală, sub media UE (2,3 %). Amplitudinea plăților „din buzunar” este dificil de evaluat cu exactitate (din cauza plăților neoficiale și a sub-reportării veniturilor de către furnizorii privați), dar se așteaptă să scadă după introducerea (în 2014) a altor sancțiuni pentru persoanele care acceptă bani „pe sub masă”.

Ca în majoritatea țărilor UE, nevoile nesatisfăcute de asistență sunt raportate mai des de persoanele sărace: 11,1 % dintre persoanele din gospodăria cu venituri mici au raportat că nu au efectuat o examinare medicală când a fost nevoie, din motive financiare, mai mult de dublul mediei din UE (4,1 %). Cu toate acestea, acest procent a scăzut din anul 2007, când a fost 19,3 % (Figura 13).

Figura 13. Nevoile nesatisfăcute de asistență medicală din cauza costurilor sunt în scădere în timp pentru populația cea mai săracă



Sursa: Statistici OCDE în domeniul sănătății.

Accesul la resursele de asistență medicală este inegal

Nivelurile de nevoi nesatisfăcute din cauza barierelor geografice sunt unele dintre cele mai ridicate din UE pentru grupurile cu cele mai mici venituri (0,8 % comparativ cu o medie de 0,2 % în UE). Diferențele de acces sunt în mare parte legate de diferența dintre zonele rurale și urbane și sunt explicate prin distribuția inegală a lucrătorilor și instituțiilor din domeniul sănătății în întreaga țară, pentru toate tipurile de asistență. Deși spitalele publice sunt răspândite în mod egal pe întreg teritoriul țării, 90 % se află în zonele urbane, iar spitalele private sunt aproape exclusiv în orașele mai mari și în zonele mai bogate. Delta Dunării și regiunile muntoase îndepărtate se confruntă cu provocări deosebite. Barierele geografice în calea accesului sunt exacerbate de costurile călătoriei, timpul implicat și infrastructura de transport defectuoasă, iar lipsa transportului este frecvent menționată ca determinând nevoi nesatisfăcute.

Măsurile de combatere a deficitului de personal medical în zonele rurale sunt nedezvoltate, însă au fost luate măsuri în ultimii ani pentru a stimula furnizarea mai multor servicii de asistență medicală primară în mediul rural, cum ar fi revizuirea pachetului de servicii și a proporției cheltuielilor pentru asistență primară și a serviciilor ambulatorii (2014-2015). Printre eforturile timpurii se numără majorarea de la 30 % la 50 % (2011) a ponderii reprezentate de plățile per serviciu din salariul furnizorilor de asistență medicală primară și rambursarea serviciilor de telemedicină în zonele izolate (2013).

Accesul la medicamente reprezintă o provocare majoră

Lista medicamentelor rambursate nu a fost actualizată între 2008 și 2015, ceea ce a însemnat că pacienții nu au avut acces la tratamente noi în acea perioadă. Eforturile actuale pentru a oferi acces mai bun la medicamente sunt complicate de preocuparea că prețurile mici ale unor medicamente, comparativ cu alte țări UE, pot duce la exporturi paralele, subminând accesul în România. Ca răspuns, Ministerul Sănătății a obținut aprobarea UE de a opri exporturile paralele de vaccinuri pe o perioadă limitată (2017). Există, de asemenea, unele dovezi neconfirmate conform cărora costurile reprezintă un obstacol major în calea accesului la anumite tratamente noi.

5.3 REZILIENȚĂ⁷

Sistemul sanitar rămâne subfinanțat

Politica macroeconomică din 2008-2009 (după criza economică) a combinat un pachet ambițios de macrostabilizare și măsuri structurale și a fost sprijinită de FMI, Comisia Europeană și Banca Mondială (2011). Se așteaptă ca reformele să reducă cheltuielile pentru produse farmaceutice, dar și să îmbunătățească finanțarea generală a sistemului sanitar. Alte obiective orientate spre eficiență sunt implementarea soluțiilor de sănătate în format electronic, trecerea resurselor de la asistență spitalicească la asistență medicală primară și prevenire, precum și centralizarea procedurilor de achiziție. Cu toate acestea, există o lipsă a capacității administrative, iar acolo unde sunt disponibile fonduri europene, absorbția resurselor a fost lentă.

Totuși, noul guvern al României (din decembrie 2016) a majorat bugetul pentru sănătate pentru a aborda sub-finanțarea și a atinge obiectivele principale, cum ar fi consolidarea capacității forței de muncă în domeniul sănătății (a se vedea mai jos) și îmbunătățirea accesului la medicamente (a se vedea Secțiunea 5.2).

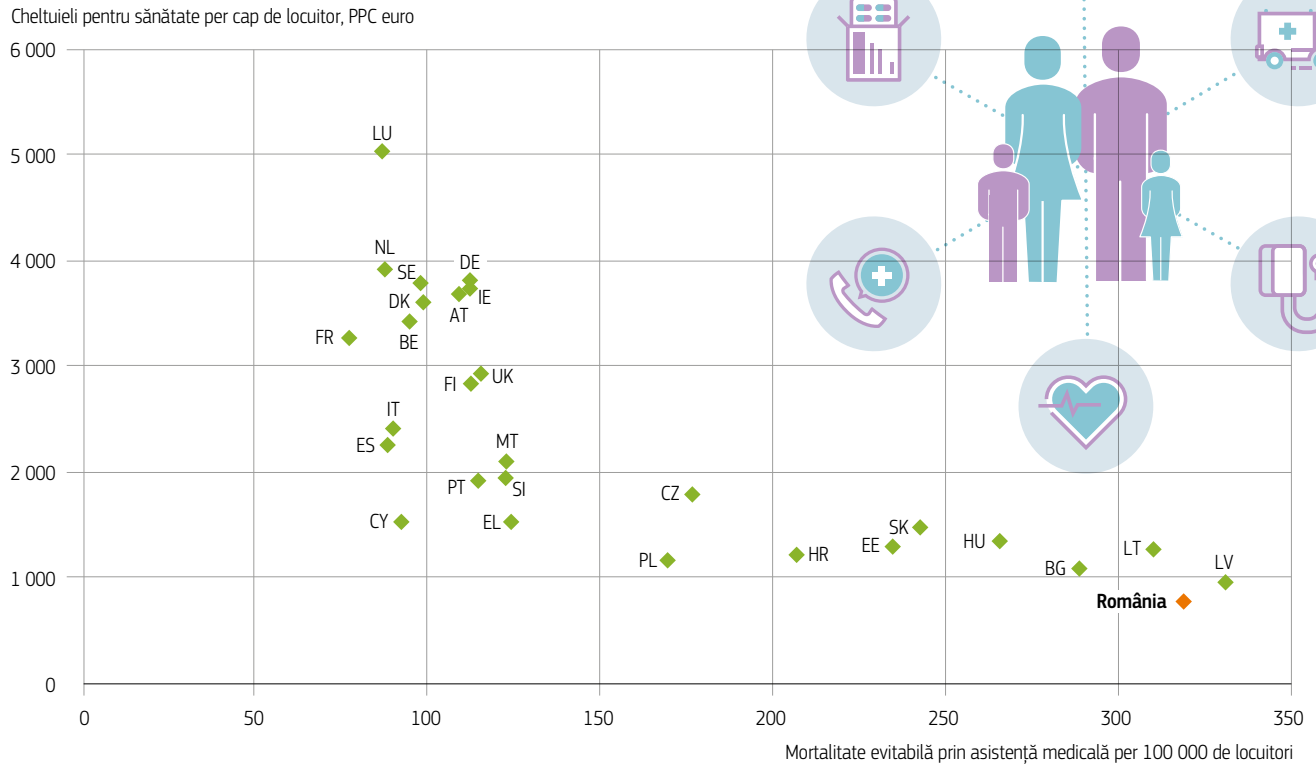
Este vizată capacitatea forței de muncă din domeniul sănătății

Un obiectiv guvernamental principal este îmbunătățirea ratelor de retenție a forței de muncă din domeniul sănătății, care reflectă faptul că România a avut un număr relativ scăzut de medici și asistenți medicali, comparativ cu alte țări UE (a se vedea Secțiunea 4) și un număr tot mai mare de medici specialiști care migrează (de la aderarea la UE în 2007). Noile inițiative răspund, de asemenea, grevelor repetate ale profesioniștilor din domeniul sănătății din 2015.

A fost luat angajamentul de a se combate cele mai frecvente cauze de nemulțumire, cum ar fi salariile mici (în raport cu profesiile din afara domeniului sănătății și venitul mediu național), dar și statutul sau recunoașterea socială scăzută. Va fi acordată atenție și altor

7. Reziliența se referă la capacitatea sistemelor sanitare de a se adapta eficient la mediile în schimbare, șocuri bruște sau crize.

Figura 13. Cheltuielile foarte scăzute sunt asociate cu rezultatele slabe în domeniul sănătății în România



Surse: Statistici OCDE în domeniul sănătății; Baza de date Eurostat; Baza de date OMS privind cheltuielile globale pentru sănătate (date referitoare la anul 2014).

factori cheie, cum ar fi oportunitățile limitate de dezvoltare a unei cariere și condițiile de lucru precare (în special lipsa echipamentelor și a materialelor). Guvernul a promis o creștere treptată a salariilor și condiții de lucru îmbunătățite și a întreprins acțiuni legale pentru a crește salariile profesioniștilor din domeniul sănătății angajați de stat (Casetă 3). În ciuda acestor măsuri, veniturile medii ale forței de lucru din domeniul sănătății în România rămân foarte scăzute, comparativ cu alte state membre ale UE.

CASETA 3. MĂSURI PENTRU A ADUCE ÎNAPOI ÎN ȚARĂ MEDICII ROMÂNI DIN STRĂINĂTATE

Agenda politică a actualului guvern include măsuri de asigurare a unei forțe de muncă corespunzătoare în sănătate. Noul Centru național de resurse umane va avea sarcina de a evalua nevoile de resurse umane, de a coordona formarea și a îndruma dezvoltarea carierei. Ministerul Sănătății a anunțat public înființarea acestui Centru și și-a luat angajamentul ca prin acesta să ajute toți medicii români care lucrează în străinătate și doresc să se întoarcă în România, în condițiile schimbării condițiilor de lucru, inclusiv a nivelului de salarizare, încă înainte de apariția legislației care stabilește înființarea și responsabilitățile Centrului.

Există posibilitatea de a utiliza mai bine informațiile și pârghiile politice pentru a încuraja îmbunătățirea acestui aspect

România cheltuiește foarte puțin pe asistența medicală și are printre cele mai mari rate de mortalitate evitabilă prin asistență medicală din Europa (Figura 14). Există în mod clar posibilitatea de a se aduce îmbunătățiri, dar finanțarea scăzută persistentă a subminat sistemul, iar utilizarea în exces a asistenței spitalicești a creat ineficiențe și a avut efectul pervers de a limita accesul la asistență de calitate (Comisia Europeană, 2017). Există politici în vigoare pentru a aborda aceste provocări, dar este nevoie de măsuri mai specifice, susținute de fluxuri mai bune de informații.

O abordare strategică în ceea ce privește prescrierea ar putea contribui la eforturile privind medicamentele generice

Reglementarea pieței farmaceutice a fost până acum mai mult reactivă și ad hoc, decât o politică globală. În ciuda măsurilor de încurajare a prescrierii de medicamente generice, acestea sunt sub-utilizate, lucru care a fost atribuit taxei de recuperare (claw-back) care impune rambursarea unui procent din profituri de către producători și distribuitori,

procedurilor de stabilire a prețurilor și unei lipse de stimulente în acest sens. Mai mult, nu există strategii sau îndrumări specifice pentru a îmbunătăți prescrierea. O politică definită în domeniul produselor farmaceutice, cu obiective convenite clare, ar fi un avantaj.

Evaluarea tehnologiei medicale este încă într-un stadiu incipient de dezvoltare

De asemenea, s-ar putea face mai mult pentru a exploata evaluarea tehnologiei medicale (HTA). Au existat inițiative HTA de la începutul anului 1990, dar abia în 2011, când Directiva 2011/24/UE privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere a trebuit să fie transpusă în legislația românească, activitățile HTA au început să se dezvolte cu adevărat. Acestea au devenit instrumentul principal pentru elaborarea listei de medicamente rambursabile (în parte ca răspuns la directiva privind reglementarea stabilirii prețurilor) și definesc criteriile pentru evaluare și includere. Chiar și așa, eforturile HTA s-au concentrat pe produsele farmaceutice, fără să existe metode folosite pentru alte tehnologii (proceduri de diagnosticare, intervenții chirurgicale, depistare a bolilor etc.), deși există planuri de dezvoltare a acestora, ca parte dintr-un proiect al Băncii Mondiale.

Nu există criterii clare pentru alocarea resurselor, iar informațiile de încredere sunt rar disponibile

Metodele utilizate pentru alocarea resurselor în sectorul sănătății între diferite tipuri de asistență medicală sunt neclare și nu se bazează pe dovezi privind raportul cost-eficacitate. Legătura slabă dintre nevoile de sănătate ale populației și deciziile de planificare este agravată de lipsa sistemelor de informare adecvate, cu un grad ridicat de fragmentare a datelor și duplicare a colectării datelor.

Rambursarea asistenței spitalicești (care reprezintă mai mult de o treime din bugetul pentru asistență medicală) se bazează pe un mecanism al grupelor de diagnostic. Mai mult, sunt disponibile multe date cu privire la asistența spitalicească. Cu toate acestea, sunt utilizate rar pentru analiză sau în scopul luării deciziilor. Dependența continuă de asistența spitalicească pentru boli acute, în timp ce asistența medicală primară și serviciile comunitare rămân subdezvoltate (a se vedea Secțiunea 4) este un exemplu clar de alocare sub-optimală a resurselor, deși unele dovezi sugerează că spitalizarea evitabilă este mai mică de 7 %, și este comparabilă cu nivelul din alte țări din UE (Ciutan et al., 2016). Există și exemple de echipamente costisitoare achiziționate, dar neutilizate, din cauza lipsei de personal adecvat sau de fonduri pentru instalare sau consumabile.

Strategiile naționale de sănătate și planurile sunt în vigoare, dar există lacune

Actuala strategie națională de sănătate este prima care are un buget alocat. În anul 2016, opt planuri regionale au fost dezvoltate pentru a reorganiza sistemul sanitar în conformitate cu obiectivele strategice naționale. S-a lucrat și la planuri specifice pentru boli sau servicii distincte, deși acestea nu sunt încă finalizate. Mai mult, noile politici vizează atragerea medicilor în zonele rurale și oprirea migrației lucrătorilor din domeniul sănătății (a se vedea mai sus), dar nu există nicio politică globală de planificare a resurselor umane în domeniul sănătății sau pentru abordarea mixului de competențe. Mai mult, nu există sisteme în vigoare care să vizeze asigurarea unei distribuții echitabile de capital în toată țara și la diferite niveluri de asistență.

Este necesară îmbunătățirea transparenței

Corupția este percepută ca o preocupare majoră pentru sectorul sănătății (dar și un obstacol pentru dezvoltarea economică), practica larg răspândită a plăților neoficiale reprezentând o pondere substanțială din cheltuielile cu asistența medicală (Casetă 4). Strategia națională de sănătate 2014-2020 recunoaște nevoia de a aborda acest aspect, dar și de a îmbunătăți transparența procesului de luare a deciziilor și de a crește implicarea cetățenilor. Asociațiile de pacienți fac parte din ce în ce mai mult din procesul de elaborare a politicilor. Cu toate acestea, performanța nu este evaluată, în general, și este dificil să se evalueze dacă sunt îndeplinite obiectivele mai largi ale guvernului.

CASETA 4. PLĂȚILE NEOFICIALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ CONTINUĂ SĂ FIE O PROBLEMĂ ÎN ROMÂNIA

Un Raport special al Eurobarometrului asupra corupției publicat în 2014 arată că plățile neoficiale în asistența medicală sunt răspândite în România. De exemplu, peste un sfert dintre respondenții români (28%) au spus că atunci când au utilizat serviciile publice de asistență medicală a trebuit să plătească suplimentar, să ofere un cadou sau să facă o donație spitalului. De fapt, 50% dintre respondenții români (față de 19% dintre respondenții din toate țările UE) au spus că au simțit că trebuie să facă o plată suplimentară sau un cadou înainte de a primi serviciul medical. Pe de altă parte, 28% au spus că au făcut o plată suplimentară sau un cadou după ce au primit serviciul medical. În plus, o cincime dintre respondenții români (19%) au spus că li s-a cerut să se prezinte la o consultație în cabinetul privat al medicului pentru a putea fi internați în spitalul public.

6 Principalele constatări

- În timp ce o mare parte din populația României se auto-evaluează ca bucurându-se de o stare bună de sănătate, speranța de viață la naștere rămâne cu aproape șase ani sub media UE și este una dintre cele mai scăzute din UE. Au existat și unele tendințe nefavorabile, inclusiv creșterea ratelor de mortalitate pentru cele mai frecvente cauze de deces (boli cardiovasculare și cancer pulmonar, de sân și colorectal), creșterea numărului de cazuri noi de HIV/SIDA și scăderea ratelor de imunizare.
- Consumul episodic excesiv de alcool în rândul bărbaților reprezintă o problemă de sănătate publică gravă, acesta având cel mai ridicat nivel din UE, dar fără niciun program național în vigoare pentru a combate acest lucru. În termeni pozitivi, numărul persoanelor care fumează zilnic este în concordanță cu media UE, iar rata obezității în rândul adulților este cea mai mică din Europa. Totuși, factorii de risc comportamentali contribuie la mai mult de 40 % din povara generală a bolii din România.
- Sistemul sanitar din România este caracterizat prin finanțare scăzută și utilizare ineficientă a resurselor publice, cu cele mai scăzute cheltuieli pe cap de locuitor ca pondere din PIB în UE. Lipsește acoperirea universală, deși populația neacoperită are acces la un pachet minim de servicii. Există și inegalități cu privire la accesul la servicii între populația din zonele rurale și cea din zonele urbane, ca și pentru grupurile vulnerabile. Eforturile recente includ crearea unor centre comunitare de îngrijire pentru a îmbunătăți accesul, inclusiv pentru populația romă.
- Cheltuielile „din buzunar” reprezintă o cincime din cheltuielile totale cu asistența medicală și includ plățile directe și plățile neoficiale. Acestea din urmă sunt considerate a fi larg răspândite și substanțiale, dar totuși greu de estimat, împiedicând efectuarea unor calcule de încredere pentru evaluarea ponderii reale a cheltuielilor private din domeniul sănătății. Accesibilitatea din punctul de vedere al costurilor este principalul motiv pentru nevoile nesatisfăcute de asistență medicală raportate.
- Eficiența sistemului sanitar este limitată de întârzieri în trecerea de la serviciile de îngrijire medicală cu internare și asistența spitalicească la asistența medicală ambulatorie și asistența medicală primară. Consolidarea asistenței medicale primare se află pe agenda politică din 1990, dar serviciile de asistență medicală primară și comunitară sunt încă insuficiente și sub-utilizate și continuă să existe o utilizare inadecvată a serviciilor de îngrijire medicală cu internare și a asistenței medicale ambulatorii specializate, inclusiv a asistenței acordate în cadrul serviciilor de urgență din cadrul spitalelor.
- Eforturile de îmbunătățire a sistemului sunt îngreunate de lipsa de informații. Nu sunt date suficiente pentru a evalua calitatea asistenței, iar evaluarea tehnologiei medicale se află încă într-un stadiu de dezvoltare incipient. Nu există criterii clare pentru alocarea resurselor și sunt disponibile dovezi insuficiente pentru îmbunătățirea raportului cost-eficacitate. De asemenea, nu există un sistem în vigoare care să asigure o distribuție echitabilă a instituțiilor și a resurselor umane în domeniul sănătății în toată țara, pentru a depăși inegalitățile între zonele rurale și cele urbane.
- Cu toate acestea, există un număr de inițiative pentru a îmbunătăți sistemul sanitar. Strategia națională de sănătate din România stabilește obiective strategice în domeniul serviciilor de sănătate publică și de asistență medicală și este susținută prin dezvoltarea a opt planuri regionale, pentru a reorganiza serviciile medicale și a direcționa investițiile spre zonele dezavantajate. A fost înființată o Autoritate Națională de Management al Calității în Sănătate, iar noul guvern abordează condițiile forței de muncă din domeniul sănătății și accesul la medicamente.



Surse principale

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

OCDE/UE (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

Referințe

Ciutan, M. et al. (2016), „Geographical Distribution of Avoidable Hospital Conditions in Romania”, *Procedia Environmental Sciences*, Vol. 32, pp. 318–326.

ECDC (2017), *Supravegherea rezistenței antimicrobiene în Europa 2015*, Raport anual al rețelei europene de supraveghere a rezistenței la antimicrobiene (EARS-Net), Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor, Stockholm.

Comisia Europeană (DG ECFIN) și Comitetul pentru politică economică (AWG), „Raport privind îmbătrânirea pe 2015. Proiecții economice și bugetare pentru statele membre ale UE-28 (2013-2060)”, *European Economy nr. 3*, Bruxelles, mai.

„Ordonanța de urgență nr. 18/2017 din 27 februarie 2017 privind asistența medicală comunitară”, disponibilă la: <http://legeaz.net/monitorul-oficial-154-2017/oug-18-2017-asistenta-medicala-comunitara>, accesat pe 22.3.2017.

Comisia Europeană (2017), „Document de lucru al serviciilor Comisiei – Raportul de țară al României din 2017”, disponibil la: <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2017-european-semester-country-report-romania-en.pdf>, accesat pe 21.3.2017.

IARC, Screeningul pentru cancer în Uniunea Europeană (2017), „Raport privind punerea în aplicare a recomandării Consiliului privind screeningul pentru cancer, mai 2017”, disponibil la: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/major_chronic_diseases/docs/2017_cancerscreening_2ndreportimplementation_en.pdf, accesat pe 09/08/2017.

IHME (2016), „Global Health Data Exchange”, Institute for Health Metrics and Evaluation, disponibil la: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>, accesat pe 22.3.2017.

Ministerul Sănătății (2014), *Strategia Națională de Sănătate 2014–2020. Sănătate pentru prosperitate*, Ministerul Sănătății, București, disponibil la: http://www.ms.ro/documente/Anexa%201%20-%20Strategia%20Nationala%20de%20Sanatate_886_1761.pdf, accesat pe 21.3.2017.

Ministerul Sănătății (2016), *Strategia Națională de Sănătate 2014–2020. Raport anual privind stadiul implementării 2015*, Ministerul Sănătății, București, disponibil la: <http://www.ms.ro/wp-content/uploads/2016/09/Raport-Implementare-SNS-2015.pdf>, accesat pe 15/05/2017.

Tambor, M. et al. (2014), The Inability to Pay for Health Services in Central and Eastern Europe: Evidence from Six Countries” (Incapacitatea de a plăti pentru servicii medicale în Europa Centrală și de Est: dovezi din șase țări), *European Journal of Public Health (Revista Europeană de Sănătate Publică)*, vol. 24(3), p. 378–385, disponibil la <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24065370>, accesat pe 29.6.2017.

Lista abrevierilor țărilor

Austria	AT	Estonia	EE	Italia	IT	Portugalia	PT	Spania	ES
Belgia	BE	Finlanda	FI	Letonia	LV	Regatul Unit	UK	Suedia	SE
Bulgaria	BG	Franța	FR	Lituania	LT	Republica Cehă	CZ	Țările de Jos	NL
Cipru	CY	Germania	DE	Luxemburg	LU	Republica Slovacă	SK	Ungaria	HU
Croația	HR	Grecia	EL	Malta	MT	România	RO		
Danemarca	DK	Irlanda	IE	Polonia	PL	Slovenia	SI		

State of Health in the EU

Profilul Sănătății în 2017

Profilurile de țară reprezintă un pas important în ciclul de doi ani al Comisiei Europene privind *starea de sănătate în UE* și sunt rezultatul eforturilor comune ale Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE) și ale *European Observatory on Health Systems and Policies*. Această serie a fost coordonată de Comisie și produsă cu susținerea financiară a Uniunii Europene.

Profilurile de țară 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 fiecărui stat membru al UE. Scopul este de a crea un mijloc de învățare reciprocă și schimburi voluntare care să susțină eforturile statelor membre în procesul acestora de elaborare a politicilor bazate pe dovezi.

Fiecare profil de țară oferă o scurtă sinteză a:

- stării de sănătate din țara respectivă
- factorilor determinanți ai sănătății, cu accent pe factorii de risc comportamentali
- organizării sistemului sanitar
- eficienței, accesibilității și rezilienței sistemului sanitar

Aceasta este prima serie de profiluri de țară bianuale, publicată în noiembrie 2017. Comisia completează principalele constatări ale acestor profiluri de țară cu un raport însoțitor.

Pentru mai multe informații, consultați: ec.europa.eu/health/state/summary

Citați această publicație după cum urmează:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Romania: Profilul Sănătății în 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264285392-ro>

ISBN 9789264285392 (PDF)

Series: State of Health in the EU

ISSN 25227041 (online)

Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.