



CONSILIUL NAȚIONAL AL ORGANIZAȚIILOR DE  
PENSIONARI ȘI AL PERSOANELOR VÂRSTNICE

# Accesul pensionarilor și persoanelor vârstnice din România la serviciile de sănătate

Dr. Elena-Lidia DINU  
Irina ENACHE

Februarie, 2023

## CUPRINS

Introducere .....	2
CAPITOL I	
Calitatea vieții pensionarilor și persoanelor vârstnice.....	4
1.1 Abordări conceptuale ale calității vieții .....	4
1.2 Sănătatea – Componenta esențială a calității vieții vârstnicilor .....	8
CAPITOL II	
Schimbări majore la nivelul sistemului de sănătate din România.....	11
2.1. Cauzele îmbătrânirii globale asupra sistemelor naționale de sănătate.....	11
2.2. Sistemul de sănătate din România .....	14
2.3. Nevoile medicale ale vârstnicilor .....	18
2.4. „Îmbătrânirea sănătoasă” (healthy ageing) .....	24
2.5. Anchete sociologice privind starea de sănătate a populației .....	26
Concluzii .....	30
Bibliografie .....	33

## INTRODUCERE

Sănătatea este o componentă esențială a calității vieții, iar starea de sănătate a vârstnicilor este unul dintre punctele critice cele mai grave ale calității vieții lor. Din perspectiva vârstnicilor, importante pentru calitatea vieții sunt sănătatea și capacitatea funcțională, sentimentul independenței și al controlului asupra propriei vieți, participarea socială, relațiile între generații în interiorul familiei, suportul social și nivelul de trai.

Dreptul la ocrotirea sănătății este garantat de Constituția României (art. 34).

Sistemul de sănătate din România este unul dintre cele mai slab finanțate sisteme medicale din Uniunea Europeană, situație care durează de mai multe decenii. Chiar dacă și-a majorat în mod semnificativ cheltuielile pentru sănătate în ultimii ani, țara noastră rămâne una dintre țările UE cu cele mai scăzute cheltuieli pentru sănătate, atât per capita, cât și ca procent din PIB. În perioada 2015-2019, cheltuielile pentru sănătate au crescut în medie cu 10,3 % pe an, reprezentând cea mai mare creștere din țările UE. Cu toate acestea, în 2019, România a cheltuit totuși mai puțin de jumătate din media per capita din țările UE (1 310 EUR comparativ cu 3 523 EUR, ajustată la diferențele în ceea ce privește puterea de cumpărare). Ca pondere din PIB, România a cheltuit 5,7 % pentru sănătate – al doilea cel mai scăzut nivel din țările UE. Deși ponderea cheltuielilor publice pentru sănătate este ridicată (80 % în 2019) și în concordanță cu media UE, plățile directe, cu o pondere de 18,9 %, se situează peste media de 15,4 % de la nivelul UE.<sup>1</sup>

Sistemul de sănătate românesc se confruntă cu numeroase probleme precum: o acoperire prin asigurări de sănătate redusă, mari inegalități de acces și de disponibilitate a serviciilor medicale în funcție de mediul de rezidență, un număr scăzut a personalului medical raportat la populație (printre cele mai scăzute din

---

<sup>1</sup>State of Health in the EU, România – Profilul de țară din 2021 în ceea ce privește sănătatea, p. 9

UE), un sistem extrem de puțin orientat spre prevenție și cu o populație numeroasă care raportează nevoi nesatisfăcute cu privire la consultațiile medicale.

Deși, pandemia de Covid-19 a pus presiune pe unele sisteme de sănătate din Uniunea Europeană și a dus la un număr mare de decese care puteau fi prevenite, sistemul de sănătate din România s-a numărat a fi unul dintre ele, confruntându-se tot mai mult astăzi cu provocările îmbătrânirii populației, cu creșterea cererii din partea acesteia, cu noile tehnologii, dar și cu costurile în creștere ale asistenței medicale.

Studiul de față prezintă, pe de o parte, situația în care se află sistemul de sănătate din România astăzi și arată, pe de altă parte, în ce a constat îmbunătățirea accesului pensionarilor și persoanelor vârstnice din România la serviciile de sănătate după urmările pandemice.

# CAPITOL I

## CALITATEA VIEȚII PENSIONARILOR ȘI PERSOANELOR VÂRSTNICE

### 1.1. Abordări conceptuale ale calității vieții

Calitatea vieții reprezintă un concept multidisciplinar ce circulă atât în limbajul comun, cât și în cadrul limbajului tehnic, de specialitate. Deși e folosit în viața de zi cu zi, acesta nu întrunește o definiție unanimă a specialiștilor. Astfel, fiind abordat în numeroase domenii, precum: psihologie, sociologie, literatură, filosofie, geografie, științele mediului, medicină, economie, acest concept este definit multiaspectual.

Conceptul, „calitatea vieții” a fost lansat în anii '60 de către societatea informațională nord-americană, pornindu-se de la faptul că orice creștere economică nu trebuie să constituie un scop în sine, ci, în primul rând, trebuie să fie un mijloc pentru a putea crea condiții mai bune de trai, pentru satisfacerea nevoilor unei colectivități. Autorul John Kenneth Galbraith, în lucrarea sa „Societatea afluentă” (1958), menționa că omenirea a urcat o treaptă nouă, în care dorințele materiale ale oamenilor au fost satisfăcute pe deplin. În altă lucrare a sa – „Noul stat industrial” (1967) el scrie: „Ceea ce contează nu este cantitatea bunurilor noastre, ci calitatea vieții”. Galbraith considera că nu trebuie să domine scopurile economice asupra vieții oamenilor în detrimentul altor scopuri, mai valoroase.

John Rawls, în lucrarea sa „A Theory of Justice” (1972), a determinat că noțiunea de „utilitarism” are un caracter „agregat”, fiind indiferent față de modalitatea de repartiție a bunurilor și egalitatea în rândurile indivizilor. Prezintă interes ideea autorului Amartya Sen, care consideră că noțiunea ce corespunde cel mai bine *calității vieții* este cea de „randament personal”, adică capacitatea reală a indivizilor de a-și putea realiza anumite scopuri cu eforturi mici în anumite condiții sociale, precum și urmărirea acestora în cadrul societății cunoașterii, iar ulterior și

în cadrul societății conștiinței. Randamentul personal, după acest autor, se putea exprima prin utilitatea socială complementată cu utilitatea personală. Profesorul Ion Mărgineanu relatează că „tocmai completarea indicatorilor economici cu indicatorii sociali reprezintă începutul propriu-zis al cercetărilor de calitate a vieții”. De exemplu, I.Mărgineanu și A.Bălașa (2002) consideră că „încercările de atribuire a paternității asupra conceptului evaluativ de „calitate a vieții” unei discipline sau alteia nu fac altceva decât să ducă la sărăcirea lui de semnificațiile care i se pot conferi și la restrângerea ariei de aplicabilitate, chiar dacă se pot stabili anumite legături, cum ar fi cele cu studiile sociologice și psihologice asupra fericirii, satisfacției, stilului de viață etc.”

O abordare destul de largă a conceptului presupune calitatea vieții drept gradul în care o persoană se bucură de posibilitățile importante ale vieții sale. Însă, posibilitățile rezultă din oportunitățile și limitările pe care fiecare persoană le are în viața sa și reflectă interacțiunea cu factorii personali și de mediu. Calitatea vieții poate fi înțeleasă în moduri variate, de către persoanele din diferite zone geografice sau contexte culturale. Din acest motiv, apare și dificultatea definirii conceptului dat.

Profesorul Ioan Mărginean (1991), într-un studiu publicat în revista „Calitatea vieții”, prezintă o listă de asocieri de cuvinte vis-à-vis de acest concept propuse de diferiți autori. Unele dintre acestea sunt:

- „condițiile necesare pentru fericire” – McCall (1975);
- „satisfacție subiectivă” – Terhune (1973);
- „potențial adaptativ” – Colby (1987);
- „gradul în care o persoană își îndeplinește scopurile în viață” – Cella and Cherin (1987);
- „efectul dezirabil al politicilor și programelor” – Schuessler and Fisher (1985);
- „semnificație pentru om a vieții sale” – Zanfir (1993);
- „importanță subiectivă acordată vieții” – Jolles and Stalpers (1978);

- „entitate vagă și eterică, ceva de care mulți vorbesc, dar nimeni nu știe prea clar ce să facă cu ea” – Campbell (1976);
- „cel mai multidisciplinar termen aflat în uzul curent” – Farquhar (1995).

În ceea ce privește caracteristicile conceptului de calitate a vieții, opiniile cercetătorilor sunt, de asemenea, contradictorii. De pildă, Cummis (2000) afirma că „multidisciplinaritatea conceptului este punctul tare al acestuia”, în vreme ce Veenhoven (1998, 2000) este de părere că „o generalitate prea mare a conceptului îi scade puterea analitică”.

Dificultatea definirii conceptului reiese și din multitudinea de explicații ale calității în general, care presupune:

- „corespunzător pentru utilizare” (Cf. J.M. Juran);
- „conformitate cu cerințele” (Crosby);
- „un ansamblu de caracteristici ale unei entități care îi conferă acesteia aptitudinea de a satisface necesități exprimate sau implicite”;
- „măsura în care un ansamblu de caracteristici intrinseci îndeplinește cerințele” (Etănescu).

Organizația Mondială a Sănătății (1998) oferă următoarea definiție: *„Calitatea vieții este dată de percepțiile indivizilor asupra situațiilor lor sociale, în contextul sistemelor de valori culturale în care trăiesc și în dependență de propriile trebuințe, standarde și aspirații. Mai specific, prin calitatea vieții se înțelege bunăstarea fizică, psihică și socială, precum și capacitatea de a îndeplini sarcinile obișnuite, în existența cotidiană”*.

O definiție utilitaristă este propusă de Revicki & Kaplan (1993), conform căreia *„calitatea vieții prezintă preferințele pentru anumite stări ale sănătății ce permit ameliorări ale morbidității și mortalității și care se exprimă printr-un singur indice ponderat – ani de viață standardizați, în funcție de calitatea vieții”*.

Huttman și Liner (1978) susțin că noțiunea *de calitate a vieții rezidă în realizarea unei vieți agreabile, bazate pe starea de bine personală și socială, pe protecția socială generală și pe progresul social.*

Conform opiniei lui Veenhoven (2000), calitatea vieții presupune 4 aspecte:

- gradul în care ofertele și cerințele societății se potrivesc cu nevoile și capacitățile cetățenilor;
- modul cum aceasta este înzestrată pentru a depăși problemele vieții;
- modul cum își judecă indivizii propria viață în mod pozitiv;
- include conceptele de fericire, de satisfacție a vieții și de bunăstare subiectivă.

Conceptul de calitate a vieții este generat de necesitatea de a înțelege în profunzime care sunt aspectele ce duc la scopurile finale ale existenței, adică la bunăstare, prosperitate, stare de bine. Cel mai adesea conceptul de calitate a vieții este definit ca valoare pentru om a vieții sale, modul și măsura în care condițiile vieții oferă omului posibilitatea satisfacerii multiplelor sale necesități, gradul în care viața este satisfăcătoare pentru om.

În concepția lui Ion Mărginean (2002), calitatea vieții poate fi definită “*prin ansamblul elementelor care se referă la diferite situații: fizice, economice, sociale, culturale, politice, de sănătate etc. în care trăiesc oamenii*”.

Astfel, elementele constitutive ale calității vieții sunt extrem de variate: conținutul și natura activităților pe care le desfășoară, caracteristicile relațiilor și proceselor sociale la care participă, bunurile și serviciile la care au acces, modelele de consum adoptate, modul și stilul de viață, evaluarea împrejurărilor și rezultatelor activităților care corespund așteptărilor populației, precum și stările subiective de satisfacție/ insatisfacție, fericire, frustrare etc. Altfel spus, calitatea vieții presupune următoarele dimensiuni:

- 1) bunăstarea emoțională,
- 2) relațiile interpersonale,
- 3) bunăstarea materială,



- 4) afirmarea personală,
- 5) bunăstarea fizică,
- 6) independența,
- 7) integrarea socială,
- 8) asigurarea drepturilor fundamentale ale omului.

Aceste dimensiuni reflectă evaluarea sferei private a individului, calitatea societății – așa cum este ea percepută de către oameni, relația individului cu societatea și starea de satisfacție/insatisfacție vizavi de viață. Calitatea vieții reprezintă prin sine un concept social-economic, prin intermediul căruia pot fi evaluate în toată complexitatea lor condițiile de viață, nivelul de trai, standardul și stilul de viață al populației. În această ordine de idei, calitatea vieții integrează caracteristicile necesităților, posibilităților, condițiilor de trai, modului, stilului de viață și ale orientărilor valorice. Acestea reprezintă, fiecare în parte, un element important al unui tot al standardului cotidian de viață a omului.<sup>2</sup>

### **1.3.Sănătatea – Componenta esențială a calității vieții vârstnicilor**

Sănătatea este o componentă esențială a calității vieții vârstnicilor, indicatorul prin care se măsoară cel mai frecvent fiind cel de apreciere subiectivă. Sănătatea subiectivă a vârstnicilor români și europeni, speranța de viață, morbiditatea, mortalitatea, nivelul cheltuielilor pentru sănătate conturează diagnoze diferențiate ale sănătății, cu relevanță deosebită în contextul îmbătrânirii populației și al integrării europene.

Consumul de îngrijiri de sănătate, sănătatea socială și promovarea unui stil de viață sănătos sunt abordate din perspectiva promovării unor politici de sănătate care să asigure accesul la îngrijiri de calitate, sustenabile din punct de vedere financiar. Sănătatea este o resursă fundamentală pentru indivizi, comunități și societăți în ansamblu. Pentru individ, a se bucura de o stare bună de sănătate este

---

<sup>2</sup> Ana Sârbu, Angela Potâng, Tatiana Tulbure, “Considerente psihosociale privind calitatea vieții”, Revista științifică a Universității de Stat din Moldova, 2012, nr.5(55), p. 121- 123

de o importanță primordială. În același timp, un nivel în general bun al sănătății populației este indispensabil creșterii economice și dezvoltării societăților. OMS definește sănătatea nu numai ca o simplă absență a bolii și a infirmității, ci ca pe un „bine” total: fizic, mental și social.

Cercetătorii din domeniul calității vieții fac o distincție clară între conceptul de „calitatea vieții” și cel de „sănătate”, cu excepția medicilor. Aceștia se concentrează pe aspecte ale experienței personale legate de sănătate și, în general, utilizează termenul de calitatea vieții pentru a desemna repercusiunile fizice, psihologice și sociale ale unei patologii asupra vieții unui pacient (Launoiss, 1995). Problema este de a ști dacă se măsoară sănătatea, calitatea vieții sau calitatea vieții legată de sănătate. Oricum, nu există un acord absolut asupra unui punct de vedere. Sunt și autori, ca de exemplu Torrance (2002), care consideră că sănătatea socială nu ar fi un aspect pertinent al calității vieții legat de sănătate, așa cum pretinde OMS.

În anul 2000, în urma Eurobarometrului „Europenii și calitatea vieții”, la care subiecții au avut de ales, dintr-o listă de 15 factori, 3 factori care contribuie cel mai mult la nivelul lor de viață actual și, apoi, 3 factori care pot contribui la ameliorarea nivelului de viață, răspunsurile au fost următoarele:

- 1) a fi în stare bună de sănătate – 25%;
- 2) a avea venituri suficiente pentru satisfacerea nevoilor – 15%;
- 3) a avea membri de familie pe care se poate conta la nevoie – 14%.

În cele 15 țări investigate, sănătatea este primul dintre cei trei factori care, în opinia respondenților, contribuie cel mai mult la calitatea vieții lor actuale.

În ceea ce privește factorii care ameliorează cel mai mult calitatea vieții, starea bună de sănătate se află tot printre primii trei factori, dar pe al treilea loc (după venituri și lipsa grijilor și a stresului). În cazul vârstnicilor, însă, a fi în stare bună de sănătate este, din nou, factorul care contează cel mai mult, de această dată, pentru ameliorarea calității vieții.

Sănătatea poate fi abordată prin diverși indicatori, printre care, aprecierea subiectivă a propriei sănătăți sau, dimpotrivă, plângerile privind diverse afecțiuni. *Sănătatea subiectivă* este unul dintre indicatorii principali ai sănătății și ai calității vieții cu care operează Organizația Mondială a Sănătății (OMS). Este indicatorul prin care OMS monitorizează sănătatea și calitatea vieții și se află, de asemenea, pe lista indicatorilor de sănătate ai Europei.

Sănătatea subiectivă este o măsură care include diferite dimensiuni ale sănătății (fizică, socială, emoțională). Noțiunea „apreciere subiectivă” sugerează că nu avem de-a face cu o analiză cognitivă sistematică, ci, mai degrabă, cu o reacție emoțională. Cercetătorii opinează că sănătatea subiectivă este unul dintre cei mai buni indicatori ai sănătății, atât la nivel individual cât și la nivelul populației. Percepția subiectivă a sănătății furnizează informații pentru o privire de ansamblu destul de adecvată a stării de sănătate reală a unei populații. Numeroși autori au constatat că ea reflectă destul de bine impactul plângerilor și bolilor de care suferă persoana interogată și are legătură directă cu mortalitatea, morbiditatea, nivelul capacităților funcționale și consumul de îngrijiri.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Ana Bălașa, Revista Calitatea vieții, XVIII, nr. 1–2, 2007, p. 55–57

## CAPITOL II

### SCHIMBĂRI MAJORE LA NIVELUL SISTEMULUI DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA

#### 2.1. Cauzele îmbătrânirii globale asupra sistemelor naționale de sănătate

Țările membre ale Uniunii Europene se confruntă de foarte mulți ani cu fenomenul îmbătrânirii populației, care le afectează, fără precedent, creșterea economică.

Conform statisticilor Organizației Mondiale a Sănătății, Japonia, Finlanda și Italia se află printre țările cu cea mai mare pondere a populației vârstnice pe glob<sup>4</sup>. De asemenea, în unele țări OECD (Grecia, Coreea, Spania, Slovenia, Polonia, Portugalia și *România*), dar și în altele non-OECD (China, Brazilia și Arabia Saudită), procesul de îmbătrânire se desfășoară cu o rapiditate de nedescris<sup>5</sup>.

O dimensiune studiată din punct de vedere statistic la nivelul fiecărei țări europene este *structura pe sexe, medii și grupe de vârstă a populației vârstnice*, care arată o serie de caracteristici, precum și schimbările demografice semnificative. Pentru România, această dimensiune relevă o serie de date valoroase (a se vedea Fig. nr. 1 și nr. 2).

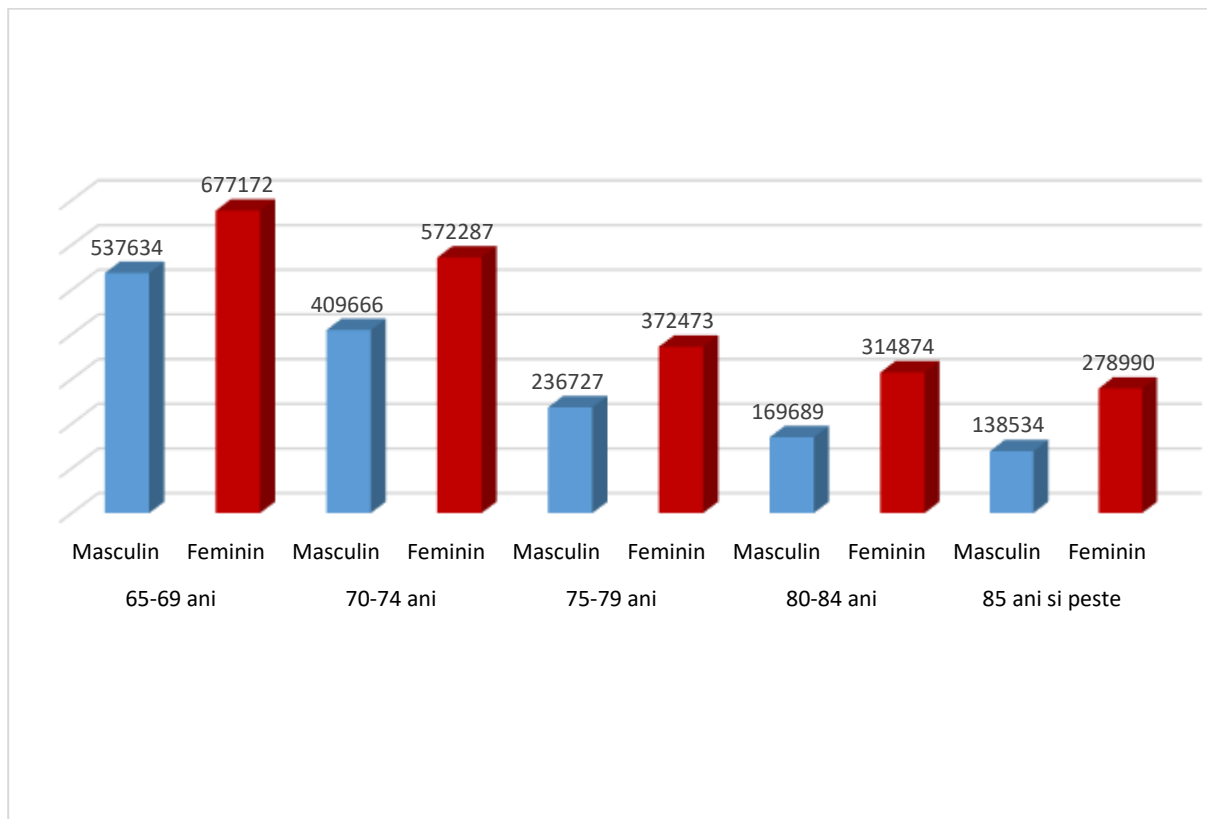
Potrivit Fig. nr. 1, în totalul populației vârstnice din România predomină femeile vârstnice. Comparativ cu alte grupe de vârste, numărul acestora este mai mare pentru grupa de vârstă 65-69 de ani (677.172). Același lucru se observă și în cazul bărbaților vârstnici (537.634).

---

<sup>4</sup> Ewa Rudnicka et al. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing, p. 6.

<sup>5</sup> *Ibidem*.

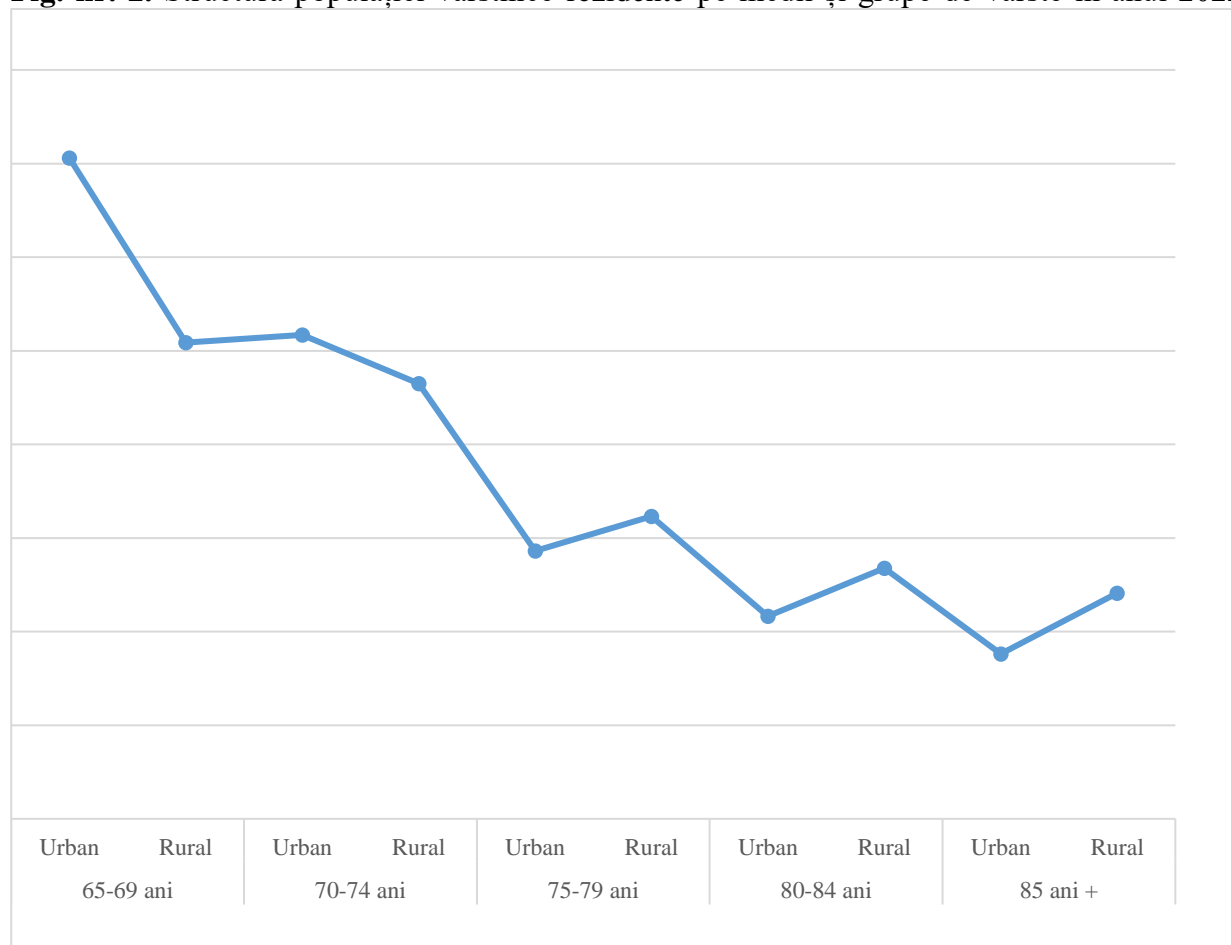
**Fig. nr. 1.** Structura populației vârstnice rezidente pe sexe și grupe de vârste în anul 2022



Sursa: Prelucrare CNOPPV pe baza datelor din baza Tempo a Institutului Național de Statistică

Din Fig. nr. 2 rezultă faptul că cea mai mare concentrare a populației vârstnice, pentru grupele de vârstă 65-69 (705.892) și 70-74 (517.086), se află în mediul urban. Spre deosebire de mediul urban, numărul acestora, pentru grupele de vârstă 75-79 (323.021), 80-84 (267.905) și 85+ (241.269), a crescut semnificativ în mediul rural. În altă ordine de idei, datele de la Institutul Național de Statistică confirmă faptul că un fenomen în creștere în România este migrația de la orașe la sate, unde an de an, tot mai mulți vârstnici aleg să se mute de la orașe la sate pentru a avea o viață cât mai liniștită.

**Fig. nr. 2.** Structura populației vârstnice rezidente pe medii și grupe de vârste în anul 2022



Sursa: Prelucrare CNOOPV pe baza datelor din baza Tempo a Institutului Național de Statistică

Dacă speranța de viață în România înregistra o creștere cu peste 4 ani între anii 2000 și 2019 (de la 71,2 ani la 75,6 ani). Însă, din cauza impactului pandemiei COVID-19, aceasta a scăzut cu 1,4 ani în anul 2020 (74,2 ani)<sup>6</sup>. Acest lucru s-a confirmat prin numărul de decese, care a atins un nivel maxim în toamna anului 2020<sup>7</sup>. Principalele cauze ale mortalității au fost la acea vreme bolile cardiovasculare, în timp ce cancerul pulmonar a reprezentat principala cauză de decese. Așadar, multimorbiditățile și dizabilitatea sunt, în mod frecvent, întâlnite la această categorie de populație.

<sup>6</sup> *State of Health in the EU: România: Profilul de țară din 2021 în ceea ce privește sănătatea*, p. 3.

<sup>7</sup> *Ibidem*, p. 5.

Din datele Institutului Național de statistică, reiese faptul că rata natalității din România este în continuă scădere (2019 – 10,9 la mia de locuitori, 2020 – 10,03 la mia de locuitori, 2021 – 10,1 la mia de locuitori). În 2021, rata natalității din România a fost de 10,1 născuți la mia de locuitori<sup>8</sup> peste media europeană, care este de 9,1 născuți la mia de locuitori. La nivel european, țara cu cea mai mare rată a natalității este Irlanda (11,2 la mia de locuitori), iar țara cu cea mai scăzută rată a natalității este Italia (6,8 la mia de locuitori).

Din cauza îmbătrânirii globale, în mai multe țări europene, se estimează că procentul persoanelor vârstnice ar putea ajunge până la 35% în anii care vor urma<sup>9</sup> și acest fenomen de îmbătrânire va continua să producă consecințe grave asupra sistemului de sănătate din fiecare țară în ceea ce privește cheltuielile publice, alocate anual în proporție tot mai mare față de anii anteriori.

Conform ultimelor statistici Eurostat<sup>10</sup>, România rămâne printre țările cu cea mai mică pondere a cheltuielilor pentru sănătate în PIB (5,5% din PIB), alături de Letonia (4,8% din PIB), Polonia și Irlanda (ambele cu 5,4% din PIB). Aceste statistici mai arată și care sunt statele membre care au alocat, în anul 2020, cel mai mult din PIB pentru sănătate (Cehia, Austria - ambele cu 9,2% din PIB și Franța - 9% din PIB).

Cu toate acestea, *sănătatea* reprezintă, după *protecția socială*, a doua mare categorie de cheltuieli guvernamentale în Uniunea Europeană.

## **2.2. Sistemul de sănătate din România**

Reforma în domeniul sănătății din România s-a făcut prin adoptarea Legii nr. 95/2006 din 14 aprilie 2006, care prevede, printre altele, și scopul sănătății publice: *promovarea sănătății, prevenirea îmbolnăvirilor și îmbunătățirea calității vieții.*

---

<sup>8</sup> Rata de natalitate pentru născuții-vii cu reședința în România pe medii de rezidență, macroregiuni, regiuni de dezvoltare și județe, conform bazei de date Tempo.

<sup>9</sup> Anneloek Rauwerdink et al. Needed: Evidence Based EHealth!, p. 1.

<sup>10</sup> Anul 2020.

După cum este cunoscut, sistemul de sănătate din România este un sistem obligatoriu de asigurări sociale de sănătate pentru toți salariații (10% din salariul acestora fiind direcționat în domeniul sănătății). Responsabile de buna funcționare a acestuia sunt instituțiile statului (Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate), reprezentate la nivel local prin direcțiile județene de sănătate publică și prin casele județene de asigurări de sănătate, iar finanțarea sănătății publice se face din surse multiple (bugetul de stat, bugetele locale, Fondul național unic de asigurări de sănătate, fondurile externe nerambursabile, credite externe și veniturile proprii).

Prevenirea și vindecarea bolilor rămâne obiectivul principal urmărit în diverse programe de sănătate naționale, inițiate de Ministerul Sănătății din România. În acest sens, populația României mai beneficiază și de programele naționale de sănătate din domeniile prioritare cum sunt: sănătatea mamei și a copilului, controlul bolilor infecțioase, sănătatea mintală și screening-ul populației etc.

Șomerii, pensionarii și persoanele care beneficiază de prestații sociale sunt considerate categorii vulnerabile și sunt scutite de la plata contribuțiilor directe. Contribuțiile acestora sunt plătite de la bugetul de stat către Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

De asemenea, femeile însărcinate, persoanele cu handicap și pacienții cu boli cronice, precum și copiii și studenții cu vârsta sub 26 de ani fac parte din grupurile specifice de populație și beneficiază de finanțare din contribuțiile populației în vârstă de muncă la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

Prin sistemul asigurărilor sociale de sănătate, *populația României are acces la un pachet de servicii de bază* (conținând servicii medicale preventive și curative, servicii de îngrijire a sănătății, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale).



Prin urmare, asistența medicală este acordată populației din România în baza următoarelor condiții<sup>11</sup>:

- a) pachetul de servicii de bază la care au dreptul persoanele asigurate;
- b) lista serviciilor medicale, a serviciilor de îngrijiri, inclusiv la domiciliu, a medicamentelor, dispozitivelor medicale și a altor servicii pentru asigurați aferente pachetului de servicii de bază prevăzut la lit. a);
- c) criteriile și standardele calității pachetului de servicii;
- d) alocarea resurselor și controlul costurilor sistemului de asigurări sociale de sănătate în vederea realizării echilibrului financiar al fondului;
- e) tarifele utilizate în contractarea pachetului de servicii de bază, modul de decontare și actele necesare în acest scop;
- f) internarea și externarea bolnavilor;
- g) măsuri de îngrijire la domiciliu și de recuperare;
- h) condițiile acordării serviciilor la nivel regional și lista serviciilor care se pot contracta la nivel județean, precum și a celor care se pot contracta la nivel regional;
- i) prescrierea și eliberarea medicamentelor, a materialelor sanitare, a procedurilor terapeutice, a protezelor și a ortezelor, a dispozitivelor medicale;
- j) modul de informare a asiguraților;
- k) coplată pentru unele servicii medicale.

Elaborarea primei *Strategii Naționale de Sănătate*, în anul 2013, care a acoperit perioada 2014 - 2020, a reprezentat o altă reformă a sistemului public de sănătate. În această strategie, au fost prevăzute măsuri de reformare a sistemului public de sănătate privind insuficiența finanțării acestuia, dezvoltarea unor servicii de sănătate de calitate și accesibile tuturor persoanelor, axate pe prevenție, reorganizarea serviciilor spitalicești, consolidarea serviciilor clinice ambulatorii sau dezvoltarea soluțiilor de e-health.

---

<sup>11</sup> Conform Contractului-cadru (în vigoare cu 1 aprilie 2022).

În ultimii 2 ani de la apariția pandemiei de COVID-19, o serie de dezechilibre au fost declanșate nu doar în planul social și economic, ci și la nivelul sistemelor de sănătate din întreaga lume, pertrubând viețile oamenilor de pretutindeni.

În anul 2020, compania Roche a lansat un proiect al cărui obiectiv principal era identificarea acelor componente ale sistemelor europene de sănătate, care necesită îmbunătățiri în vederea realizării tranziției spre paradigma îngrijirilor medicale personalizate. În urma acestui proiect, a luat naștere un instrument (*Indicele European de Medicină Personalizată*<sup>12</sup>), care este utilizat în comparațiile făcute între indicatorii-cheie de performanță în domeniul sănătății pentru țările membre ale Uniunii Europene. Cu ajutorul acestui instrument, progresul sistemelor de sănătate către medicina personalizată, digitală și bazată pe utilizarea la scară largă a datelor este evaluat în funcție de 4 parametri esențiali:

- 1) *infrastructura digitală din sănătate;*
- 2) *servicii medicale;*
- 3) *acces la tratament și tehnologii digitale;*
- 4) *nivelul de pregătire al sistemului de sănătate pentru medicina personalizată.*

Conform Indicelui European de Medicină Personalizată, România se află astăzi pe *locul 31* (din cele 33 de țări evaluate) și are unul dintre cele mai mici scoruri (26)<sup>13</sup>. Acest fapt conduce la concluzia că este nevoie de construirea unor politici sociale mai solide în domeniul sănătății publice din România.

*Lipsa accesului la date, investițiile scăzute în cercetare și dezvoltarea medicală, precum și infrastructura digitală precară* reprezintă câteva dintre deficiențele care au fost identificate la nivelul sistemului de sănătate din România. În acest context, experții europeni din domeniul sănătății publice au făcut propuneri de politici de îmbunătățire a eficienței sistemelor de sănătate din Europa prin adoptarea și utilizarea tehnologiei digitale și a asistenței medicale personalizate.

---

<sup>12</sup> Personalised Health Index.

<sup>13</sup> Romania - Personalised Health Index. Disponibil la adresa:

<https://www.futureproofinghealthcare.com/en/romania-personalised-health-index>. Accesat: 12.01.2023

În consecință, actuala strategie<sup>14</sup> continuă să dezvolte obiectivele rămase neatinsse în cadrul *Strategiei Naționale de Sănătate 2014-2020 "Sănătate pentru prosperitate"* și, de asemenea, să răspundă la nevoile de reformare structurală a sectorului de sănătate. În acest sens, în Planul Național de Reziliență și Redresare al României (PNRR), aprobat de Comisia Europeană la sfârșitul lunii septembrie 2021, este prevăzută și *reformarea sistemului de sănătate prin procesul de digitalizare* (obiectivul componentei 7).<sup>15</sup>

Crearea mai multor sisteme electronice de informații pentru a gestiona mai bine resursele suprasolicitate din domeniul sănătății s-a datorat influenței pandemiei de COVID-19.

### **2.3. Nevoile medicale ale vârstnicilor**

Cele mai vulnerabile persoane sunt cele vârstnice, ale căror nevoi medicale apar odată cu înaintarea în vârstă.

De cele mai multe ori, persoanele vârstnice care suferă de boli cronice apelează la serviciile oferite de medicina primară. Majoritatea dintre acestea fac programări la cabinetele medicilor de familie pentru diverse consultații, dar și pentru a solicita bilete de trimitere la medicii specialiști. În urma consultului de specialitate, acestea primesc diverse diagnostice în baza cărora solicită și rețete medicale compensate pentru a-și achiziționa din farmacii medicamentele necesare.

În timpul pandemiei de COVID-19, accesul populației din România la serviciile medicale din spitale a fost redus, cu excepția grupurilor vulnerabile, care au întâmpinat complicații privind starea de sănătate.

Conform normelor de aplicare ale Contractului-cadru (în vigoare cu 1 aprilie 2022), asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice au suferit modificări importante (de exemplu: dezvoltarea pachetului de bază acordat în asistența medicală primară, prin introducerea

---

<sup>14</sup> *Strategia Națională de Sănătate 2022-2030 "Pentru sănătate, împreună"*.

<sup>15</sup> Programul de Convergență 2022-2025.

de servicii diagnostice și terapeutice care pot fi acordate de către medicii de familie, serviciile de administrare a tratamentelor – intramuscular, subcutanat, intravenos sau perfuzabil, după caz – au fost incluse în categoria serviciilor medicale care pot fi efectuate la cabinet, la domiciliu sau la locul solicitării, după caz, în cadrul programului de lucru sau în cadrul unui program de lucru prelungit, serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală se vor acord în cadrul programului de lucru, eliminându-se obligația de a fi efectuate numai la cabinet).<sup>16</sup>

Din cauza costurilor din ce în ce mai mari astăzi, accesul vârstnicilor la serviciile medicale este din ce în ce mai redus și acest lucru se reflectă, adesea, în propria lor sănătate deficitară, aceștia neputând suporta toate cheltuielile pentru îngrijirea medicală necesară.

Venind în ajutorul acestora, Guvernul României a aprobat, la sfârșitul anului 2021, *Hotărârea privind modificarea unor acte normative referitoare la Programul pentru compensarea cu 90% a prețului de referință al medicamentelor, pentru pensionari, precum și pentru prelungirea unui termen*. Astfel, începând cu 1 ianuarie 2022, „pensionarii cu venituri de până la 1.429 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri, beneficiază de medicamente compensate în proporție de 90%”<sup>17</sup>. Până la data de 1 ianuarie 2022, plafonul veniturilor din pensii ce nu trebuia depășit, pentru ca pensionarii să beneficieze de compensare de 90%, era de 1299 lei/inclusiv. Această măsură de majorare a plafonului minim al veniturilor din pensii a fost luată cu scopul de a crește accesul la medicamentele compensate, acordate în ambulatoriu pensionarilor cu venituri mici. De asemenea, conform aceleiași *Hotărâri*, modificată (publicată în Monitorul Oficial la data de 29 decembrie 2022), această măsură s-a prelungit până la 31 martie 2023, fiind

---

<sup>16</sup> Comunicat – Normele de aplicare ale contractului cadru in vigoare de la 1 aprilie 2022. Disponibil la adresa: <https://cnas.ro/2022/04/01/comunicat-norme-de-aplicare-ale-contractului-cadru-in-vigoare-de-la-1-aprilie-2022/>. Accesat: 02.01.2023.

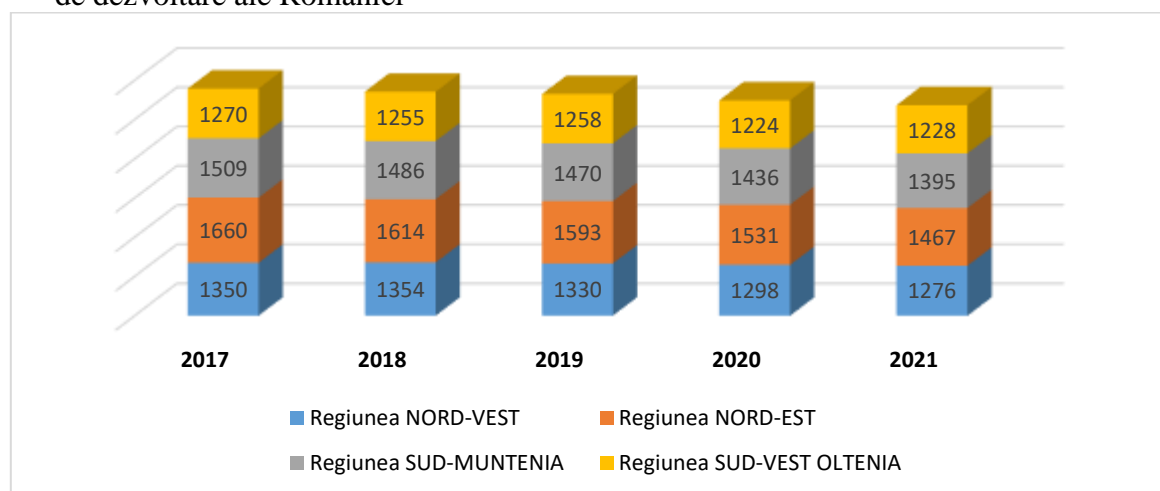
<sup>17</sup> Hotărâre nr. 1.289 din 28 decembrie 2021.

extins și plafonul veniturilor din pensii și indemnizație socială până la 1.608 lei/inclusiv.

Pentru a crește accesul pacienților la anumite servicii medicale (serviciile de recuperare, serviciile de dializă, radioterapie pentru pacienții cu maladie oncologică), în urma rectificării bugetului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în anul 2022, au fost suplimentate bugetele alocate pentru terapia medicamentoasă și au fost incluse în lista medicamentelor gratuite și compensate.

Potrivit *Strategiei Naționale de Sănătate 2022-2030 “Împreună pentru sănătate”*<sup>18</sup>, accesul pacienților asigurați în sistemul asigurărilor sociale de sănătate la serviciile de asistență medicală primară este inegal din cauza distribuției neuniforme a cabinetelor de medicina familiei (a se vedea Fig. nr. 3). Comparativ cu anul 2017, la nivelul celor 3 regiuni de dezvoltare ale României (Regiunea Nord-Vest – 1.276, Regiunea Nord-Est – 1.467 și Regiunea Sud-Muntenia – 1.395), se observă faptul că numărul de cabinete de medicină de familie a scăzut vizibil în anul 2021.

**Fig. nr. 3.** Distribuția cabinetelor de medicina familiei (publice și private) în funcție de regiunile de dezvoltare ale României

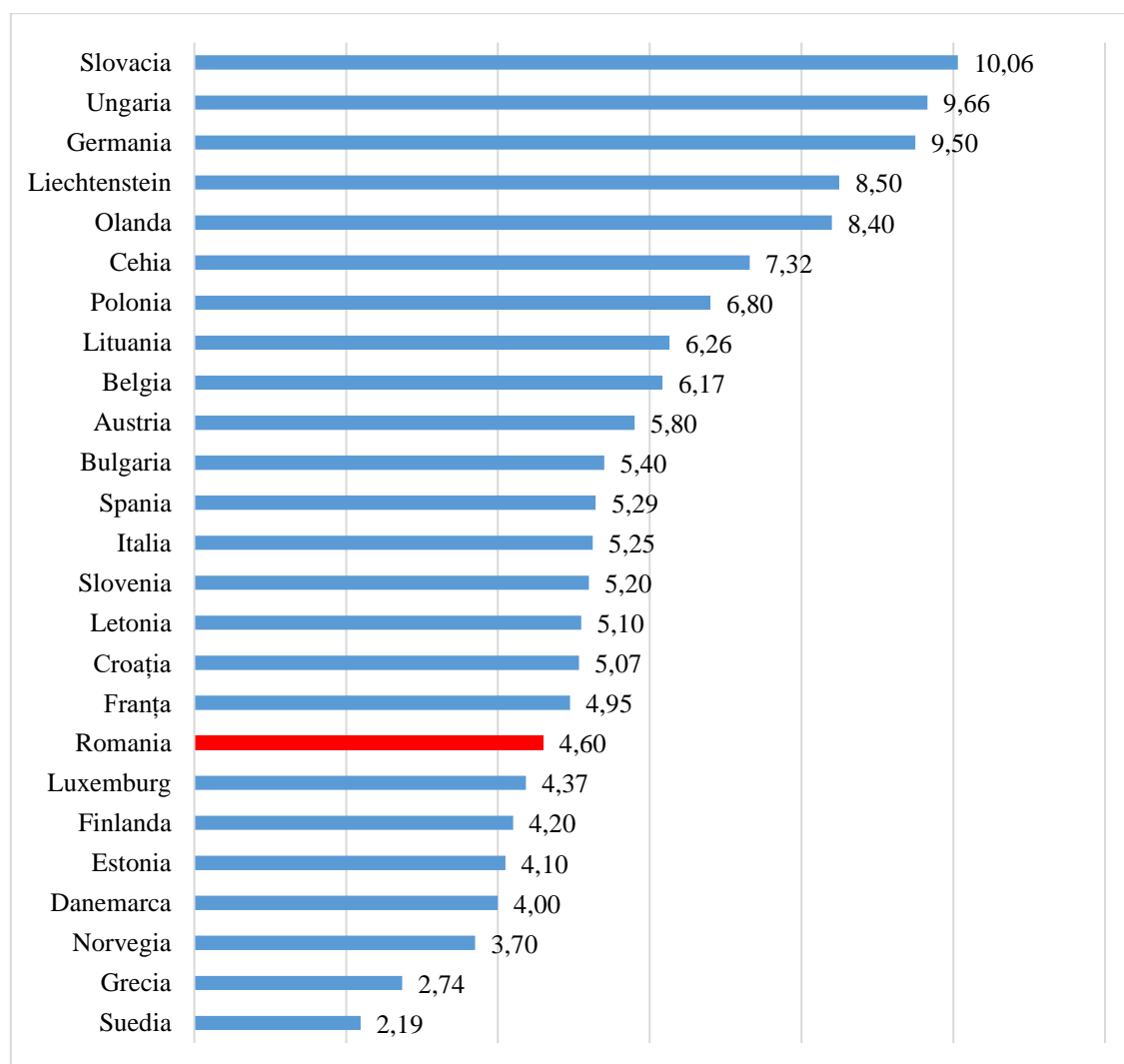


Sursa: Prelucrare CNOPP pe baza datelor din baza de date Tempo a Institutului Național de Statistică

<sup>18</sup> Strategia Națională de Sănătate 2022-2030 “Împreună pentru sănătate”, p. 14.

Din nefericire, se mai arată în strategie că cele mai puține cabinete de medicină de familie sunt în mediul rural. Spre deosebire de cel din mediul urban, numărul mediu al asiguraților înscriși pe listele medicilor de familie din mediul rural a crescut semnificativ.

**Fig. nr. 4.** Consultarea unui medic (internare în spital sau în ambulatoriu) per capita – 2020

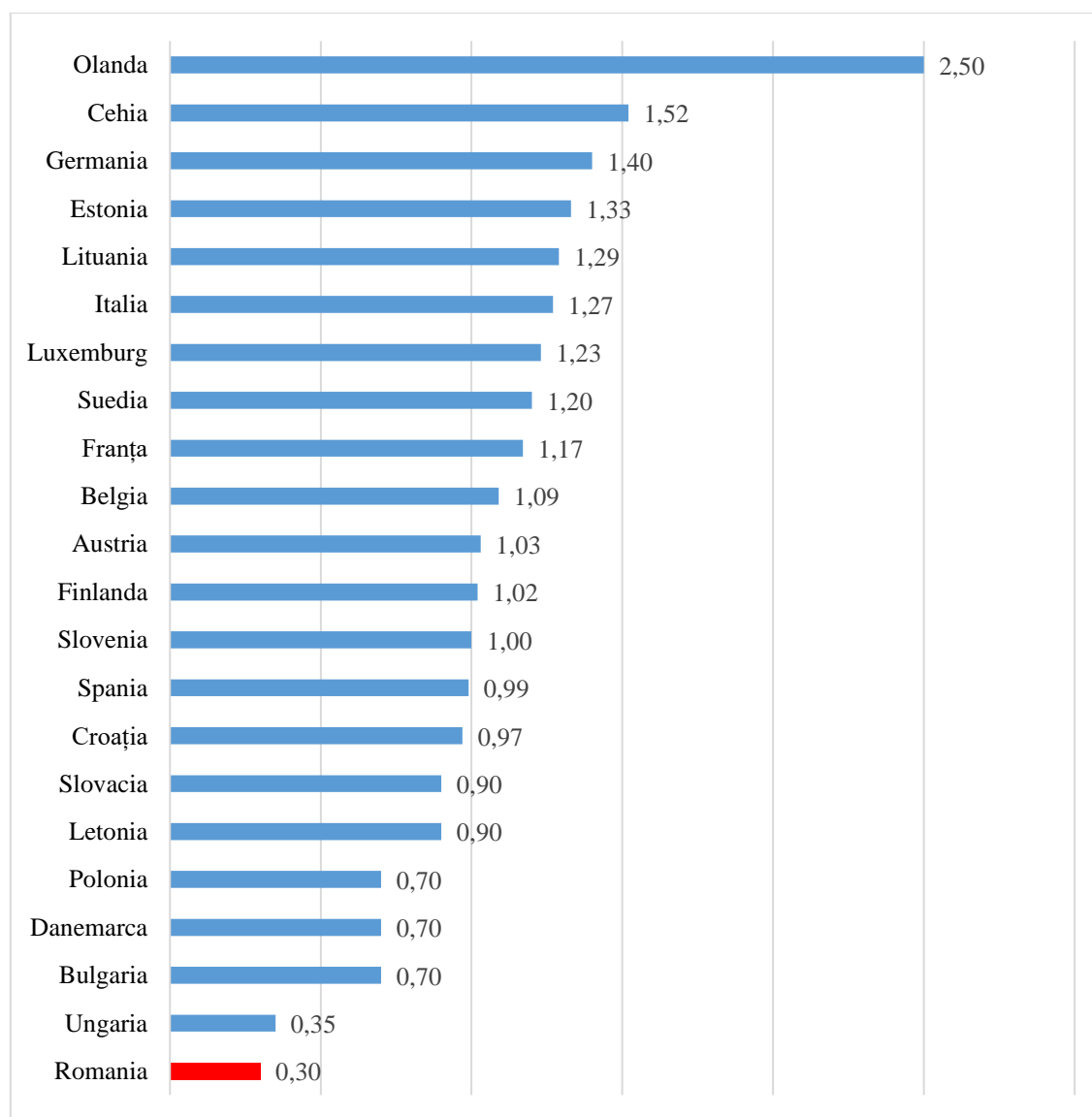


Sursa: Prelucrare CNOPPV pe baza datelor din baza EUROSTAT

Pe lângă medicina primară, serviciile specializate vin în completarea nevoilor medicale ale populației. Medicii specialiști investighează, în profunzime, starea de sănătate a pacienților, stabilesc diagnosticul și tratează cu atenție problemele acestora de sănătate. Cei mai frecvenți specialiști de către vârstnici sunt medicii

cardiologi, diabetologi, stomatologi, ginecologi și urologi. După cum putem vedea în Fig. nr. 4, media vizitelor pentru a consulta un medic (internare în spital sau în ambulatoriu) a variat, în anul 2020, de la o țară la alta. Spre deosebire de țările europene, persoanele din România au efectuat fiecare, în medie, 4,60 vizite pentru a consulta medicii în cursul anului 2020, fiind printre cele mai mici medii dintre statele membre ale Uniunii Europene.

**Fig. nr. 5.** Consultarea unui stomatolog per capita – 2020



Sursa: Prelucrare CNOPPV pe baza datelor din EUROSTAT

Sănătatea orală precară este, de asemenea, o consecință a îmbătrânirii populației și, de foarte multe ori, este trecută cu vederea de către un anumit număr de persoane vârstnice, care amână sau evită a face controale medicale atunci când acestea au probleme dentare. Astfel, în ceea ce privește media vizitelor pentru a consulta un medic stomatolog, România are cea mai mică medie înregistrată la nivelul anului 2020 - 0,30 (a se vedea Fig. nr. 5).

În multe societăți în curs de îmbătrânire, pentru a promova dezvoltarea unei strategii de îngrijire și de a consolida rolul comunității în furnizarea de servicii medicale pentru persoanele vârstnice, au fost emise și puse în aplicare de guvern o serie de politici de sănătate a populației.

Prin *Strategia națională privind îngrijirea de lungă durată și îmbătrânire activă pentru perioada 2023-2030*, aprobată printr-o hotărâre de Guvernul României în data de 14 decembrie 2022, se are în vedere îmbunătățirea accesului la servicii adecvate de îngrijire de lungă durată pentru persoanele vârstnice dependente.

Serviciile de sănătate integrate pentru vârstnicii din România au fost gândite, nu doar pentru a oferi servicii sociale mai bine coordonate, ci și pentru a limita creșterea costurilor din sectorul medical. Îngrijirea la domiciliu este preferată de majoritatea persoanelor vârstnice din România, care doresc să rămână în propria casă, mai degrabă decât într-un cadru instituțional.

Indiferent de cum sunt furnizate<sup>19</sup>, serviciile de îngrijire reprezintă o reală nevoie medicală în vederea asigurării bunăstării vârstnicilor. În ultimii ani, a crescut destul de mult cererea pentru servicii publice și private de îngrijire a vârstnicilor din România.

---

<sup>19</sup> în instituții, în comunitate sau la domiciliu.



## 2.4. „Îmbătrânirea sănătoasă” (healthy ageing)

Organizația Mondială a Sănătății a dezvoltat și definit conceptul de „îmbătrânire sănătoasă” ca fiind „procesul de dezvoltare și menținere a abilității funcționale care permite bunăstarea la vârste înaintate”.<sup>20</sup>

„Îmbătrânirea sănătoasă” a fost percepută de oamenii din întreaga lume ca fiind asociată cu alimentația și stilul de viață sănătos, cu menținerea funcțiilor normale ale corpului, precum și cu îngrijirea preventivă. În mod normal, capacitatea intrinsecă se diminuează odată cu înaintarea în vârstă. Pornind de la această chestiune, specialiștii în geriatrie au observat faptul că între capacitățile psihice și fizice ale vârstnicilor există diferențe semnificative.

Programele elaborate de Organizația Mondială a Sănătății promovează conceptul de „îmbătrânire sănătoasă”. De exemplu, în perioada 2016-2020, Organizația Mondială a Sănătății a dezvoltat o strategie globală și un plan de acțiune pentru îmbătrânire și sănătate. În cadrul acestora, au fost identificate 5 obiective, conform cărora oricine poate avea posibilitatea de a avea o viață lungă și sănătoasă<sup>21</sup>:

- angajamentul de a acționa asupra „îmbătrânirii sănătoase” în fiecare țară;
- crearea și dezvoltarea unor medii prietenoase pentru persoanele vârstnice,
- care să promoveze sănătatea eliminarea barierelor și să ajute la dezvoltarea personală și implicarea acestora în comunitate;
- alinierea tuturor sistemelor de sănătate pentru a satisface nevoile cronice
- ale persoanelor vârstnice;
- crearea unor sisteme fiabile și adecvate pentru asigurarea îngrijirii pe termen
- lung la domiciliu, în comunitate și instituțional;
- studierea temei îmbătrânirii sănătoase prin descrierea, măsurarea și monitorizarea acesteia. Sunt necesare măsurători moderne și eficiente pentru a

---

<sup>20</sup> Ewa Rudnicka et all., *op. cit.*, p. 6.

<sup>21</sup> *Ibidem*, p. 7.

evalua problemele de sănătate ale vârstnicilor și pentru a îmbunătăți situația actuală.

În cadrul unui alt program al Organizației Mondiale a Sănătății, care se derulează în perioada 2020-2030, se vorbește despre „îmbătrânirea sănătoasă”, acest concept înlocuindu-l pe cel de „îmbătrânire activă”.<sup>22</sup>

Organizația Mondială a Sănătății a identificat un număr de 10 priorități de care ar trebui să se țină cont în timpul procesului de implementare a programului:

1. Crearea unei platforme pentru inovare și schimbare;
2. Sprijinirea planificării și a acțiunilor de țară;
3. Colectarea unor date globale mai bune privind îmbătrânirea în condiții bune de sănătate;
4. Promovarea cercetării care să răspundă nevoilor actuale și viitoare ale persoanelor vârstnice;
5. Alinierea sistemelor de sănătate la nevoile persoanelor vârstnice;
6. Punerea bazelor pentru un sistem de îngrijire pe termen lung în fiecare țară;
7. Asigurarea resurselor umane necesare îngrijirii integrate;
8. Desfășurarea unei campanii globale de combatere a ageism-ului, definit ca stereotipuri și discriminare împotriva persoanelor vârstnice pe baza vârstei lor;
9. Definierea argumentelor economice pentru investiții;
10. Consolidarea rețelei globale pentru orașe și comunități.

Plecând de la obiectivele menționate anterior (denumite „priorități” de Organizația Mondială a Sănătății), se dorește ca țările membre ale OMS să atingă progrese medicale, în special, în zonele de prevenire și de depistare precoce a bolii, dar și în ceea ce privește tratamentul integrat și reducerea stigmatizării cu scopul îmbunătățirii sănătății populațiilor de pe glob.

---

<sup>22</sup> *Ibidem.*

## 2.5. Anchete sociologice privind starea de sănătate a populației

*Ancheta privind starea de sănătate a populației* este cea mai potrivită anchetă pentru a studia, la nivel european, cum este percepută propria sănătate de către femei și bărbați, modul în care sănătatea și bunăstarea sunt influențate de condițiile acestora de viață (cum ar fi resursele financiare și sociale), accesul la serviciile medicale și asigurarea medicamentelor, precum și modul în care rezultatele în materie de sănătate modelează și mai mult atitudinile și comportamentele indivizilor. Ultima anchetă de acest gen (SANPOP) a fost realizată în România, în perioada septembrie - noiembrie 2019 de către Institutul Național de Statistică. Principalele rezultate ale anchetei SANPOP au evidențiat o serie de aspecte sociologice dintre care amintim:

- *aproape trei sferturi din populația rezidentă consideră că are o stare de sănătate bună sau foarte bună, dar una din patru persoane de 2 ani și peste suferă de cel puțin o boală cronică sau o problemă de sănătate de lungă durată;*
- *18,7% din populația rezidentă de 15 ani și peste fumează zilnic și 21,4% consumă băuturi alcoolice cel puțin o dată pe săptămână;*
- *numai 11,6% din populația rezidentă de 5 ani și peste desfășoară activități sportive în timpul liber în mod obișnuit;*
- *din totalul populației, 74,7% consideră că are o stare de sănătate bună sau foarte bună dar, față de anul 2014, ponderea persoanelor care considerau că au o astfel de stare de sănătate a scăzut cu 2,3 puncte procentuale (în cazul populației masculine și cu 1,5 puncte procentuale în cazul populației feminine);*
- *în ceea ce privește utilizarea serviciilor medicale și a medicamentelor, jumătate din populația rezidentă a apelat, în ultimele 12 luni precedente interviului cel puțin o dată la medicul de familie sau la un medic de medicină*

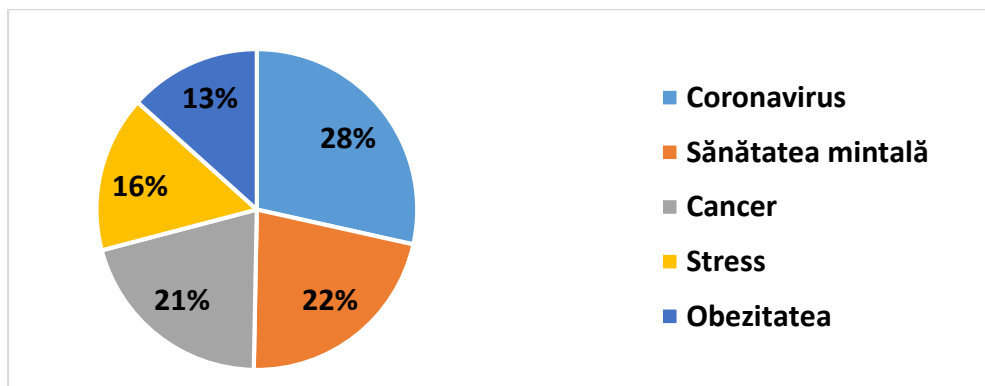
generală (față de 47,0% în 2014) efectuând, în medie 3,2 consultații (comparative cu anul 2014- 3,7 consultații);

- de asemenea, rezultatele anchetei mai prezintă faptul că stilul de viață al persoanelor rezidente este unul deficitar. Distribuția după indicele masei corporale evidențiază faptul că, în 2019, 47,6% din populația rezidentă de 18 ani și peste era supraponderală (55,6% dintre bărbați și 40,0% dintre femei) și 10,9% suferea de obezitate (11,0% dintre bărbați și 10,8% dintre femei). În comparație cu anul 2014, ponderea persoanelor supraponderale este mai mare cu 1,2 puncte procentuale, iar cea a persoanelor care suferă de obezitate cu 1,6 puncte procentuale.

O anchetă recentă a fost realizată, în perioada 22 iulie – 5 august 2022, în 34 de țări (inclusiv România), cu scopul de a se vedea care sunt percepțiile respondenților în legătură cu problemele actuale din domeniul sănătății (Fig. nr. 6), dar și în legătură cu utilizarea serviciilor sistemului de sănătate din aceste țări (Fig. nr. 7)<sup>23</sup>.

Au fost intervievați 23.507 adulți cu vârste cuprinse între 18 și 74 de ani din Statele Unite, Canada, Malaezia, Africa de Sud și Turcia, Thailanda, Indonezia și alte 27 de țări.

**Fig. nr. 6.** Cele mai mari probleme de sănătate cu care se confruntă respondenții (2022)



Sursa: Prelucrare CNOPPV pe baza datelor de la Ipsos Global Health Monitor – 2022

<sup>23</sup> Three in five globally say their healthcare system is overstretched (survey – 5 august 2022) - Ipsos Global Health Service Monitor.

Conform Fig. nr. 6, problemele de sănătate identificate de către respondenți au fost: coronavirusul (47%), sănătatea mintală (36%), cancerul (34%), stress-ul (26%) și obezitatea (22%).

Calitatea asistenței medicale la care aceștia au acces împreună cu familia a fost, de asemenea, măsurată (Fig. nr. 7). Pentru a se putea cerceta în adâncime această problemă, s-a utilizat o scală, alcătuită din 3 categorii pe baza cărora respondenții au reușit să exprime în ce măsură accesul la asistența medicală s-a dovedit a fi foarte bun/bun, nici bun/nici prost, foarte prost/prost.

Conform Fig. nr. 7, cele mai mari rate privind evaluarea calității accesului la serviciile sistemelor de sănătate a fi foarte bună sau bună, dintre țările europene participante la anchetă, au fost înregistrate pentru Belgia (69%), Suedia (68%) și Olanda (68%). În cazul României, doar 21% dintre respondenți au evaluat calitatea accesului la asistența medicală ca foarte bună/bună, cei mai mulți (40%) - nici bună/nici rea și alți 39% - foarte proastă/proastă.

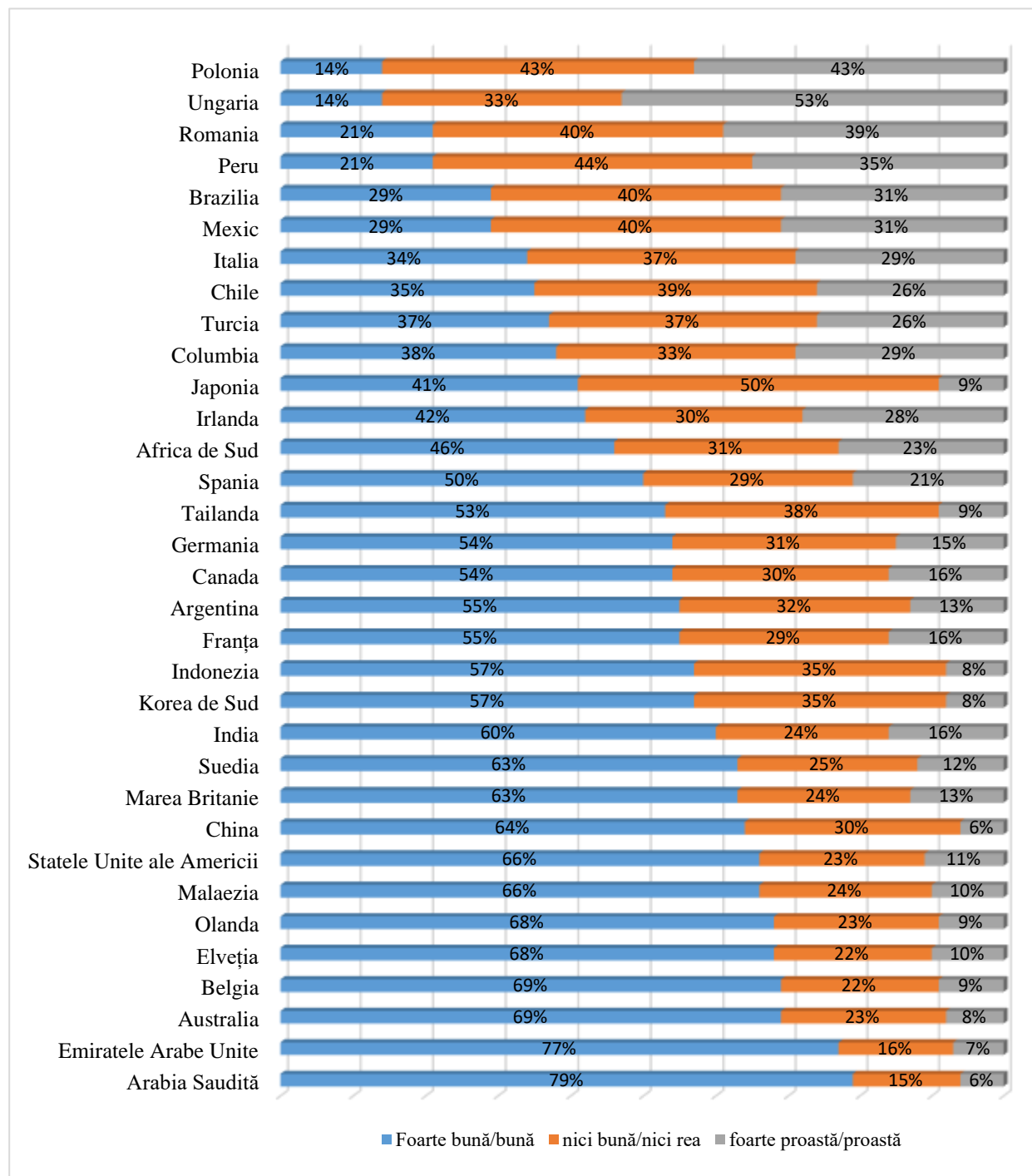
Rezultatele anchetei au mai evidențiat și alte aspecte, ca de exemplu:

- în legătură cu percepțiile asupra serviciilor de sănătate, respondenții au considerat că jumătate din țările lor oferă servicii de calitate și 53% cred că vor primi cel mai bun tratament;
- doar o treime (33%) din aceștia consideră că serviciile medicale din țara lor se vor îmbunătăți în următorii ani. În prezent, sistemul de sănătate din țara lor este suprasolicitat (61%), iar accesul și personalul medical rămân insuficiente (42%).

În consecință, este nevoie de astfel de anchete sociologice pentru a se putea identifica problemele reale de sănătate cu care se confruntă oamenii, care este incidența și prevalența bolilor de care suferă, dar și pentru a se cunoaște ce cred aceștia despre calitatea asistenței medicale oferită în țara lor în următorii ani (dacă se va îmbunătăți sau înrăutăți). Cele mai multe studii au arătat în timp că starea de

sănătate a persoanelor vârstnice este corelată cu factorii sociali (statutul socioeconomic).

**Fig. nr. 7.** Evaluarea calității sistemului de sănătate de către respondenții din țările participante în ceea ce privește accesul la serviciile de sănătate (2022)



Sursa: Prelucrare CNOPPV pe baza datelor de la Ipsos Global Health Monitor – 2022

## CONCLUZII

Populația vârstnică din România necesită o atenție deosebită atunci când aceasta este expusă la probleme de sănătate și independența fizică îi este adesea amenințată.

Studiul aduce în prim-plan elaborarea unor măsuri pe bază de intervenții în ceea ce privește accesul persoanelor (măsurat în costuri și timp) la servicii și tratamente medicale de o mai bună calitate. Asemenea celorlalte state europene, îmbătrânirea populației a devenit, pentru România, o preocupare-cheie a decidenților și a elaborării politicilor din domeniul sănătății publice.

Cu scopul îmbunătățirii serviciilor medicale oferite în cadrul sistemului public de sănătate, prin *Strategia Națională de Sănătate 2022-2030 “Pentru sănătate, împreună”*, Guvernul României și Ministerul Sănătății au în vedere stabilirea și dezvoltarea unui cadru privind planificarea și reorganizarea serviciilor de sănătate. Este cuprinsă, de asemenea, și introducerea unui proiect-pilot pentru furnizarea de servicii medicale cu plată, în afara programului de lucru al medicilor.

*Strategia Națională de Sănătate 2022-2030 “Pentru sănătate, împreună”* prevede ca până în anul 2030 să se realizeze următoarele ținte<sup>24</sup>:

- minim 50% din localitățile cu procent ridicat de populație dezavantajată/vulnerabilă au echipe de furnizori de servicii integrate medico-sociale funcționale;
- minim 25% din localități au echipe de furnizori de servicii integrate medico-sociale funcționale;
- scăderea numărului de localități care nu au medic de familie cu minim 20% față de 2022;
- minim 33% din cabinetele de medicină de familie asigură managementul unei echipe comunitare care furnizează preponderent servicii preventive;

---

<sup>24</sup> Strategia Națională de Sănătate 2022-2030 “*Împreună pentru sănătate*”, p. 29.

- medicii de familie finalizează diagnosticul, inițiază sau continuă tratamentul și monitorizează pacienții conform competențelor profesionale proprii;
- ambulatorii de specialitate care oferă servicii cu program extins, pachete de servicii clinice și paraclinice în regim ambulator, consulturi interdisciplinare, programări, cu
- ajutorul instrumentelor digitale interoperabile și al serviciilor furnizate la distanță, într-o manieră simplificată administrativ și birocratic în fiecare oraș reședință de județ din România.
- minim 33% din cabinetele de medicină de familie au o asistentă medicală angajată preponderent pentru furnizarea serviciilor preventive (copii/adulți/vârstnici) în plus față de structura existentă în 2022;
- minim 75% din ambulatoriile din orașele reședință de județ din România oferă servicii de spitalizare de zi conform protocoalelor de practică medicală;
- minim 25% din ambulatoriile din orașele reședință de județ din România oferă servicii de chirurgie de zi conform protocoalelor de practică medicală;
- 100% din laboratoarele de analize medicale au acreditare cu control extern de comparabilitate;
- 100% din laboratoarele de imagistică medicală furnizează rezultatele în format standardizat;
- servicii de paliative instituționalizate disponibile în fiecare oraș reședință din România, servicii de paliative ambulatorie/domiciliu disponibile în minim 10% din localitățile fiecărui județ din România;
- minim 30% reducere spitalizări evitabile comparativ cu 2022;
- minim 50% transformare spitalizări de zi evitabile în servicii ambulatorii (consultații / investigații) comparativ cu 2022;
- minim 20% reducere a episoadelor de spitalizare comparativ cu 2022;
- 75% complianță cu protocolul de practică medicală, traseul clinic și timpii de acces, perioadele de timp dintre diagnostic, tratament și monitorizare pentru



- fiecare furnizor care oferă servicii de îngrijiri de sănătate pentru problemele de sănătate publică cu impact negativ major în dizabilitate și mortalitate;
- minim 50% din furnizorii care oferă servicii de îngrijiri de sănătate pentru afecțiuni care necesită reabilitare precoce furnizează serviciile de reabilitare în mod adecvat;
  - minim 75% din pacienții externăți din spital și 100% din pacienții cărora li s-au efectuat proceduri de chirurgie de zi beneficiază de servicii de management al externării și coordonarea îngrijirii ulterioare;
  - medicamente esențiale disponibile constant și accesibile tuturor pacienților, în condiții de sustenabilitate bugetară;
  - minim 50% din tehnologiile medicale altele decât medicamentele sunt evaluate conform unei metodologii specifice de evaluare a tehnologiilor medicale;
  - 90% din tehnologiile medicale sunt evaluate conform unei metodologii specifice de evaluare a tehnologiilor medicale într-o perioadă de timp prestabilită și care este adecvată.

O altă concluzie care se desprinde din studiu se referă la evaluarea sănătății individului, aflată în strânsă corelație (negativă/pozitivă, după caz) cu nivelul de trai al gospodăriei din care face parte: *cu cât nivelul de trai într-o familie este mai scăzut, cu atât sănătatea membrilor săi va fi mai precară în viitor.*

Chiar dacă au venituri doar din pensii, multe dintre persoanele vârstnice din România nu își pot acoperi schema de medicație lunară și devin, astfel, dependente de sprijinul financiar al copiilor lor. Altele rămân, din nefericire, condamnate la o viață tristă, continuând să se confrunte cu diverse forme de sărăcie, care le afectează, prin urmare, sănătatea. În această privință, Guvernul României ar trebui să continue să-și asume responsabilitatea pentru măsurile de prevenție și protecția socială a vârstnicilor, implementate în vederea menținerii și optimizării sănătății și bunăstării acestora.

## BIBLIOGRAFIE

### A. PUBLICAȚII ȘTIINȚIFICE ELECTRONICE

- \*\*\*CONSTITUȚIA ROMÂNIEI. Disponibil la adresa: [https://www.cdep.ro/pls/dic/site2015.page?den=act2\\_1&par1=2#t2c2s0sba34](https://www.cdep.ro/pls/dic/site2015.page?den=act2_1&par1=2#t2c2s0sba34). Accesat: 10.11.2022.
- GUVERNUL ROMÂNIEI, PROGRAMUL DE CONVERGENȚĂ 2022-2025, aprilie 2022, 71 p.
- GUVERNUL ROMÂNIEI, HOTĂRÂRE nr. 1.289 din 28 decembrie 2021 privind modificarea unor acte normative referitoare la Programul pentru compensarea cu 90% a prețului de referință al medicamentelor pentru pensionari. *Monitorul Oficial*, nr. 1237 din 28 decembrie 2021.
- GUVERNUL ROMÂNIEI, HOTĂRÂRE nr. 1.556 din 28 decembrie 2022 privind modificarea unor acte normative referitoare la Programul pentru compensarea cu 90% a prețului de referință al medicamentelor pentru pensionari, precum și pentru prelungirea unui termen. *Monitorul Oficial*, nr. 1267 din 29 decembrie 2022.
- GUVERNUL ROMÂNIEI, HOTĂRÂRE Nr. 1492/2022 din 14 decembrie 2022 pentru aprobarea *Strategiei naționale privind îngrijirea de lungă durată și îmbătrânirea activă pentru perioada 2023 – 2030* (Anexă), 59 p. Disponibil la adresa: [http://mmuncii.ro/j33/images/Documente/Legislatie/Anexa\\_HG\\_1492\\_2022.pdf](http://mmuncii.ro/j33/images/Documente/Legislatie/Anexa_HG_1492_2022.pdf). Accesat: 15.12.2022.
- IPSOS GLOBAL HEALTH SERVICE MONITOR. Three in five globally say their healthcare system is overstretched (survey - 5 august 2022). Disponibil la adresa: <https://www.ipsos.com/en/three-five-globally-say-their-healthcare-system-overstretched>. Accesat: 17.11.2022.
- STRATEGIA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE 2014-2020 ”Sănătate pentru prosperitate”, 69 p. Disponibil la adresa: <https://www.ms.ro/strategia-nationala-de-sanatate-2014-2020/>. Accesat: 10.11.2022.
- OECD, *State of Health in the EU: România: Profilul de țară din 2021 în ceea ce privește sănătatea*. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruxelles. Disponibil la adresa: [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021\\_chp\\_romania\\_romanian.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_romania_romanian.pdf). Accesat: 19.11.2022.

- STRATEGIA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE 2022-2030 “Pentru sănătate, împreună”, 50 p. Disponibil la adresa:  
[https://www.ms.ro/wp-content/uploads/2022/11/SNS\\_2022-2030.pdf](https://www.ms.ro/wp-content/uploads/2022/11/SNS_2022-2030.pdf)  
Accesat: 19.12.2022.
- RUDNICKA, Ewa et all. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*, vol. 139, 6-11. Disponibil la adresa:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512220302826>.  
Accesat: 08.11.2022.
- State of Health in the EU, România – Profilul de țară din 2021 în ceea ce privește sănătatea. Disponibil la adresa:  
[https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021\\_chp\\_romania\\_romanian.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_romania_romanian.pdf). Accesat: 09.12.2022
- Ana Sârbu, Angela Potâng, Tatiana Tulbure, “Considerente psihosociale privind calitatea vieții”, Revista științifică a Universității de Stat din Moldova, 2012, nr.5(55), p. 121- 123. Disponibil la adresa:  
[https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag\\_file/21.Considerente%20psihosociale%20privind%20calitatea%20vietii.pdf](https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/21.Considerente%20psihosociale%20privind%20calitatea%20vietii.pdf). Accesat: 22.11.2022
- Ana Bălașa, Revista Calitatea vieții, XVIII, nr. 1–2, 2007, p. 55–57. Disponibil la adresa:  
<https://revistacalitateavietii.ro/journal/article/view/590/504>. Accesat: 09.12.2022

## **B. RESURSE WEB:**

- <https://cnas.ro>
- <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database/>
- <https://health.ec.europa.eu>
- <http://mmuncii.ro>
- <https://monitoruloficial.ro>
- <https://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/>
- <https://www.ipsos.com/en-us>
- <https://www.futureproofinghealthcare.com/en>
- <https://www.ms.ro>
- <https://www.sciencedirect.com>