

# State of Health in the EU

# ROMÂNIA

## Profilul de țară din 2025 în ceea ce privește sănătatea

European Commission

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

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

## Seria profilurilor de țară în ceea ce privește sănătatea

Profilurile de țară în ceea ce privește sănătatea din cadrul seriei *State of Health in the EU* oferă o prezentare concisă și relevantă pentru politicile de sănătate, a sănătății populației și a sistemelor de sănătate din UE/Spațiul Economic European. Acestea subliniază particularitățile și provocările specifice fiecărei țări în contextul unor comparații între țări. Scopul este de a sprijini factorii de decizie și pe cei care influențează decizia oferind un mijloc pentru învățare reciprocă și transfer de cunoștințe. Ediția din 2025 a Profilurilor de sănătate ale țărilor include o secțiune specială dedicată politicii farmaceutice.

Profilurile reprezintă activitatea comună a OCDE și a European Observatory on Health Systems and Policy, în cooperare cu Comisia Europeană. Echipa este recunoscătoare pentru observațiile și sugestiile valoroase oferite de rețeaua Health Systems and Policy Monitor, de Comitetul pentru sănătate al OCDE și de Grupul de experți al UE privind evaluarea performanței sistemelor de sănătate (HSPA).

## Cuprins


1 Aspecte principale 1
2 Sănătatea în România 2
3 Factori de risc 5
4 Sistemul de sănătate 6
5 Performanța sistemului de sănătate 9
6 Produsele farmaceutice în prim plan 20
7 Principalele constatări 23


## Surse ale datelor și informațiilor

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

Mediile calculate ale UE sunt mediile ponderate ale celor 27 de state membre, cu excepția cazului în care se specifică altfel. În aceste medii ale UE nu sunt incluse Islanda și Norvegia.

Acest profil a fost finalizat în septembrie 2025, pe baza datelor care erau accesibile în prima jumătate a lunii septembrie 2025.

## Context demografic și socioeconomic în România, 2024

| Factori demografici | România | UE |
|---|---|---|
| Dimensiunea populației | 19 067 576 | 449 306 184 |
| Ponderea populației de peste 65 de ani (%) | 20 % | 22 % |
| Rata fertilității[1] (2023) | 1,5 | 1,4 |
| **Factori socioeconomici** | | |
| PIB pe cap de locuitor (PPC EUR[2]) | 31 105 | 39 675 |
| Rata riscului de sărăcie sau excluziune socială[3] (%) | 27,9 % | 20,9 % |

1. Număr de copii născuți per femeie cu vârsta între 15 și 49 de ani.
2. Paritatea puterii de cumpărare (PPC) este definită ca rata de conversie a monedei care echivalează puterea de cumpărare a diferitelor monede prin eliminarea diferențelor de nivel ale prețurilor între țări.
3. Rata riscului de sărăcie sau excluziune socială (AROPE) reprezintă procentul de persoane care sunt expuse riscului de sărăcie, suferă de privațiuni materiale și sociale grave sau trăiesc într-o gospodărie cu o intensitate foarte scăzută a muncii.

*Sursă:* Baza de date Eurostat.


***Declinări de răspundere:*** Pentru OCDE, această lucrare este publicată sub responsabilitatea Secretarului General al OCDE. Opiniile exprimate și argumentele utilizate în prezentul document nu reflectă neapărat punctul de vedere oficial al țărilor membre ale OCDE. Opiniile și punctele de vedere exprimate în publicațiile Observatorului European pentru Sisteme și Politici de Sănătate nu reprezintă neapărat politica oficială a organizațiilor participante.



Această lucrare a fost realizată cu sprijinul financiar al Uniunii Europene. Opiniile exprimate în prezentul document nu pot fi considerate în niciun caz ca reflectând opinia oficială a Uniunii Europene.

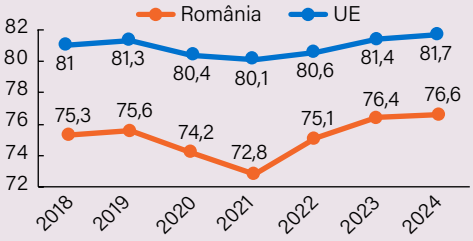


Denumirile și reprezentarea țărilor și teritoriilor utilizate în această publicație comună respectă practica OMS. Prezentul document, precum și toate datele și hărțile incluse în acesta nu aduc atingere statutului sau suveranității vreunui teritoriu, delimitărilor frontierelor și granițelor internaționale și denumirii vreunui teritoriu, oraș sau zonă. Declarații specifice privind teritoriile sunt aplicabile OCDE și pot fi consultate la următorul link: https://www.oecd.org/en/about/terms-conditions/oecd-disclaimers.html. Se aplică declarații suplimentare pentru OMS.

Această traducere a fost revizuită din punct de vedere terminologic și al clarității. În cazul unor discrepanțe între această traducere și originalul în limba engleză, textul în limba engleză prevalează.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2025.

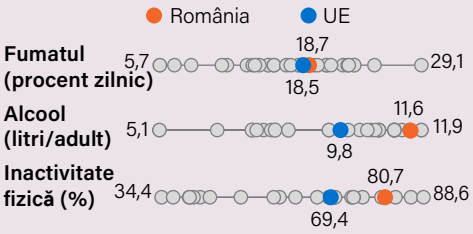
# 1 Aspecte principale




*Speranța de viață la naștere*

## Starea de sănătate

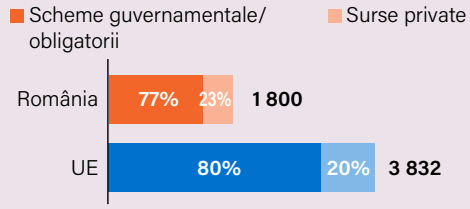
Speranța de viață în România a scăzut brusc în timpul pandemiei, dar a început să crească din nou în 2022 și a atins un nou record istoric de 76,6 ani în 2024. Cu toate acestea, ea a rămas cu 5,1 ani sub media UE. În România există încă o diferență mare între sexe în ceea ce privește speranța de viață, bărbații trăind în medie cu 7,6 ani mai puțin decât femeile. Bolile cardiovasculare și cancerul continuă să fie principalele cauze de deces, reprezentând aproape trei sferturi din totalul deceselor.




*Adulți, 2022 (sau anul cel mai apropiat)*

## Factori de risc

Mai mult de unu din trei decese în România este legat de factori de risc comportamentali și de mediu. Consumul de alcool rămâne printre cele mai ridicate din UE, iar majoritatea adulților nu practică suficientă activitate fizică. Deși ratele fumatului sunt mai apropiate de media UE, consumul de țigări electronice în rândul adolescenților este în creștere.



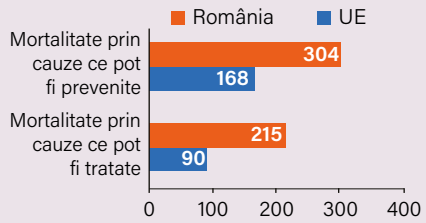

*Cheltuieli de sănătate pe cap de locuitor (EUR PPC), 2023*

## Sistemul de sănătate

Cheltuielile de sănătate pe cap de locuitor în România sunt cele mai scăzute din UE, fiind mai mici de jumătate din media UE în 2023. Sursele publice au finanțat 77 % din cheltuielile de sănătate, puțin sub media UE, în timp ce finanțarea privată a reprezentat restul de 23 % din cheltuielile de sănătate, aproape în totalitate prin plăți directe din buzunarul propriu. Plățile directe din buzunarul propriu sunt determinate în mare parte de cheltuielile cu produsele farmaceutice.

## Performanța sistemului de sănătate

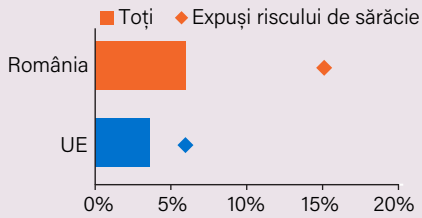
### Eficacitate




*Rată standardizată pe vârstă la 100 000 de locuitori, 2022*

România are una dintre cele mai ridicate rate de mortalitate evitabilă din UE, cu decese din cauze care ar putea fi prevenite și din cauze care ar putea fi tratate depășind cu mult media UE. Inițiativele recente vizează îmbunătățirea depistării precoce și a îngrijirii pentru unele cauze tratabile de mortalitate, dar măsurile cuprinzătoare pentru abordarea prevenirii primare și a factorilor de risc comportamentali subiacenți rămân limitate.

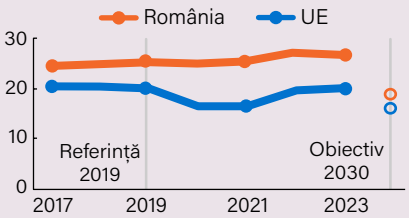
### Accesibilitate




*% care raportează nevoi medicale nesatisfăcute, 2024*

În 2024, 6 % dintre românii care aveau nevoie de îngrijiri medicale nu și-au putut satisface nevoile din cauza costurilor, a distanței de parcurs sau a timpilor de așteptare, una dintre cele mai ridicate rate din UE. Există mari diferențe în funcție de categoriile de venit: nevoile nesatisfăcute în rândul persoanelor expuse riscului de sărăcie erau de aproape trei ori mai mari decât în rândul întregii populații. Plățile din buzunar ridicate, în special pentru medicamente și servicii dentare, reprezintă obstacole importante pentru persoanele cu venituri mici.

### Reziliență




*Consumul de antibiotice, doze zilnice definite (DDD) la 1 000 de locuitori pe zi*

Utilizarea excesivă a antibioticelor contribuie la rezistența la antimicrobiene, o amenințare majoră la adresa sănătății publice. Consumul de antibiotice în România este printre cele mai ridicate din UE și țara nu este pe cale să atingă obiectivul privind reducerea acestuia stabilit pentru 2030. Noile reglementări impun acum farmaciilor să colecteze date privind prescripțiile și eliberarea medicamentelor pentru pacienți, în vederea îmbunătățirii monitorizării.

## În prim-plan: produsele farmaceutice

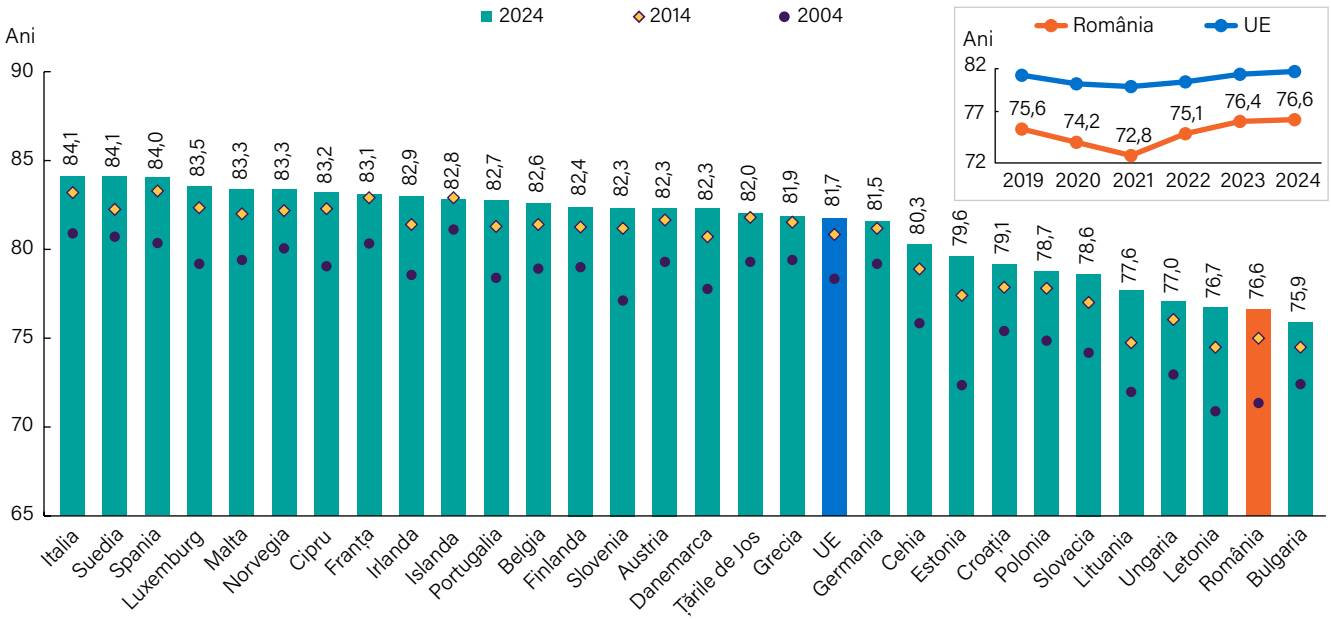
România cheltuiește cu aproximativ 10 % mai puțin pe cap de locuitor pentru medicamente eliberate cu prescripție medicală decât media UE, însă cheltuielile cu medicamentele reprezintă 26 % din cheltuielile de sănătate, una dintre cele mai mari ponderi din UE. Asigurarea publică acoperă doar jumătate din costurile medicamentelor eliberate în farmacii, pacienții suportând restul din propriul buzunar. Acest lucru se datorează rambursării limitate și ponderii ridicate a cheltuielilor cu medicamentele eliberate fără prescripție medicală. Medicamentele generice reprezintă 54 % din volumul medicamentelor prescrise, o pondere ușor mai mare decât media UE, dar utilizarea medicamentelor biosimilare rămâne în continuare foarte redusă. Accesul la multe medicamente inovatoare este întârziat, din cauza perioadelor lungi de timp necesare pentru includerea lor pe lista medicamentelor compensate.

# 2 Sănătatea în România

## Speranța de viață în România rămâne cu peste cinci ani sub media UE

Speranța de viață la naștere în România a crescut rapid până în 2019, dar pandemia a dus la o scădere bruscă de aproape trei ani între 2019 și 2021. Speranța de viață a început să se redreseze în 2022 și a atins un nou nivel record de 76,6 ani în 2024, dar este încă cu 5,1 ani sub media UE (figura 1).

*Figura 1. Speranța de viață în România era printre cele mai scăzute din UE în 2024*




*Note:* Media UE este ponderată. Datele din 2024 pentru Irlanda se referă la 2023.
*Sursa:* Eurostat (demo_mlexpec).

Există o diferență mare între sexe în ceea ce privește speranța de viață. În 2024, speranța de viață la naștere era de 72,8 ani pentru bărbați și de 80,4 ani pentru femei – o diferență mai mare decât media UE (7,6 ani față de 5,2 ani). Acest lucru se datorează în parte expunerii mai mari a bărbaților la factori de risc, precum fumatul și consumul excesiv de alcool (a se vedea secțiunea 3).

## Peste jumătate din totalul deceselor înregistrate în România în 2022 au fost cauzate de boli cardiovasculare

Bolile cardiovasculare (incluzând cardiopatia ischemică și accidentul vascular cerebral) au rămas principala cauză de mortalitate în România în 2022, reprezentând 56 % din totalul deceselor (figura 2). Cancerul a fost a doua cauză principală de mortalitate, responsabil pentru 17 % din totalul deceselor. Alte cauze semnificative de mortalitate au fost bolile respiratorii (8 %) și bolile digestive (6 %).

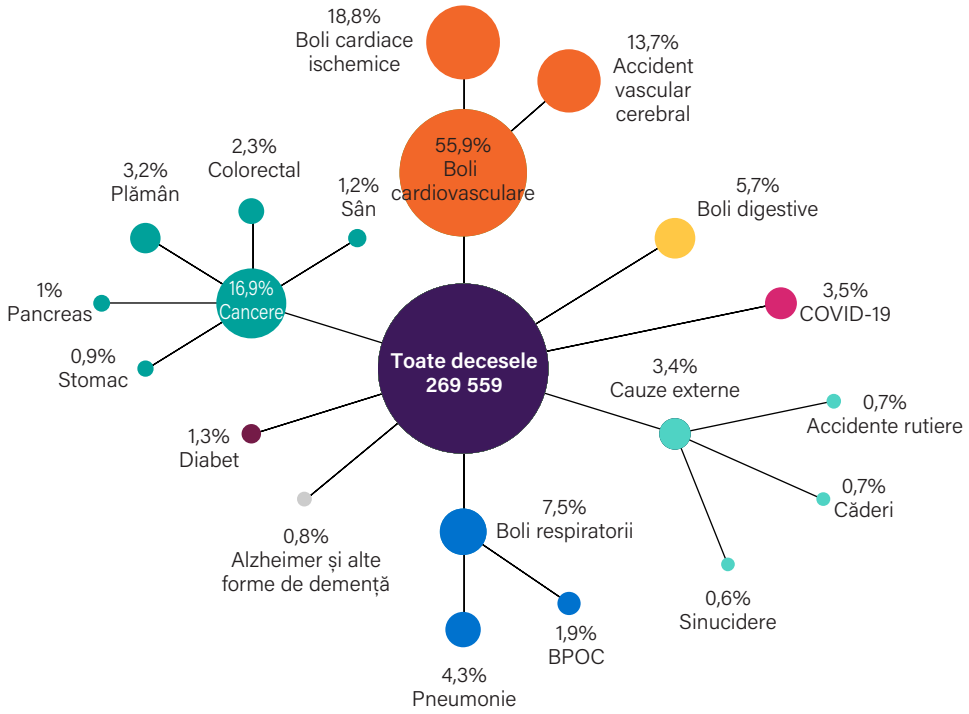
## Persoanele în vârstă din România au o speranță de viață mai scurtă, pe care o petrec în mare parte cu dizabilități

La fel ca alte țări din UE, România a cunoscut o schimbare demografică către o populație îmbătrânită în ultimele două decenii, în principal din cauza emigrației, a ratelor de fertilitate sub nivelul de înlocuire și a creșterii speranței de viață. Ponderea persoanelor în vârstă de 65 de ani și peste a crescut de la 13 % în 2000 la 20 % în 2023 și se preconizează că va crește în continuare până la 31 % până în 2050.

În 2022, femeile române în vârstă de 65 de ani puteau spera să mai trăiască încă 18 ani, în timp ce bărbații puteau spera să mai trăiască încă 14 ani (figura 3). Cu toate acestea, din acești ani rămași, doar aproximativ patru ani erau petrecuți fără dizabilități atât pentru bărbați, cât și pentru femei, un număr și o proporție mult mai mici de ani de viață sănătoasă decât media UE.

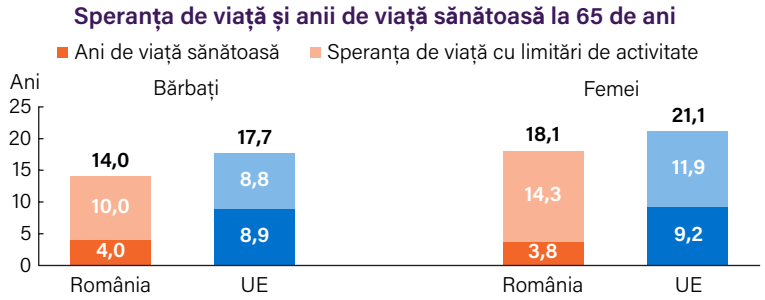
Aproximativ o treime dintre bărbații vârstnici au declarat că suferă de mai multe afecțiuni cronice, în timp ce această proporție a ajuns la peste jumătate (55 %) în rândul femeilor vârstnice. O proporție mult mai mare de femei în vârstă de 65 de ani și peste (34 %) au declarat, de asemenea, că au limitări în activitățile zilnice, comparativ cu bărbații (22 %).

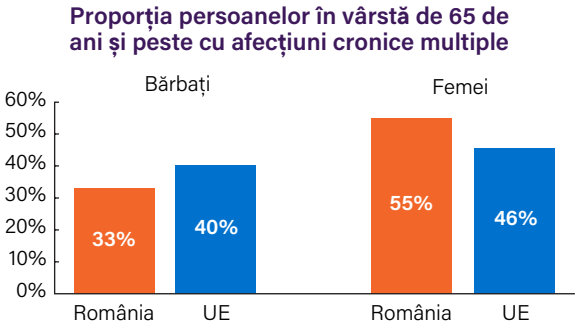
*Figura 2. Bolile cardiovasculare au fost principala cauză de mortalitate în 2022, urmate de cancer*

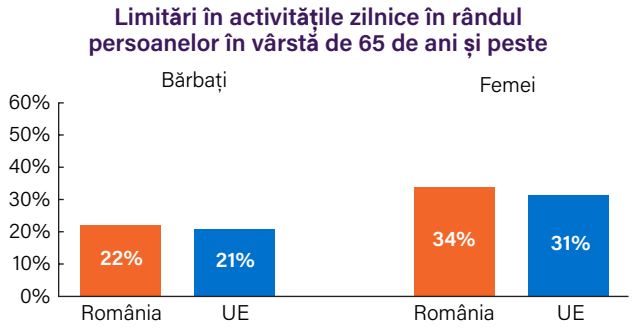



*Notă:* BPOC = bronhopneumopatie cronică obstructivă.
*Sursa:* Eurostat (hlth_cd_aro); Datele se referă la 2022.

*Figura 3. Numărul de ani de viață sănătoasă al românilor la vârsta de 65 de ani este mai mic de jumătate din media UE*




*Sursa:* Eurostat pentru anii de viață sănătoși (tespm120, tespm130) și ancheta SHARE (pentru bolile cronice și limitările în activitățile zilnice). Datele se referă la 2022 și, respectiv, 2021-2022.

## Aproape 2,4 milioane de români trăiesc cu o boală cardiovasculară

Bolile cardiovasculare (BCV) nu sunt doar principalele cauze de deces, ci și principalele cauze de morbiditate și dizabilitate în România, la fel ca în alte țări ale UE.

Estimările realizate de Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) arată că 2,4 milioane de români trăiau cu o BCV în 2021 și dintre aceștia peste 275 000 de persoane au fost cazuri nou diagnosticate (figura 4). Deși rata de prevalență standardizată în funcție de vârstă este ușor mai mică decât media UE, rata de incidență este una dintre cele mai ridicate din țările UE (1 486 la 100 000 de locuitori), reflectând o mortalitate relativ ridicată din cauza BCV (a se vedea secțiunea 5.1). Guvernul a introdus recent Strategia națională pentru combaterea bolilor cardiovasculare și cerebrovasculare 2024-2030, cu măsuri specifice pentru îmbunătățirea prevenirii, diagnosticării precoce și îngrijirii bolilor cardiovasculare.

Bărbații tind să dezvolte boli cardiovasculare mai devreme din cauza expunerii mai mari la factori de risc comportamentali, cum ar fi fumatul. Cu toate acestea, populația feminină vârstnică numeroasă din România – determinată de durata de viață mai lungă a femeilor – duce la o rată brută a incidenței mai mare în rândul femeilor, deoarece riscul de boli cardiovasculare crește brusc odată cu vârsta. Odată diagnosticate, femeile tind să aibă evoluții mai grave și o mortalitate mai ridicată din cauza bolilor cardiovasculare.

### *Figura 4. Rata de incidență a bolilor cardiovasculare în România este semnificativ mai mare decât media UE*



**278 115**
Cazuri noi în 2021

Rata de incidență (standardizată în funcție de vârstă), 1 486 la 100 000 de locuitori (1 157 în UE)

**2,4 MILIOANE**
Persoane care trăiesc cu această afecțiune în 2021

Rata de prevalență (standardizată în funcție de vârstă), 12 448 la 100 000 de locuitori (12 965 în UE)

*Sursa:* IHME, Global Health Data Exchange (estimările se referă la 2021).

## Cancerul reprezintă o povară substanțială în România, dar prevalența și incidența estimate rămân scăzute, în parte din cauza ratei scăzute de participare la programele de screening și a rezultatelor slabe

Conform estimărilor European Cancer Information System (ECIS), peste 600 000 de persoane trăiau cu un diagnostic de cancer în 2020, iar peste 100 000 de cazuri noi au fost diagnosticate în 2022 (figura 5). În rândul bărbaților, principalele localizări ale cancerului sunt prostata (19 %), plămânii (16 %) și colonul (15 %). În rândul femeilor, se estimează că sânul este cea mai frecventă localizare a cancerului nou diagnosticat (28 %), urmat de colon (12 %) și colul uterin (7 %).

Atât prevalența cancerului (3 547 la 100 000 de locuitori), cât și incidența (526 la 100 000 de locuitori) sunt estimate a fi mai mici decât media UE, ceea ce reflectă parțial rata scăzută de participare la programele de screening pentru cancer și rezultatele mai slabe. Planul național de combatere a cancerului a stabilit măsuri pentru întregul spectru de prevenire și îngrijire a cancerului (OECD/European Commission, 2025). Cu toate acestea, în ciuda progreselor înregistrate în mai multe domenii, rata de participare la screeningul cancerului rămâne scăzută (a se vedea secțiunea 5.1).

### *Figura 5. Prevalența și incidența estimate ale cancerului sunt sub media UE*



**100 471**
Cazuri noi în 2022

Rata de incidență (standardizată în funcție de vârstă), 526 la 100 000 de locuitori (572 în UE)

**667 090**
Persoane care trăiesc cu această afecțiune în 2020

Rata de prevalență (standardizată în funcție de vârstă), 3 547 la 100 000 de locuitori (4 767 în UE)

*Note:* Acestea sunt estimări care pot diferi de datele naționale. Datele privind cancerul includ toate tipurile de cancer, cu excepția cancerului de piele non-melanom.
*Sursa:* European Cancer Information System (estimările se referă la 2022 pentru datele privind incidența și la 2020 pentru prevalență).

# 3 Factori de risc

## Factorii de risc comportamentali și de mediu sunt responsabili pentru mai mult de o treime din totalul deceselor

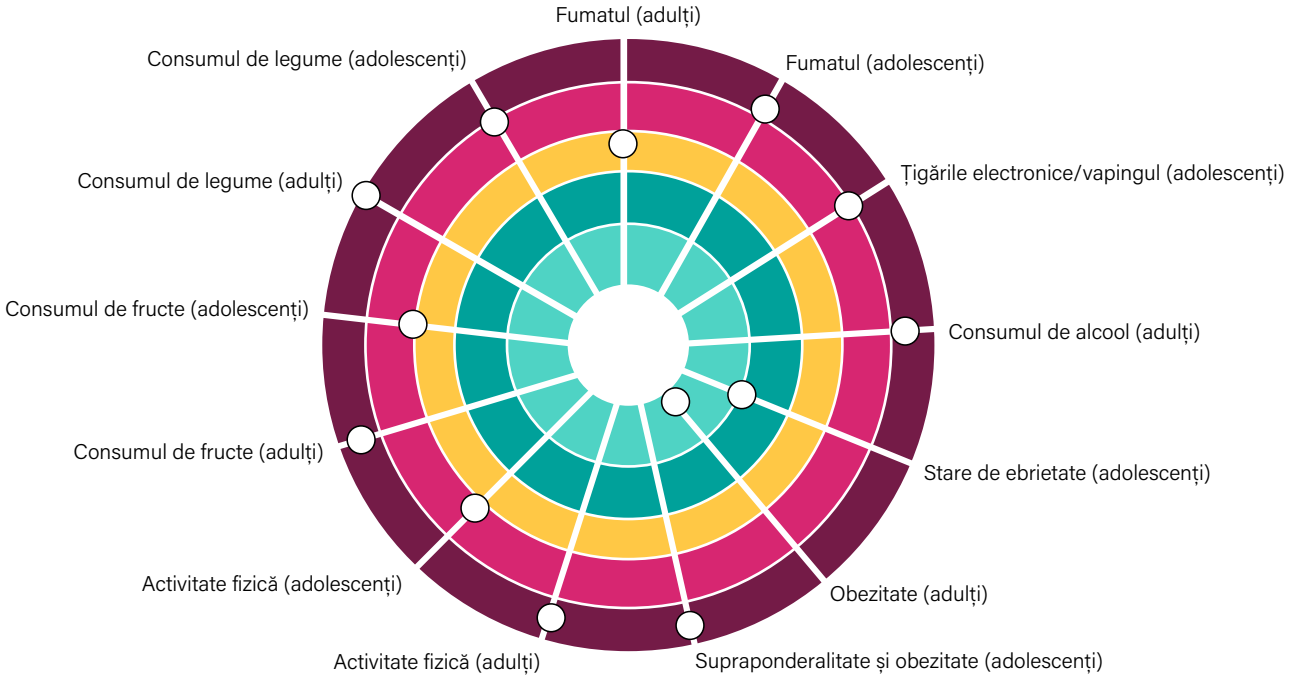
Conform estimărilor IHME, aproximativ 29 % din totalul deceselor din România în 2021 ar putea fi atribuite factorilor de risc comportamentali, printre care fumatul, obiceiurile alimentare (de exemplu, consumul ridicat de zahăr și sare, combinat cu un consum redus de fructe și legume), consumul de alcool și activitatea fizică redusă. Poluarea aerului, sub formă de expunere la ozon și particule fine ($PM_{2,5}$), a reprezentat un procent suplimentar de 6 % din mortalitatea totală, o cifră mai mare decât în majoritatea țărilor UE.

## Fumatul rămâne o preocupare majoră atât în rândul adulților, cât și al adolescenților

În ciuda unei ușoare reduceri a ratei fumatului începând din 2008, aproximativ unul din cinci adulți încă fuma zilnic în 2019 – o proporție similară cu media UE (figura 6). Există o diferență mare între sexe: bărbații sunt de aproape patru ori mai predispuși să fumeze decât femeile (31 % față de 8 %). Fumatul în rândul adolescenților este, de asemenea, ridicat, 23 % dintre tinerii de 15 ani declarând că au fumat țigări obișnuite în ultima lună în 2022 – cu mult peste media UE (17 %). Consumul de țigări electronice a devenit, de asemenea, foarte popular: 26 % dintre tinerii în vârstă de 15 ani au declarat că au vapat cel puțin o dată în ultima lună în 2022, depășind media UE (21 %).

România a luat măsuri importante pentru a reduce fumatul în ultimul deceniu, inclusiv interzicerea fumatului în spațiile închise și interzicerea publicității pentru tutun și țigări electronice. În 2022, guvernul a introdus o creștere treptată a taxelor pe produsele din tutun, programată pentru perioada 2022-2026. De asemenea, guvernul a interzis vânzarea de produse alternative din tutun, inclusiv țigări electronice, pliculețe cu nicotină și dispozitive de încălzire a tutunului, persoanelor cu vârsta sub 18 ani în 2024.

***Figura 6. România are rezultate mai slabe decât majoritatea țărilor UE în ceea ce privește mulți factori de risc***




*Note:* Cu cât punctul este mai aproape de centru, cu atât țara are performanțe mai bune în comparație cu alte țări din UE. Nicio țară nu se află în „zona țintă" albă, deoarece în toate țările este loc pentru progres.
*Surse:* Calculele OCDE se bazează pe sondajul HBSC 2022 pentru indicatorii referitori la adolescenți; Eurostat se bazează pe EU-SILC și OECD Data Explorer pentru indicatorii referitori la adulți (2022 sau anul cel mai apropiat), cu excepția fumatului (EHIS 2019).

## Consumul de alcool rămâne o provocare pentru sănătatea publică

România a înregistrat unul dintre cele mai ridicate niveluri ale consumului de alcool din UE în 2023 (12,3 litri per adult), o creștere de aproape 30 % în ultimul deceniu, contrar tendinței de scădere din majoritatea celorlalte țări ale UE. În rândul adolescenților români, 17 % dintre cei în vârstă de 15 ani au declarat în 2022 că s-au îmbătat de mai multe ori în viața lor, prevalența fiind mai mare în rândul băieților (19 %) decât în rândul fetelor (14 %). Țara a introdus doar un număr limitat de măsuri pentru

a combate consumul nociv de alcool, printre care accize pe alcool, reglementări privind publicitatea la alcool și interzicerea vânzării de alcool persoanelor sub 18 ani, introdusă în 2024.

### Unul din zece adulți români este obez, iar ponderea copiilor supraponderali este printre cele mai ridicate din UE

Alimentația nesănătoasă și sedentarismul sunt principalii factori care contribuie la supraponderalitate și obezitate. Românii au unul dintre cele mai scăzute consumuri de fructe și legume din UE: în 2022, doar 38 % dintre adulți consumau fructe zilnic (față de o medie UE de aproximativ 60 %), iar o proporție similară (37 %) declarau consum zilnic de legume (față de o medie UE de 60 %). Doar aproximativ unul din cinci adulți a practicat activitate fizică mai mult de trei ori pe săptămână în 2022, ceea ce reprezintă al patrulea cel mai scăzut nivel dintre țările UE.

În ciuda acestor modele de risc, rata obezității în rândul adulților din România (pe baza înălțimii și greutății declarate de aceștia) a fost a doua cea mai scăzută din UE în 2022, potrivit anchetei EU-SILC: doar 10 % dintre adulți erau obezi, comparativ cu media UE de 14 %.[1]

În rândul adolescenților, ponderea celor în vârstă de 15 ani care erau supraponderali sau obezi aproape s-a dublat, de la 14 % în 2010 la 26 % în 2022 – a treia cea mai mare cifră dintre țările UE. Mai puțin de o treime dintre tinerii în vârstă de 15 ani consumau fructe (29 %) și legume (30 %) zilnic, iar doar 15 % practicau activitate fizică cel puțin o oră pe zi – o proporție similară cu media UE, dar departe de a îndeplini recomandarea OMS ca toți adolescenții să facă acest lucru în fiecare zi. Țara a introdus recent măsuri pentru a încuraja o alimentație mai sănătoasă în rândul copiilor și adulților, cum ar fi taxarea băuturilor îndulcite cu zahăr și interzicerea vânzării de produse alimentare cu conținut ridicat de grăsimi, sare și zahăr în școli și în spațiile din apropierea acestora.

### Diferențele legate de nivelul de educație în ceea ce privește obezitatea și activitatea fizică sunt mari în România

Nivelul de educație influențează factorii de risc comportamentali în România, la fel ca în alte țări ale UE. În 2022, adulții cu un nivel de educație mai scăzut[2] aveau o probabilitate de două ori mai mare de a fi obezi decât cei cu studii universitare (12 % față de 6 %). Disparitățile în ceea ce privește activitatea fizică sunt, de asemenea, mari: peste 80 % dintre adulții cu un nivel de educație mai scăzut au declarat un nivel scăzut de activitate fizică, comparativ cu 73 % dintre absolvenții de studii universitare. Cu toate acestea, la fel ca în câteva alte țări din UE, fumatul prezintă un gradient social inversat: în 2019, fumatul zilnic era mai frecvent în rândul persoanelor cu un nivel de educație mai ridicat (18 %) decât în rândul celor cu un nivel de educație mai scăzut (14 %).

# 4 Sistemul de sănătate

### Sistemul de asigurări de sănătate din România se bazează în cea mai mare parte pe o bază redusă de contribuții ale angajaților

Furnizarea majorității serviciilor de sănătate în România este descentralizată și se află în responsabilitatea a 41 de județe și a capitalei (București). Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), care se află în subordinea Ministerului Sănătății (MS), supraveghează sistemul de asigurări sociale de sănătate (ASS) obligatorii.

Până în 2025, 19 grupuri de populație erau scutite de contribuții, printre care copiii, studenții, pensionarii, persoanele cu afecțiuni cronice, persoanele cu dizabilități, șomerii și persoanele cu venituri sub salariul minim. Lucrătorii din construcții, agricultură și industria alimentară cu venituri brute lunare de până la 2 000 EUR au fost, de asemenea, scutiți în 2019, deși această măsură a fost suspendată în 2023. Reformele de austeritate din septembrie 2025 au redus și mai mult aceste scutiri, care acum se limitează în principal la copii, pensionari cu venituri mici, persoane cu dizabilități și câteva alte grupuri cu statut special. Se preconizează că aceste noi măsuri vor extinde baza de contribuabili cu peste o treime în următorii ani (CNAS, 2025).

În 2024, aproximativ 89 % din populație era acoperită de asigurarea socială de sănătate, cea mai mică proporție dintre țările UE (a se vedea secțiunea 5.2).

### Cheltuielile pentru sănătate în România sunt mai mici de jumătate din media UE

Cheltuielile pentru sănătate ale României rămân cele mai scăzute din UE. În 2023, cheltuielile pentru sănătate au fost de 1 800 EUR pe cap de locuitor (ajustate pentru

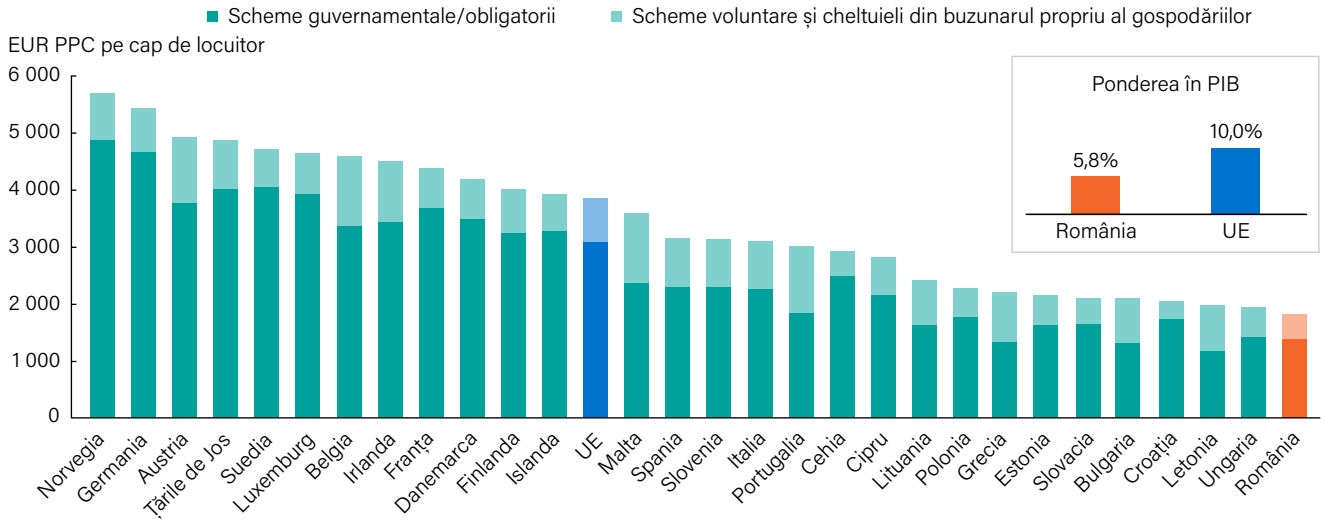
[1] Raportul OMS/Europa „European Health Report 2024" prezintă o tendință opusă: rata obezității în rândul adulților din România a fost cea mai ridicată dintre țările UE în 2022, ajungând la 34 %. Aceste cifre ale OMS sunt estimări bazate pe modele care utilizează înălțimea și greutatea măsurate, o metodologie care minimizează erorile de răspuns.

[2] Nivelul scăzut de educație este definit ca populația cu studii cel mult gimnaziale (nivelurile ISCED 0-2), în timp ce nivelul de educație superior este populația cu studii superioare (nivelurile ISCED 5-8).

diferențele de putere de cumpărare) – mai puțin de jumătate din media UE de 3 832 EUR (figura 7). Aceasta a reprezentat 5,8 % din PIB, de asemenea cu mult sub media UE (10,0 %). În ciuda promisiunilor repetate de a crește finanțarea publică, ponderea cheltuielilor publice alocate sănătății a scăzut în ultimii ani (a se vedea secțiunea 5.3).

În 2023, guvernul și sistemul de asigurări obligatorii au finanțat 77 % din cheltuielile de sănătate, sub media UE (80 %). Plățile directe din buzunarul propriu (OOP) au reprezentat aproape toate cele 23 % rămase, cu mult peste media UE (16 %). Această pondere ridicată a plăților OOP este determinată de medicamentele pentru pacienții din ambulatoriu și de îngrijirile stomatologice (a se vedea secțiunea 5.2), precum și de plățile directe efectuate de persoanele neasigurate pentru anumite servicii, ceea ce indică necesitatea unei acoperiri mai largi a populației, a unui pachet de servicii extins și a unei mai bune partajări a costurilor. Plățile informale joacă, de asemenea, un rol important (a se vedea secțiunea 5.2).

### *Figura 7. România are cele mai mici cheltuieli de sănătate pe cap de locuitor din țările UE*




*Notă:* Media UE este ponderată (calculată de OCDE).
*Surse:* OECD Data Explorer (DF_SHA); baza de date Eurostat (demo_gind). Datele se referă la anul 2023.

## Cheltuielile ridicate pentru îngrijirea spitalicească reflectă progresele limitate în consolidarea asistenței medicale primare și preventive

Îngrijirea spitalicească absoarbe o proporție mare și în creștere din cheltuielile pentru sănătate ale României, ponderea acesteia ajungând la 41 % în 2023, a doua cea mai mare din țările UE. În schimb, ponderea dedicată îngrijirii ambulatorii (20 %) a fost a doua cea mai mică din UE, reflectând un sistem care se bazează pe servicii spitalicești cu consum intensiv de resurse (figura 8). Eforturile de consolidare a asistenței medicale primare – care au apărut în mod repetat pe agenda politică începând cu anii 1990 – au înregistrat progrese limitate, iar o parte substanțială a resurselor din domeniul sănătății continuă să fie alocată îngrijirii spitalicești.

Cheltuielile pentru produse farmaceutice și dispozitive medicale au reprezentat 28 % din cheltuielile pentru sănătate în 2023, ceea ce a constituit una dintre cele mai mari ponderi din UE, deși cheltuielile pe cap de locuitor sunt încă mult sub media UE. Asistența medicală preventivă și îngrijirea pe termen lung au reprezentat o pondere relativ mică din cheltuielile de sănătate în 2023, ambele fiind cu mult sub media UE.

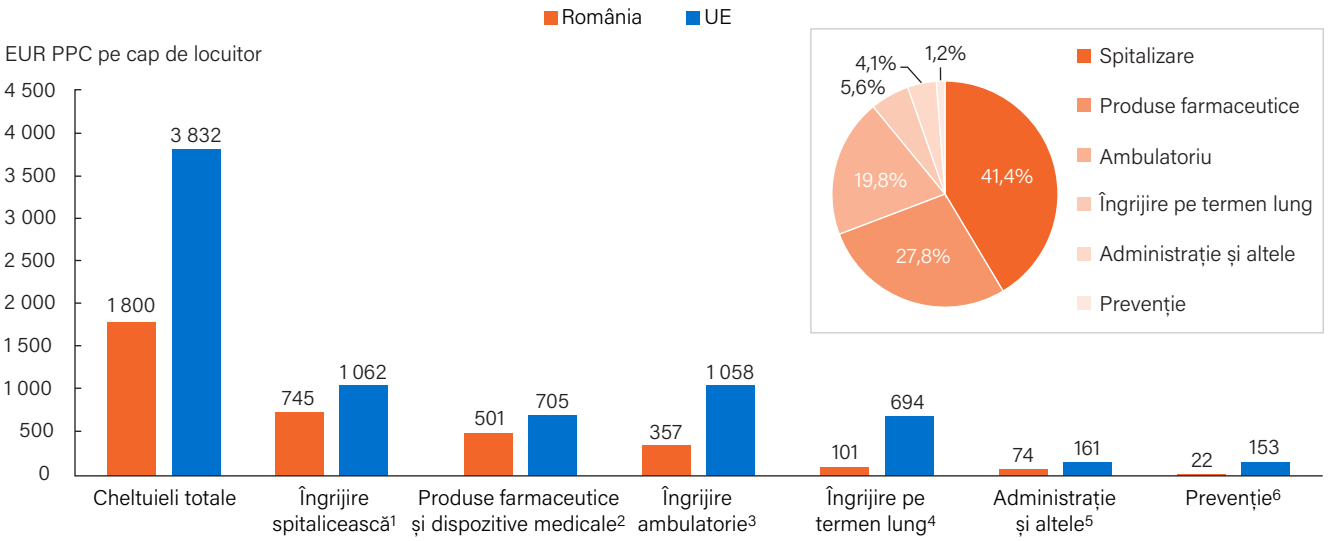
## Numărul medicilor și al asistenților medicali a crescut, dar emigrația și distribuția geografică inegală rămân o problemă

În 2023, în România existau 3,7 medici la 1 000 de locuitori, comparativ cu media UE de 4,3, și 8,2 asistenți medicali la 1 000 de locuitori, comparativ cu 8,5 (figura 9).

România a crescut numărul de medici și asistenți medicali în ultimul deceniu, datorită unui număr mai mare de absolvenți de medicină și asistență medicală. Cu toate acestea, personalul de asistență medicală include în continuare o proporție semnificativă de profesioniști cu diplome vechi care nu îndeplinesc standardele actuale de recunoaștere profesională ale UE (82 %). În 2024, o modificare specifică în normele UE – Directiva (UE) 2024/505 – a încorporat programul de „revalorizare a formării inițiale de asistent medical generalist, dobândită anterior datei de 1 ianuarie 2007" introdus în 2014 în România. Odată cu intrarea în vigoare a acestei modificări, proporția asistenților medicali clasificați ca neconformi va scădea probabil, deși unele competențe și nevoi de formare pot rămâne.

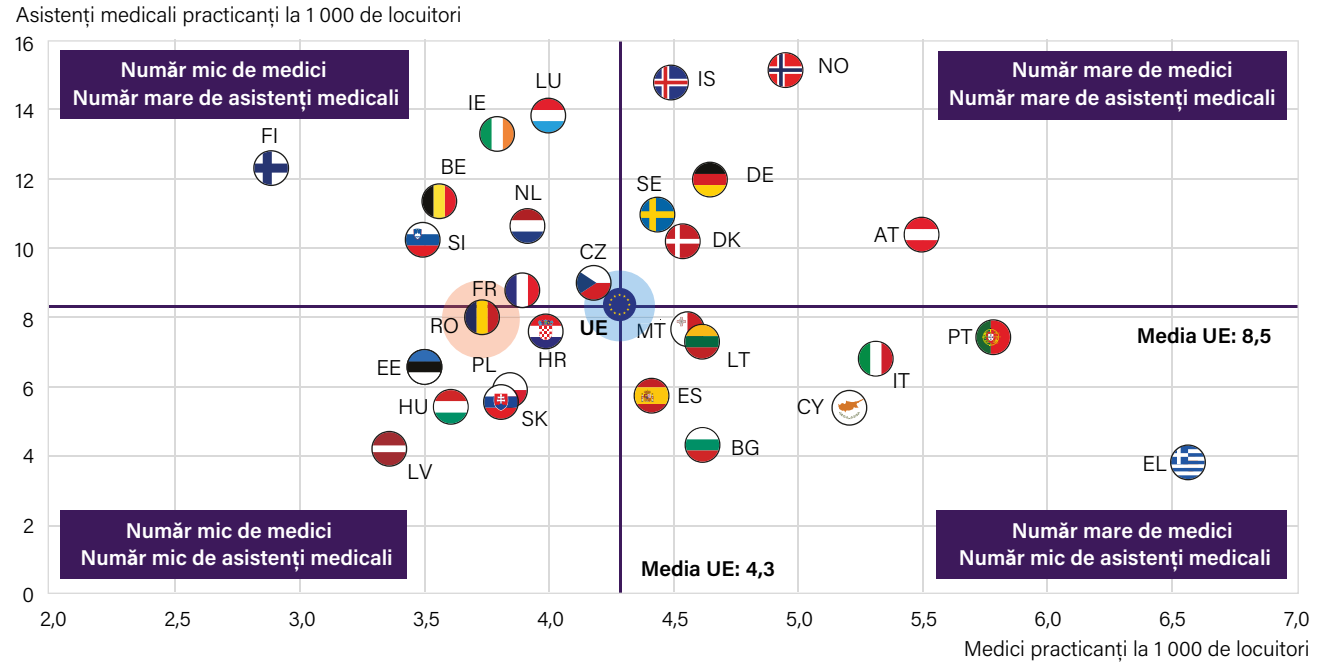
Provocările persistă în ceea ce privește distribuția geografică a lucrătorilor (a se vedea secțiunea 5.3). Retenția personalului rămâne, de asemenea, o provocare în contextul salariilor mai mari și al condițiilor de muncă mai bune din alte părți ale UE (a se vedea secțiunea 5.3).

### *Figura 8. Asistența medicală spitalicească reprezintă 41 % din cheltuielile totale de sănătate în România*




*Note:* 1. Include îngrijirea curativă-recuperare în spitale și în alte instituții; 2. Include numai piața ambulatorie; 3. Include îngrijirea la domiciliu și serviciile auxiliare (de exemplu, transportul pacienților); 4. Include numai componenta de sănătate; 5. Include guvernanța și administrarea sistemului de sănătate și alte cheltuieli. 6. Include numai cheltuielile pentru programele de prevenție organizate. Media UE este ponderată (calculată de OCDE).
*Surse:* OECD Data Explorer (DF_SHA). Datele se referă la anul 2023.

### *Figura 9. România are mai puțini medici și asistenți medicali decât media UE*

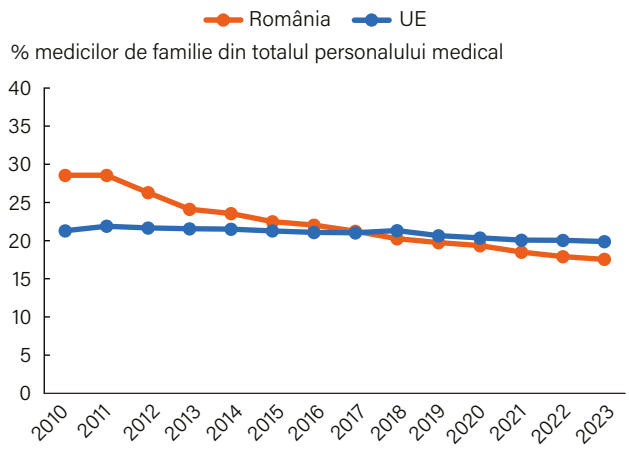



*Note:* Media UE este neponderată. Datele privind asistenții medicali includ toate categoriile de asistenți medicali (nu numai cei care îndeplinesc cerințele Directivei UE privind recunoașterea calificărilor profesionale). În Portugalia și Grecia, datele se referă la toți medicii autorizați să practice, ceea ce duce la o supraestimare semnificativă a numărului de medici practicanți. În Grecia, numărul asistenților medicali este subestimat, deoarece Îl include numai PE cei care lucrează în spitale.
*Sursa:* OECD Data Explorer (DF_PHYS, DF_NURSE). Datele se referă la anul 2023 sau la anul cel mai apropiat.

## Proporția medicilor generaliști în rândul medicilor este mai mică decât în majoritatea țărilor UE

În 2023, medicii generaliști reprezentau 18 % din personalul medical, sub nivelul din majoritatea țărilor UE și sub media UE de 20 % (figura 10). Numărul absolut de medici generaliști din România a crescut foarte puțin în ultimul deceniu, iar ponderea medicilor generaliști în cadrul personalului medical a scăzut sub media UE începând din 2018. Acest lucru reflectă două presiuni care se amplifică: interesul scăzut pentru asistența medicală primară în rândul noilor medici și rata ridicată de pensionări în rândul medicilor generaliști actuali. Este probabil ca această din urmă tendință să persiste, întrucât doi din cinci medici generaliști au peste 60 de ani (Medic24, 2025).

*Figura 10. Ponderea medicilor de familie în totalul medicilor a scăzut constant în România de-a lungul timpului*




*Notă:* Media UE nu este ponderată.
*Sursa:* OECD Data Explorer (DF_PHYS_CAT).

### Asistența medicală primară joacă un rol limitat în sistem, însă reformele vizează consolidarea rolului acesteia

Medicii generaliști lucrează în mare parte în cabinete private independente, contractate de casele de asigurări de sănătate județene. Rolul lor de control al accesului la servicii medicale și de gestionare a îngrijirii cronice rămâne slab: pentru majoritatea afecțiunilor, pacienții consultă medicii generaliști în primul rând pentru a obține trimiteri la specialiști, deoarece domeniul de activitate clinic al medicilor generaliști este limitat. Pentru anumite afecțiuni, pacienții pot accesa direct medicii specialiști, fără a mai consulta mai întâi medicii generaliști.

Prin urmare, România continuă să se bazeze în mare măsură pe serviciile de specialitate și spitalicești. În ciuda reformelor propuse în repetate rânduri pentru consolidarea asistenței medicale primare, sistemul a rămas centrat pe spitale, cu un număr mare de paturi și activități spitalicești. În acest context, Planul național de redresare și reziliență (PNRR) și Programul operațional pentru sănătate, finanțate în comun de Fondul european de dezvoltare regională (FEDR) și Fondul social european plus (FSE+), alocă fonduri pentru consolidarea asistenței medicale primare, cum ar fi modernizarea infrastructurii de asistență medicală primară, centre comunitare integrate și stimulente financiare pentru furnizorii de asistență medicală primară în vederea extinderii serviciilor preventive și comunitare (a se vedea secțiunea 5.3).

# 5 Performanța sistemului de sănătate

## 5.1 Eficacitatea

### România are printre cele mai mari rate de mortalitate prevenibilă și tratabilă din UE

În 2022, mortalitatea prevenibilă în România era a treia cea mai mare din UE, cu 304 decese la 100 000 de locuitori (figura 11). Bolile cardiace ischemice, afecțiunile legate de consumul de alcool și cancerul pulmonar erau principalele cauze, reflectând prevalența ridicată a factorilor de risc comportamentali (a se vedea secțiunea 3).

Mortalitatea prin cauze tratabile, definită ca decesele care ar putea fi evitate prin îngrijiri medicale eficace și acordate la timp, a fost cea mai mare din UE în 2022, cu 215 decese la 100 000 de locuitori. Bolile cardiace ischemice, pneumonia și accidentele vasculare cerebrale au fost principalele cauze. Mortalitatea cauzată de hipertensiunea arterială tratabilă și de pneumonie a fost deosebit de ridicată, de aproape șase ori mai mare decât media UE.

### România a recunoscut necesitatea de a aborda mortalitatea evitabilă printr-o atenție sporită acordată asistenței medicale primare

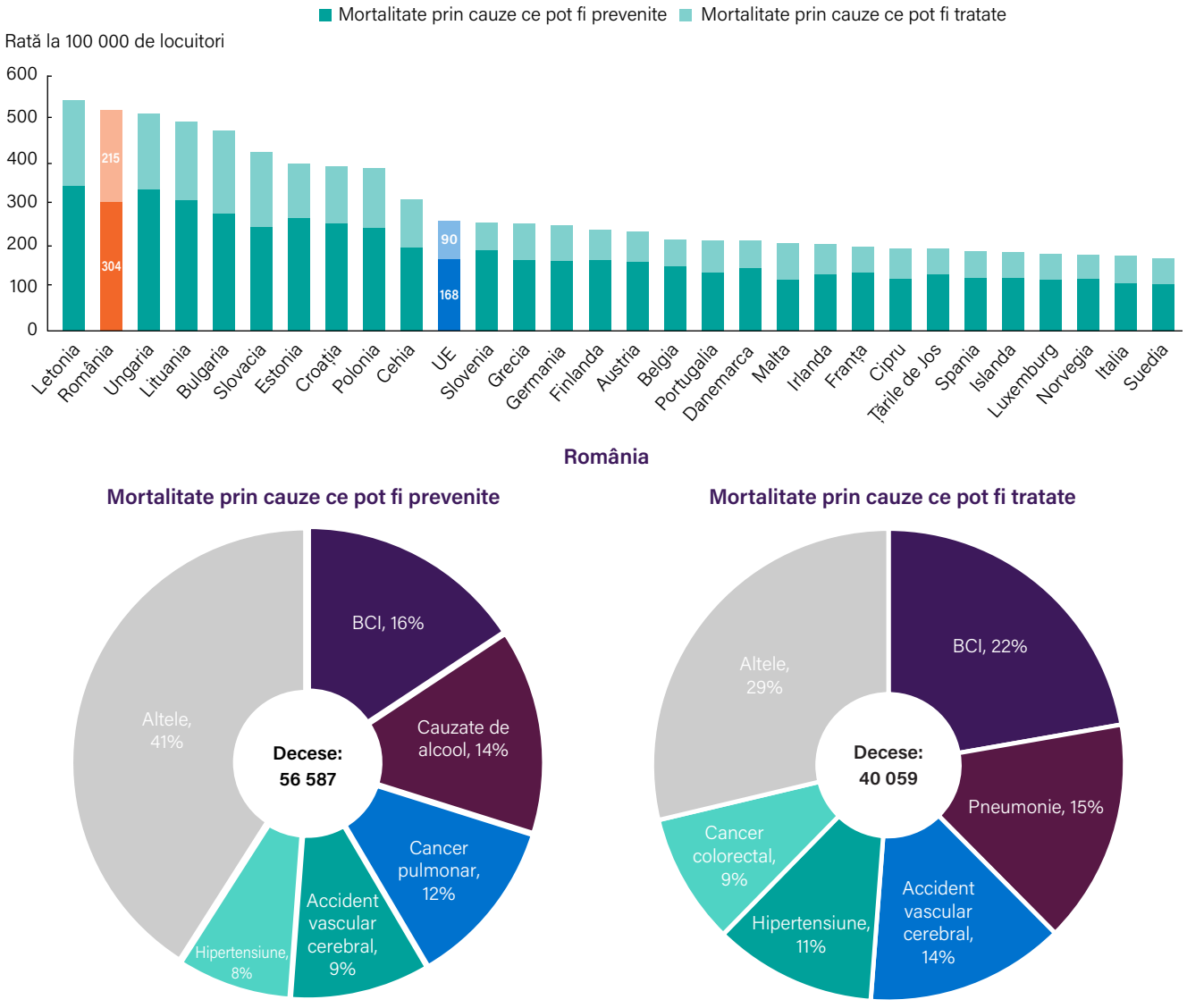
În 2024, România a introdus un instrument de screening în cadrul asistenței medicale primare, „Riscograma”, destinat adulților cu vârsta de 40 de ani și peste, pentru identificarea afecțiunilor cronice (cum ar fi bolile circulatorii, cancerul și diabetul) și a factorilor de risc comportamentali (cum ar fi consumul de alcool și fumatul), cu scopul de a reduce nivelurile ridicate de mortalitate evitabilă. Guvernul a adoptat, de asemenea, Strategia națională pentru combaterea bolilor cardiovasculare și cerebrovasculare pentru a reduce decesele evitabile cauzate de cardiopatia ischemică și accidentul vascular cerebral. Cu toate acestea, România nu dispune încă de o abordare cuprinzătoare și multisectorială a prevenției primare, esențială pentru reducerea mortalității prevenibile.

### Ratele de vaccinare din România pentru mai multe boli infecțioase rămân cu mult sub cele ale majorității țărilor din UE

După o creștere inițială în primul an al pandemiei (2020-2021), vaccinarea împotriva gripei în rândul persoanelor cu vârsta de 65 de ani și peste a scăzut drastic în 2021-2022 și a revenit la nivelul pre-pandemic de 23 % în 2022-2023 – mai puțin de jumătate din media UE (figura 12, panoul din stânga).

Imunizarea împotriva rujeolei în rândul copiilor mici a început să scadă înainte de pandemie și a continuat după. În 2024, doar 66 % dintre copiii cu vârsta sub un an

*Figura 11. Mortalitatea din cauze prevenibile și tratabile în România este printre cele mai mari*



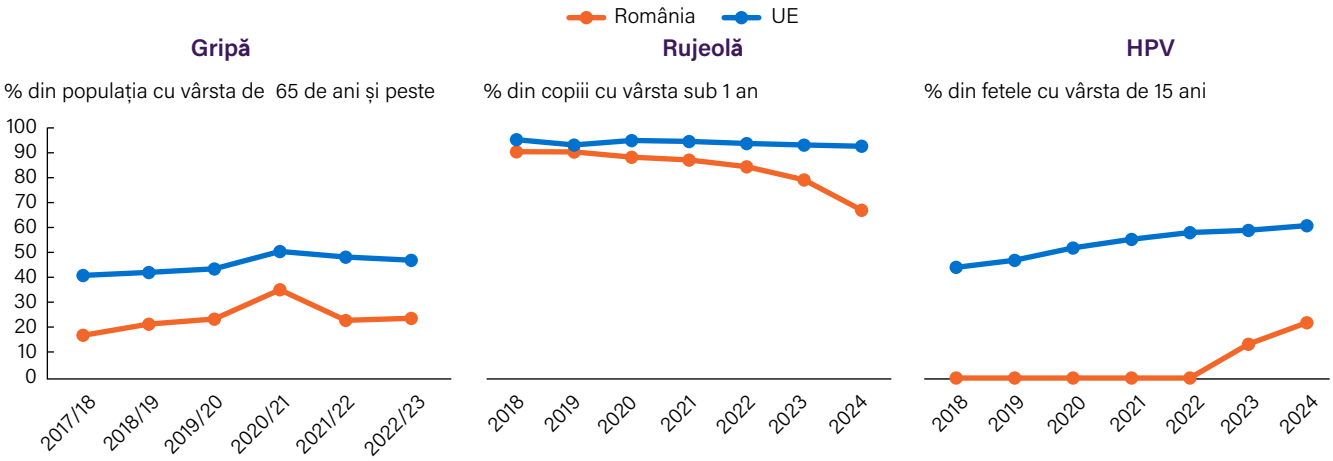

*Note:* Mortalitatea prevenibilă este definită ca decesele care pot fi evitate în principal prin intervenții de sănătate publică și prevenție primară. Mortalitatea tratabilă (sau remediabilă) este definită ca decesele care pot fi evitate în principal prin intervenții medicale, inclusiv screening și tratament. Ambii indicatori se referă la mortalitatea prematură (sub 75 de ani). Listele atribuie jumătate din totalul deceselor cauzate de anumite boli (de exemplu, cardiopatie ischemică, accident vascular cerebral, diabet și hipertensiune) listei mortalității prevenibile, iar cealaltă jumătate cauzelor tratabile, astfel încât nu există o dublă contabilizare a aceluiași deces. BPOC se referă la bronhopneumopatia cronică obstructivă. BCI = boală cardiacă ischemică.
*Sursa:* Eurostat (hlth_cd_apr) (datele se referă la 2022).

primiseră prima doză de vaccin împotriva rujeolei – cea mai scăzută rată din UE (figura 12, panoul din mijloc). Neîncrederea în vaccinuri și barierele la nivel de sistem au contribuit la această scădere (Save the Children, 2025). Între 1 august 2024 și 31 iulie 2025, cazurile din România au reprezentat 67 % din toate cazurile de rujeolă raportate în UE, ceea ce reflectă impactul acoperirii vaccinale constant scăzute (ECDC, 2025).

În ultimii ani au fost introduse politici pentru a crește rata de vaccinare. În 2023, guvernul a adoptat Strategia națională de vaccinare 2023-2030 pentru a îmbunătăți acoperirea în rândul populației, iar majoritatea vaccinurilor (inclusiv cele împotriva gripei și rujeolei) au fost puse la dispoziție gratuit. De la sfârșitul anului 2023, vaccinul împotriva virusului papiloma uman (HPV) este oferit gratuit tuturor fetelor și băieților cu vârste cuprinse între 11 și 18 ani, iar în 2025 această măsură a fost extinsă la vârsta de 26 de ani.

Țara a relansat programul de vaccinare împotriva HPV în 2020, după o primă încercare eșuată în 2008. În ciuda acestei relansări, acoperirea rămâne scăzută: în 2024, doar 23 % dintre fetele în vârstă de 15 ani au urmat întregul program recomandat de vaccinare împotriva HPV, mai puțin de jumătate din media UE de 63 %, deși acest procent reprezintă o creștere substanțială față de 2023 (figura 12, panoul din dreapta). Se preconizează că extinderea ofertei gratuite va contribui la creșterea gradului de vaccinare în următorii ani.

*Figura 12. Ratele de vaccinare pentru boli importante rămân extrem de scăzute*




*Notă:* Media UE este ponderată pentru gripă (calculată de Eurostat) și neponderată pentru rujeolă și HPV.
*Surse:* Eurostat (hlth_ps_immu) și Formularul comun de raportare privind imunizarea (JRF) al OMS/UNICEF.

## Mortalitatea prin cancer rămâne ridicată, în ciuda unui deceniu de îmbunătățiri

Mortalitatea prin cancer în România a fost de 241 de decese la 100 000 de locuitori în 2022, înregistrând o reducere de 10 % în ultimul deceniu, dar fiind încă peste valorile majorității țărilor din UE. Pentru a accelera progresul, România a adoptat în 2022 un Plan național de combatere a cancerului pe cinci ani, aliniat la cei patru piloni ai Planului european de combatere a cancerului (prevenire, depistare precoce, diagnostic și tratament, calitate a vieții). Planul promovează îngrijirea integrată și multidisciplinară și reorganizarea parcursului pacienților pentru a îmbunătăți coordonarea și promptitudinea, dar punerea în aplicare a acestuia a fost blocată din cauza întârzierilor operaționale.

Absența registrelor naționale de cancer a limitat monitorizarea screeningului, a rezultatelor și a calității îngrijirii. Țara își propune să înființeze un nou registru național de cancer. Se abordează și problema accesului la diagnostic și tratament în timp util, inclusiv prin intermediul unui program ad hoc de acces rapid la medicamente oncologice (OECD/European Commission, 2025).

## Screeningul pentru cancer este în mare parte oportunist, ceea ce duce la rate scăzute de screening

Screeningul pentru cancer în România este în mare parte oportunist. Monitorizarea continuă este limitată, deoarece nu există programe naționale pentru populație, cu excepția screeningului pentru cancerul cervical, care se confruntă cu deficiențe sistemice, cum ar fi lipsa personalului calificat pentru prelucrarea probelor.

Datele sondajului din 2019 indică o participare foarte scăzută: mai puțin de 10 % dintre persoanele eligibile au declarat că au efectuat screeningul pentru cancerul mamar sau colorectal în ultimii doi ani, ceea ce este cu mult sub mediile programului UE, de 56 % și, respectiv, 44 %. Ratele de screening pentru cancerul de col uterin sunt mai ridicate datorită programului de screening existent, dar rămân totuși modeste, 39 % dintre femeile cu vârste cuprinse între 20 și 69 de ani declarând în 2019 că au efectuat un test în ultimii doi ani, comparativ cu media programului UE de 55 %. Participarea la screening și gradul de conștientizare în rândul populației rome sunt deosebit de scăzute (Simion et al., 2023).

Pentru a trece de la screeningul oportunist la cel organizat, România a lansat recent proiecte-pilot regionale pentru cancerul de sân și cancerul colorectal, care includ unități mobile în zonele defavorizate, cu sprijinul Fondurilor de coeziune ale UE.

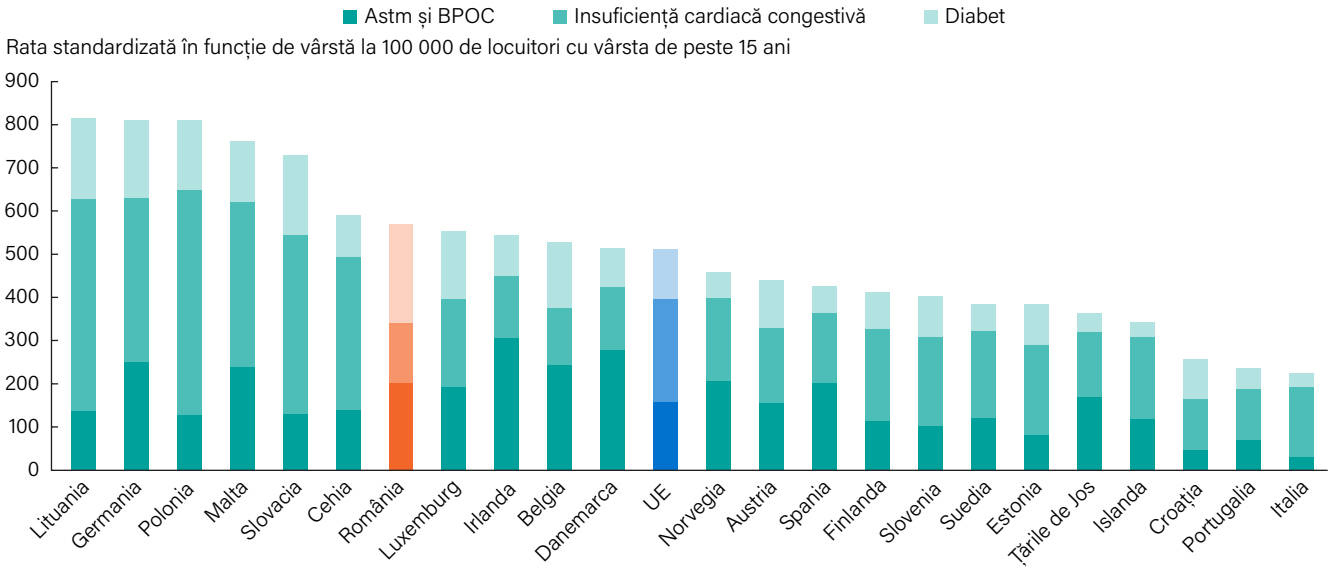
## Internările evitabile în spital pentru afecțiuni cronice sunt ridicate, în special pentru diabet

Internările potențial evitabile pentru afecțiuni cronice precum astmul și BPOC, insuficiența cardiacă congestivă și diabet în România se numără de mult timp printre cele mai ridicate din UE, reflectând deficiențe persistente în gestionarea acestor afecțiuni în afara spitalului. Deși în 2003 a rămas sub nivelurile dinaintea pandemiei, România încă se află peste media UE în ceea ce privește internările pentru majoritatea acestor afecțiuni și s-a clasat pe primul loc în ceea ce privește internările pentru diabet (figura 13).

În 2020, România a răspuns la povara crescândă a diabetului prin lansarea primului său Program național de prevenire a diabetului. Pentru a consolida rolul asistenței medicale primare, țara a permis medicilor de familie să efectueze screeningul pentru diabet și să prescrie anumite medicamente antidiabetice pentru cazurile necomplexe. În ciuda acestor eforturi, gestionarea diabetului depinde în continuare în mare măsură de nivelurile superioare de îngrijire. Internările evitabile în spital pentru diabet continuă să crească, exercitând o presiune tot mai mare asupra asistenței medicale secundare și terțiare, ceea ce evidențiază necesitatea unor acțiuni mai cuprinzătoare la nivelul asistenței medicale primare, urmând exemplul țărilor precum Portugalia.

În sens mai larg, România încearcă să consolideze rolul asistenței medicale primare în gestionarea bolilor cronice. Strategia națională de sănătate 2022-2030 prezintă

*Figura 13. Internările potențial evitabile pentru afecțiuni cronice rămân ridicate în România*




*Notă:* Ratele de internare nu sunt ajustate pentru diferențele în prevalența bolilor între țări. Datele se referă la 2023 sau la ultimul an disponibil.
*Sursa:* OECD Data Explorer (DF_HCQO).

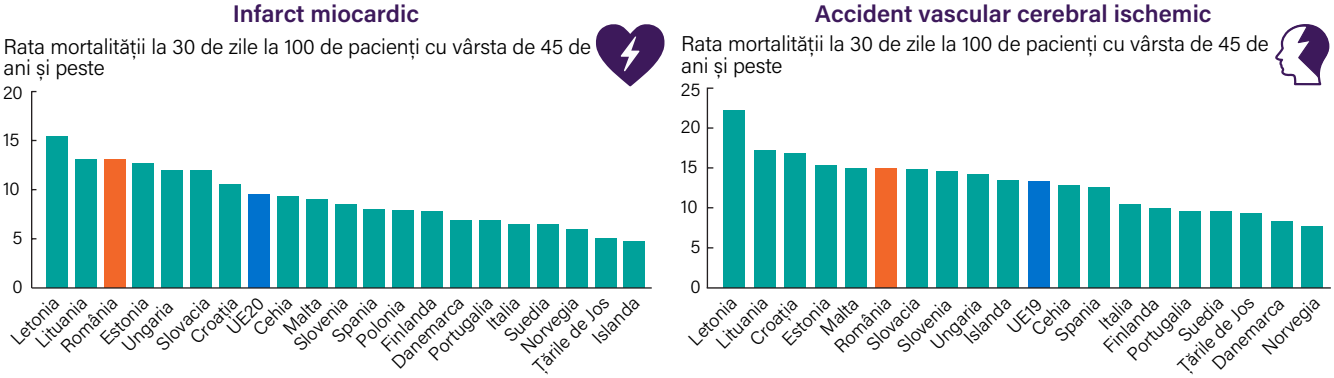
obiective precum îmbunătățirea traseului pacienților și consolidarea coordonării între nivelurile de îngrijire. Cu toate acestea, în afară de lansarea centrelor comunitare integrate (a se vedea mai jos), implementarea măsurilor concrete a fost până în prezent limitată.

## Mortalitatea ridicată prin infarct miocardic acut și accident vascular cerebral reflectă lacunele în îngrijirea acută și post-acută

Ratele de mortalitate la 30 de zile pentru infarctul miocardic acut (IMA) și accidentul vascular cerebral sunt indicatori esențiali ai calității îngrijirii spitalicești acute. În 2023, mortalitatea la 30 de zile pentru IMA și accident vascular cerebral în România a rămas cu mult peste media țărilor UE pentru care sunt disponibile date (figura 14). Aceste rezultate indică provocări persistente în ceea ce privește răspunsul de urgență în timp util și coordonarea între serviciile spitalicești și cele post-acute.

În ciuda priorităților stabilite în Strategia națională de sănătate pentru îmbunătățirea circuitelor pentru îngrijire cardiovasculară, rezultatele privind bolile cardiovasculare acute rămân semnificativ mai slabe decât în restul UE. Întârzierile în prezentarea și transportul pacienților, respectarea inegală a protocoalelor bazate pe dovezi și capacitatea limitată de recuperare post-acută și prevenție secundară contribuie la decese care ar putea fi evitate. Politicile recente includ adoptarea de către România a Planului de acțiune pentru Europa privind accidentele vasculare cerebrale și extinderea programului național pentru accidentele vasculare cerebrale acute (inclusiv un registru intervențional), alături de Strategia națională pentru combaterea bolilor cardiovasculare și cerebrovasculare (2025-2030), care stabilește obiective pentru consolidarea circuitelor de urgență și extinderea serviciilor de recuperare și trimiterea către îngrijiri post-acute.

*Figura 14. Ratele de mortalitate la 30 de zile pentru infarctul miocardic acut și accidentul vascular cerebral în România sunt cu mult peste media UE*

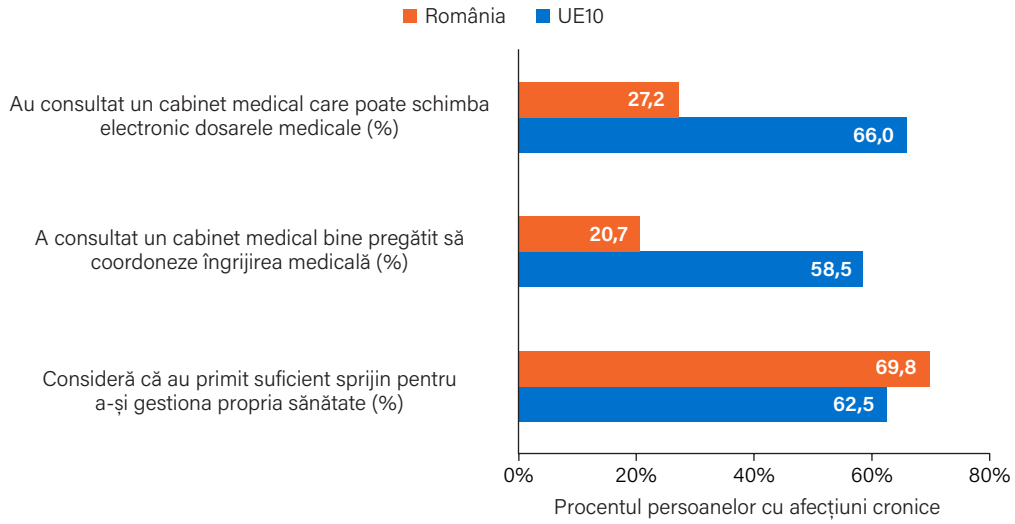



*Notă:* Datele se referă la anul 2023. Cifrele se bazează pe datele pacienților standardizate în funcție de vârstă și sex pentru populația internată în spital pentru infarct miocardic și accident vascular cerebral ischemic.
*Sursa:* OECD Data Explorer (DF_HCQO).

### Majoritatea persoanelor cu afecțiuni cronice se simt sprijinite în gestionarea sănătății lor, dar raportează acces limitat la dosarele digitale și la îngrijirea coordonată

Pe baza rezultatelor sondajelor OCDE privind indicatorii raportați de pacienți (PaRIS) din 2023-2024, peste două treimi dintre persoanele cu afecțiuni cronice din România (70 %) care și-au contactat furnizorul de asistență medicală primară în ultimele șase luni au considerat că au primit suficient sprijin pentru a-și gestiona propria sănătate, o proporție mai mare decât media celor 10 țări din UE care au participat în acest studiu (figura 15). Cu toate acestea, România rămâne în urmă în ceea ce privește digitalizarea și coordonarea îngrijirii în cadrul asistenței medicale primare: doar 27 % dintre românii cu afecțiuni cronice au declarat că sunt tratați în cabinete care pot face schimb de dosare medicale în format electronic, mai puțin de jumătate din media UE. În mod similar, doar 21 % dintre pacienți au declarat că sunt tratați în cabinete corespunzător echipate pentru a coordona îngrijirea, mult sub media UE (63 %).

***Figura 15. Doar unul din cinci pacienți din România au raportat o bună coordonare la nivelul cabinetului lor de asistență medicală primară***




*Notă:* Valorile se referă la procentul de persoane care au raportat experiențe pozitive.
*Sursa:* Baza de date OECD PaRIS 2024 (datele se referă la perioada 2023-24).

Măsurile politice au avut ca obiectiv consolidarea coordonării în asistența medicală primară. Țara are în plan să introducă centre comunitare integrate – începând cu zonele defavorizate, finanțate prin PNRR, pentru a oferi îngrijiri multidisciplinare care să implice medici de familie, asistenți sociali, asistenți medicali comunitari, specialiști și mediatori sanitari de etnie romă. Strategia națională de sănătate 2022-2030 acordă, de asemenea, prioritate prevenirii și îmbunătățirii îngrijirii cronice prin intermediul rețelelor teritoriale. Finanțarea PNRR alocă, totodată, 300 de milioane EUR pentru digitalizarea sistemului de sănătate, inclusiv pentru promovarea schimbului electronic de dosare medicale (a se vedea secțiunea 5.3).

## 5.2 Accesibilitatea

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

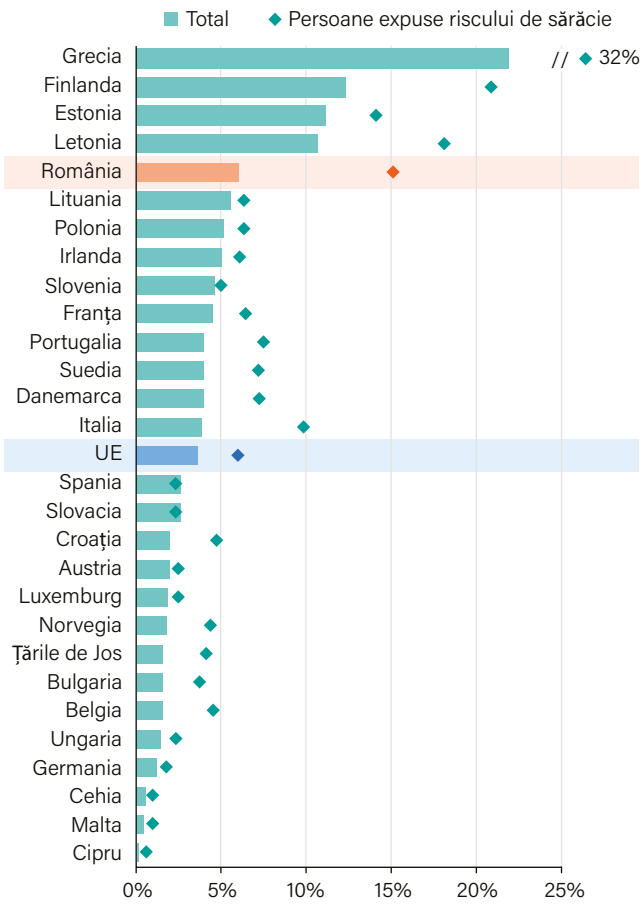
Deși asigurarea socială de sănătate (ASS) este obligatorie, se estimează că 11 % din populație nu era asigurată în 2024. Acest grup include cetățeni care locuiesc în străinătate (adesea asigurați în țara de reședință), lucrători informali, șomeri neînregistrați pentru asistență socială și persoane fără carte de identitate – o barieră mai frecventă în zonele rurale marginalizate, inclusiv în comunitățile rome.

Persoanele neasigurate pot beneficia de un pachet minim de servicii finanțat de stat, care acoperă îngrijirea de urgență, tratamentul bolilor infecțioase și epidemice, îngrijirea maternă, planificarea familială și serviciile de sănătate comunitare. În 2023, acest pachet a fost extins prin includeerea de servicii de asistență medicală primară, precum și anumite teste de laborator și consultații de specialitate pentru anumite afecțiuni cronice, inclusiv hepatita B și C și cancer, pentru a sprijini depistarea și tratarea precoce. Cu toate acestea, pacienții neasigurați plătesc în continuare din propriul buzunar medicamentele prescrise în ambulatoriu, alte teste de laborator și servicii de imagistică.

### Nevoile medicale și stomatologice nesatisfăcute sunt printre cele mai ridicate din UE

Cea mai recentă rundă a EU-SILC arată că 6 % dintre românii cu nevoi de îngrijire medicală au raportat nevoi nesatisfăcute din cauza costurilor, distanței de parcurs sau timpilor de așteptare în 2024 – a cincea cea mai mare pondere din UE (figura 16). Barierele financiare au fost principalul motiv. Există mari diferențe în funcție de categoriile de venit : aproximativ 4 % dintre persoanele

*Figura 16. Nevoile nesatisfăcute de îngrijire medicală în România afectează în mod disproporționat gospodăriile mai sărace*




*Note:* Media UE este ponderată. Datele se referă numai la persoanele care au raportat că au nevoie de îngrijiri medicale. Persoanele expuse riscului de sărăcie sunt definite ca fiind cele cu un venit disponibil echivalent sub 60 % din mediana venitului disponibil la nivel național.
*Sursa:* Baza de date Eurostat (hlth_silc_08b). Datele se referă la 2024.

aflate peste pragul sărăciei (cu venituri de peste 60 % din mediana veniturilor) au raportat nevoi nesatisfăcute, comparativ cu 15 % dintre persoanele expuse riscului de sărăcie – o proporție de aproape patru ori mai mare.

Nevoile nesatisfăcute de îngrijire dentară sunt mai mari și urmează un gradient similar în funcție de nivelul veniturilor. În 2024, 16 % dintre adulții cu nevoi de îngrijire dentară au raportat nevoi nesatisfăcute – a treia rată cea mai mare din UE. Persoanele expuse riscului de sărăcie erau de peste trei ori mai susceptibile să raporteze nevoi nesatisfăcute de îngrijire dentară decât cele aflate deasupra pragului de sărăcie (44 % față de 13 %).

## Finanțarea publică acoperă majoritatea îngrijirilor spitalicești și ambulatorii, dar este limitată în ceea ce privește medicamentele și îngrijirile stomatologice

Pachetul de beneficii pentru persoanele asigurate – inclusiv pentru persoanele care fug de războiul din Ucraina – este amplu. Acesta acoperă îngrijirea spitalicească, ambulatorie, de specialitate și preventivă, precum și medicamentele și dispozitivele medicale.

În 2023, finanțarea publică acoperea aproape toate îngrijirile spitalicești din România, cu mult peste media UE de 91 %. Acoperirea publică a îngrijirilor ambulatorii era similară cu media UE, de 77 %. În schimb, doar jumătate din cheltuielile farmaceutice au fost finanțate din fonduri publice, iar acoperirea publică a îngrijirii stomatologice a fost de cinci ori mai mică decât media UE. Acest lucru se datorează faptului că pachetul de beneficii acoperă serviciile stomatologice numai pentru copii, veterani și pacienți cu afecțiuni cronice, iar doar un număr limitat de stomatologi sunt contractați de CNAS. Acest lucru contribuie la nevoile nesatisfăcute ridicate în ceea ce privește îngrijirea stomatologică, în special în rândul persoanelor expuse riscului de sărăcie.

## Plățile din buzunar sunt peste media UE

Plățile din buzunar au crescut din 2019 și au reprezentat 23 % din cheltuielile totale de sănătate în 2023, în creștere față de 19 % în 2019 și peste media UE de 16 % (figura 17). Aproape 60 % din cheltuielile din buzunarul propriu au fost pentru produse farmaceutice (mai mult de două ori media UE), 18 % pentru îngrijiri stomatologice și 9 % pentru îngrijiri ambulatorii. Deși aproximativ 70 % din medicamentele prescrise în ambulatoriu se aflau pe lista medicamentelor compensate 100% în 2020, multe medicamente necesită coplăți care pun populația într-o situație financiară dificilă (a se vedea secțiunea 6).

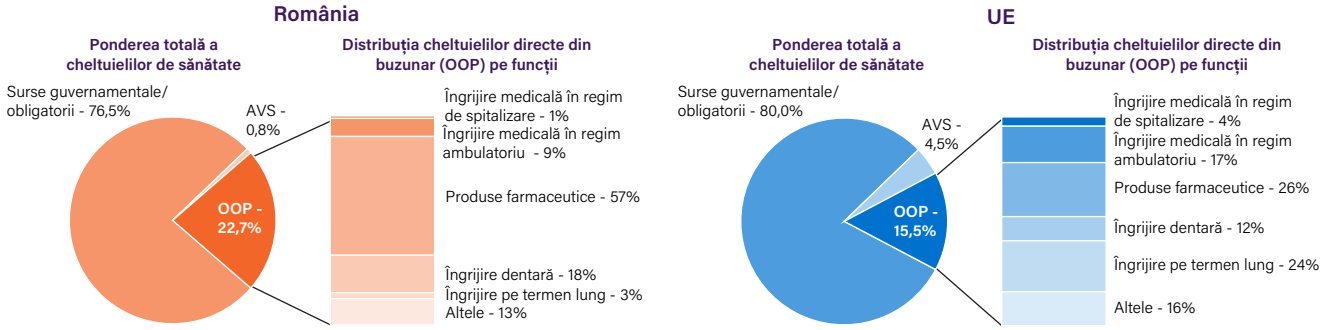
În 2023, guvernul a majorat pragul de venit pentru pensionarii eligibili pentru coplăți reduse la medicamente la 321 EUR pe lună (față de 200 EUR stabilit în 2017). Acest lucru a extins eligibilitatea pentru schema de compensare de 90 % pentru medicamentele altfel compensate, NHIH compensând 50 % din prețul de referință, iar Ministerul Sănătății finanțând încă 40 % din bugetul de stat.

Plățile informale contribuie, de asemenea, la cheltuielile din buzunarul propriu: 9 % dintre români au declarat că au efectuat o plată suplimentară sau au oferit un cadou de valoare personalului medical sau au făcut o donație unui spital în 2023 – de trei ori mai mult decât media UE (Eurobarometru, 2023). România a luat măsuri pentru a reduce plățile informale, incluzând formarea personalului medical și campanii de sensibilizare pentru pacienți și furnizori, alături de măsuri pentru îmbunătățirea transparenței drepturilor și consolidarea canalelor de raportare confidențiale.

## Lipsa forței de muncă și distribuția inegală limitează accesul la asistența medicală primară, în timp ce utilizarea teleconsultațiilor rămâne limitată

Doar 10 % din cheltuielile totale pentru sănătate din România au fost alocate asistenței medicale primare în 2022, cea de-a treia cea mai mică pondere din UE (OECD/ European Commission, 2024). Problemele de acces reflectă această subinvestiție: în sondajul Eurofound din 2024, 6 % dintre adulți au raportat nevoi nesatisfăcute în ceea ce

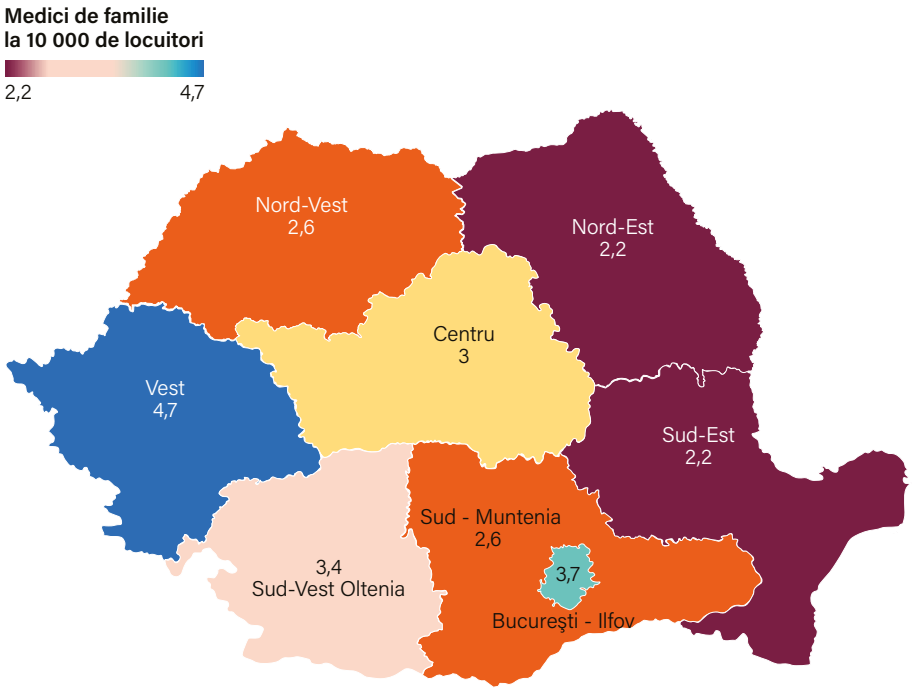
### *Figura 17. Produsele farmaceutice reprezintă cea mai mare parte a plăților din buzunarul propriu în România*




*Notă:* Asigurări voluntare de sănătate (AVS) include și alte scheme de plată anticipată voluntară. Media UE este ponderată.
*Sursa:* OECD Data Explorer (DF_SHA). Datele se referă la 2023.

privește asistența medicală primară, de două ori mai mult decât media UE.[3] Numărul medicilor generaliști contractați de CNAS a scăzut în ultimii ani, afectând în special zonele rurale și cele defavorizate (CNAS, 2023). În 2023, regiunea Vest avea cea mai mare densitate de medici generaliști, de 4,7 la 10 000 de locuitori, în timp ce regiunile Nord-Est și Sud-Est aveau cea mai mică densitate, de 2,2, mai puțin de jumătate (figura 18). Strategia națională de sănătate vizează creșterea numărului de medici generaliști și îmbunătățirea distribuției geografice a acestora prin extinderea capacității de formare, oferirea de stimulente financiare pentru munca în zonele defavorizate și îmbunătățirea atractivității generale a profesiei (Ministerul Sănătății, 2023).

### *Figura 18. Medicii de familie sunt distribuiți inegal în regiunile României*




*Notă:* Datele se referă la anul 2023.
*Surse:* Institutul Național de Statistică al României (date privind populația), Casa Națională de Asigurări de Sănătate (date privind medicii).

România a extins teleconsultațiile în timpul pandemiei pentru a îmbunătăți accesul, în special în zonele defavorizate. Proporția adulților care au declarat că au beneficiat de o teleconsultație a crescut de la 22 % în vara anului 2020 la 30 % în iarna anului 2021, potrivit datelor sondajului Eurofound. Guvernul a sprijinit acest demers prin simplificarea procedurilor, facilitarea prescrierii electronice pentru pacienții cronici, extinderea valabilității documentelor electronice și a trimiterilor medicale și, mai recent, prin rambursarea consultațiilor la distanță. Cu toate acestea, adoptarea soluțiilor digitale rămâne limitată, reflectând digitalizarea întârziată a sistemului de sănătate, nivelul scăzut de alfabetizare digitală și inegalitățile socioeconomice persistente.

[3] Datele din ancheta Eurofound nu sunt comparabile cu cele din ancheta EU-SILC din cauza diferențelor de metodologie.

## 5.3 Reziliența

Reziliența sistemului de sănătate – capacitatea de a se pregăti, de a gestiona (absorbi, adapta și transforma) și de a învăța din șocuri și schimbări structurale – a devenit un element central al agendelor politice. Prioritățile cheie includ reducerea presiunilor asupra furnizării de servicii, consolidarea infrastructurii de sănătate și a capacității forței de muncă, adaptarea strategiilor de pregătire pentru situații de criză, sprijinirea inovării digitale și asigurarea sustenabilității pe termen lung.

### Strategiile naționale vizează consolidarea pregătirii pentru situații de criză și a rezilienței

Capacitatea autoevaluată a României în ceea ce privește urgențele de sănătate publică, măsurată cu ajutorul instrumentului e-SPAR al OMS, a fost de 62 % în 2024, cu mult sub media UE de 75 %. Țara a raportat performanțe mai scăzute în majoritatea domeniilor, inclusiv prevenirea și controlul infecțiilor, resursele umane, comunicarea riscurilor și furnizarea de servicii de sănătate (OMS, 2024).

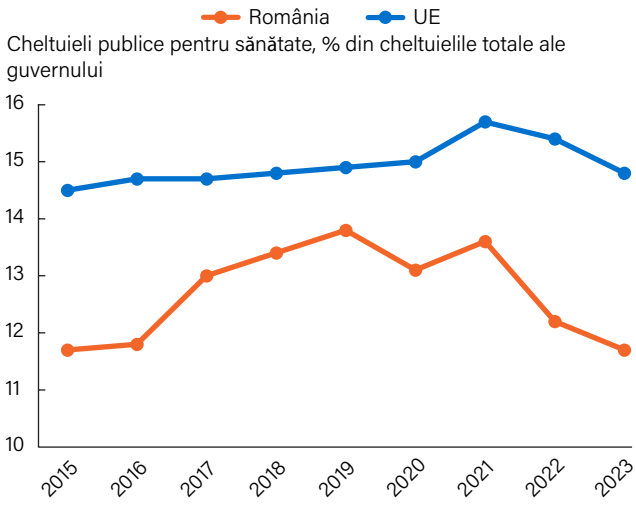
Având în vedere aceste lacune sistemice, România a adoptat două strategii complementare pentru a-și consolida reziliența la șocurile viitoare și la presiunile structurale în urma pandemiei. În timp ce Strategia națională pentru reducerea riscului de dezastre 2023-2035 stabilește o abordare transsectorială pentru a răspunde crizelor de sănătate și de mediu – precum epidemii, cutremure și urgențe legate de climă – Strategia națională de sănătate 2022-2030, adoptată anterior, stabilește obiective pentru consolidarea rezilienței și sustenabilității pe termen lung a sistemului de sănătate, inclusiv investiții în infrastructura de sănătate publică, capacitatea laboratoarelor și supravegherea multisectorială, precum și măsuri de consolidare a sustenabilității financiare și a protecției grupurilor vulnerabile.

Sistemul de sănătate rămâne în mare măsură centrat pe spitale, limitând răspunsurile flexibile, bazate pe comunitate, la șocuri și presiuni structurale. În 2023, România a înregistrat 7,3 paturi de spital la 1 000 de locuitori – a treia cea mai mare rată din UE – alături de rate ridicate de externare. O mare parte a infrastructurii spitalicești este învechită, dar sunt în curs eforturi majore de modernizare. În 2022, guvernul a creat Agenția Națională pentru Dezvoltarea Infrastructurii de Sănătate pentru a supraveghea investițiile și proiectele. Planurile actuale includ construirea a 19 noi unități sanitare publice și a trei spitale regionale în cadrul PNRR și investiții în echipamente tehnice în cadrul Programului operațional pentru sănătate (European Commission, 2024). Planurile regionale de sănătate vizează, de asemenea, reconfigurarea paturilor de spital și a serviciilor ambulatorii în funcție de nevoile regionale, cu creșteri de eficiență preconizate datorită unei mai bune utilizări a resurselor.

### În ciuda creșterii cheltuielilor publice pentru sănătate, ponderea cheltuielilor guvernamentale pentru sănătate a scăzut

Cheltuielile publice pentru sănătate au crescut puternic înainte și după pandemie, dar ponderea acestora în totalul cheltuielilor publice a scăzut de la 13,8 % în 2019 la 11,7 % în 2023 (figura 19), reflectând priorități fiscale concurente și realinierea bugetară post-pandemică. Aceasta ridică îngrijorări cu privire la finanțarea pe termen lung a reformelor prevăzute în Strategiile naționale de sănătate ale României, care vizează consolidarea rezilienței împotriva șocurilor viitoare și a presiunilor structurale generate de îmbătrânirea populației. Aceste îngrijorări se pot intensifica în următorii ani, întrucât guvernul a introdus noi măsuri de austeritate în 2025 pentru a menține spațiul fiscal, inclusiv reduceri ale proiectelor de infrastructură în domeniul sănătății.

***Figura 19. Ponderea cheltuielilor publice pentru sănătate în România a scăzut începând cu 2019***




*Note:* Media UE este ponderată.
*Sursa:* Eurostat (gov_10a_exp).

### Mecanismul pentru redresare și reziliență și fondurile UE sprijină investiții substanțiale în infrastructura de sănătate și resursele umane din România

România are alocate aproximativ 2 miliarde EUR din Mecanismul pentru redresare și reziliență (MRR) finanțat de UE, pentru investiții în domeniul sănătății în perioada 2021-2026, reprezentând aproximativ 7 % din suma totală alocată prin PNRR.[4] Aceste fonduri vizează extinderea capacității serviciilor de sănătate, sprijinirea investițiilor esențiale în sectorul sănătății, inclusiv digitalizarea, și îmbunătățirea gestionării resurselor umane. Printre investițiile cheie se numără îmbunătățirea infrastructurii de sănătate prin construirea sau renovarea de spitale, centre comunitare integrate, unități de îngrijire ambulatorie și cabinete de planificare familială; furnizarea de echipamente esențiale medicilor de familie; introducerea

[4] Datele Fondului pentru redresare și reziliență se bazează pe informațiile disponibile la 20 septembrie 2025; eventualele modificări viitoare pot afecta aceste cifre.

### Caseta 1. Planul național de redresare și reziliență sprijină eforturile de îmbunătățire a calității îngrijirii medicale în spitalele din România

În cadrul Planului național de redresare și reziliență (PNRR), România face progrese în îmbunătățirea calității îngrijirii medicale prin introducerea Fondului pentru calitatea serviciilor medicale. Dezvoltat în anul 2022 cu asistență tehnică din partea OMS, acest mecanism de finanțare bazat pe performanță recompensează spitalele pentru îmbunătățiri măsurabile ale calității, ceea ce marchează o schimbare față de metodele tradiționale de finanțare a spitalelor.

Această reformă constă în elaborarea a 25 de indicatori de calitate validați la nivel național, adoptați oficial de Ministerul Sănătății în anul 2023. În urma testării cu succes a acestora în șase spitale pilot, România a a demarat prima acțiune sistematică de integrare a monitorizării calității în spitale. Inițiativa este acum extinsă la toate spitalele de stat care sunt dispuse să participe la acest program, corelând direct finanțarea cu îmbunătățirea calității îngrijirilor medicale.

*Sursa:* OMS Europa (2024), Indicatori de calitate a îngrijirii medicale pentru a sprijini implementarea Fondului pentru calitatea serviciilor medicale în România: ghid tehnic.

unui Fond pentru calitatea serviciilor medicale pentru a îmbunătăți calitatea îngrijirii în spitale (a se vedea caseta 1). PNRR sprijină, de asemenea, acordarea de stimulente financiare pentru a crește serviciile preventive în cadrul asistenței medicale primare; formarea personalului medical în domeniul anticorupției și integrității; și creșterea capacității de management al serviciilor și planificare a resurselor umane din domeniul sănătății (European Commission, 2024).

Cu toate acestea, începând cu septembrie 2025, întârzierile în implementarea proiectelor au dus la reduceri ale finanțării PNRR pentru proiectele de infrastructură spitalicească. Pentru a atenua impactul și a asigura continuarea proiectelor, România intenționează să aloce fonduri din Programul operațional pentru sănătate (finanțat de FEDR și FSE+) (Romania Insider, 2025).

Între 2021 și 2027, România urmează să primească peste 1,6 miliarde EUR din fondurile politicii de coeziune a UE pentru activități legate de asistența medicală, cu scopul de a reduce disparitățile regionale în ceea ce privește accesul la îngrijiri medicale. Peste 600 de milioane EUR, reprezentând 39 % din finanțarea totală, sunt alocate îmbunătățirii infrastructurii medicale. Pe lângă aceasta sunt finanțate măsuri de îmbunătățire a accesibilității și rezilienței sistemului de sănătate (31 %) și investiții în echipamente medicale (22 %). În plus, sunt finanțate intervenții specifice pentru îmbunătățirea accesului la asistență medicală preventivă și primară pentru grupurile vulnerabile. Programul include, de asemenea, investiții în perfecționarea personalului medical, inclusiv formare specializată în tratamentul cancerului și genomică.

Până la jumătatea lunii septembrie 2025, beneficiarii români au primit aproximativ 25,7 milioane EUR prin programul EU4Health (2021-2025). Cea mai mare parte a finanțării a fost alocată inițiativelor legate de cancer (40 %), urmate de digitalizare (19 %) și pregătirea pentru situații de criză (15 %).

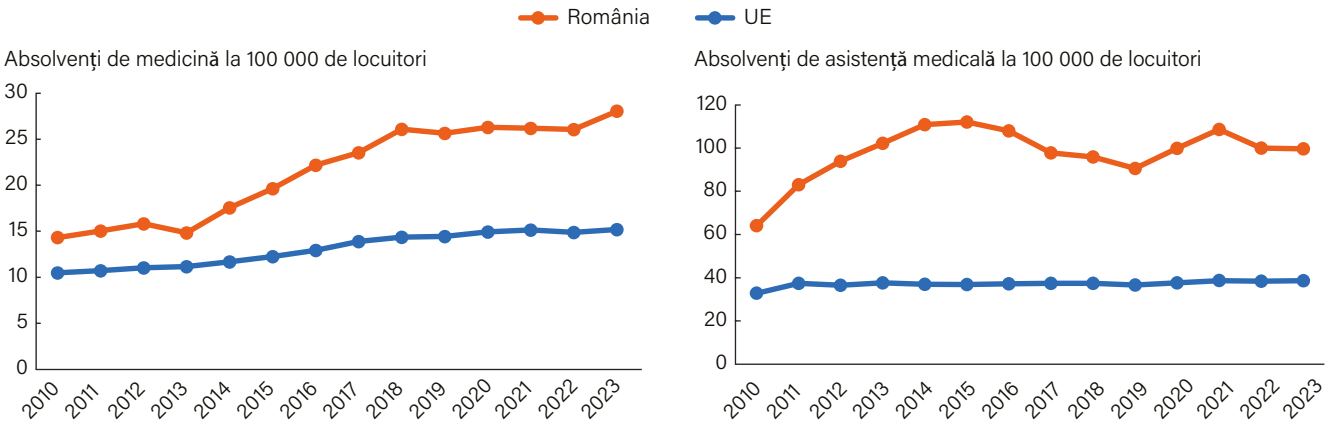
## România formează mulți profesioniști din domeniul sănătății, dar emigrația continuă să pună presiune asupra gradului de acoperire cu personal

România formează de mult timp un număr relativ mare de studenți la medicină și asistență medicală, rata absolvenților fiind în mod constant peste media UE (figura 20). În ultimul deceniu, numărul absolvenților de medicină aproape s-a dublat, ajungând la 28 la 100 000 de locuitori – a treia rată ca mărime din UE și aproape dublul mediei UE. Acest lucru reflectă în parte internaționalizarea învățământului medical: în 2023, aproximativ o treime din locurile de la facultățile de medicină erau în cadrul programelor predate în engleză, franceză sau maghiară, atrăgând în mare parte studenți internaționali care, de obicei, se întorc în țările de origine după absolvire. În anul universitar 2021-2022, mai mult de jumătate dintre studenții străini (52 %) erau înscriși la programe de medicină și științe ale sănătății, confirmând tendința puternică de internalizare în acest domeniu (Ministerul Educației, 2022).

Rata absolvenților de studii de asistență medicală este cu mult peste media UE, deși majoritatea absolvenților de studii de asistență medicală sunt formați la un nivel care nu corespunde Directivei UE privind recunoașterea calificărilor profesionale. La fel ca în multe alte țări, în România tot mai puțini tineri manifestă interes pentru cariera de asistent medical. Conform sondajului Programului pentru evaluarea internațională a elevilor (PISA), ponderea tinerilor în vârstă de 15 ani care aspiră să devină asistenți medicali a scăzut cu 20 % între 2018 și 2022, ajungând la 1,4 %, ceea ce este sub media UE de 1,7 % (OECD, 2025). Dacă această tendință descendentă persistă, țara va avea un număr mai mic de potențiali studenți în domeniul asistenței medicale, ceea ce va agrava și mai mult provocările legate de personal în viitor.

În ciuda acestei capacități puternice de formare, deficitul de forță de muncă persistă, determinat în mare parte de exodul atât al profesioniștilor proaspăt formați, cât și al celor mai experimentați. România a adoptat mai

*Figura 20. Numărul absolvenților de medicină și asistență medicală din România este mult mai mare decât media UE*




*Notă:* Media UE este ponderată (calculată de OCDE). Datele includ absolvenții tuturor programelor de asistență medicală, fără a se limita la cei care îndeplinesc cerințele Directivei UE pentru asistenții medicali generaliști.
*Sursa:* OECD Data Explorer (DF_GRAD).

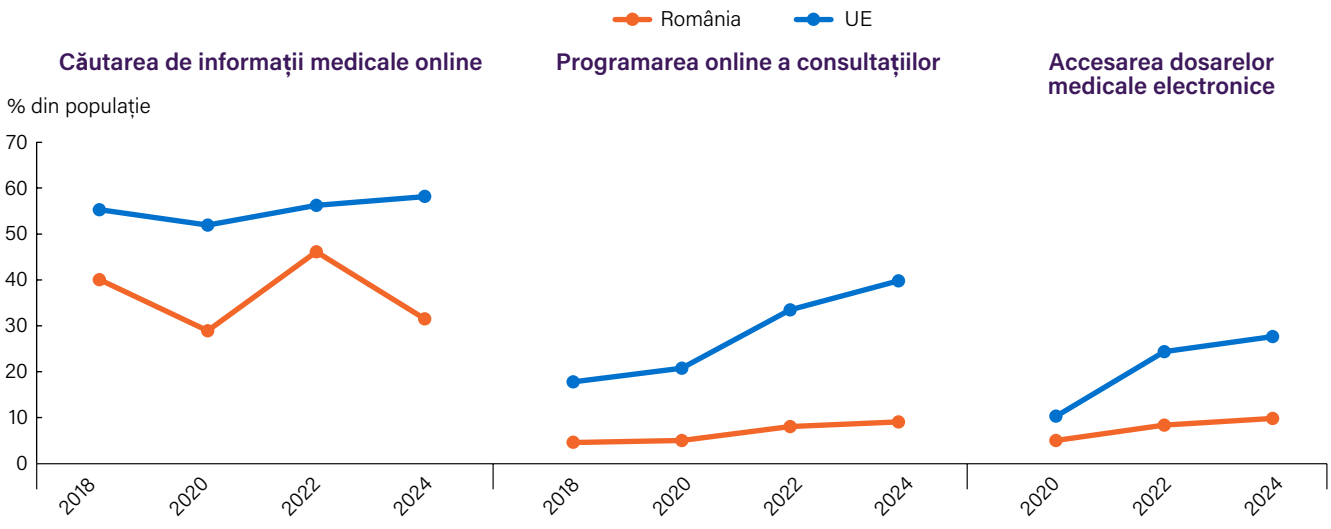
multe măsuri pentru a sprijini retenția, inclusiv creșteri salariale substanțiale pentru medicii din spitalele publice. Sprijinită de fondurile PNRR, Strategia multianuală pentru dezvoltarea resurselor umane 2022-2030 stabilește obiective pentru îmbunătățirea condițiilor de muncă, consolidarea planificării forței de muncă la nivel național prin monitorizare și previziuni mai bune și atragerea de profesioniști în zonele defavorizate. România beneficiază, de asemenea, de inițiative la nivelul UE (cum ar fi Parteneriatul BeWell pentru competențe în domeniul sănătății) și de proiecte de asistență tehnică axate pe perfecționarea și recalificarea profesională, în special în domeniul competențelor digitale și ecologice.

## România a crescut investițiile în sănătatea digitală, dar gradul de utilizare rămâne scăzut, iar inegalitățile limitează beneficiile

România a accelerat investițiile în sănătatea digitală în urma pandemiei de COVID-19. În anul 2023, cheltuielile de capital pentru echipamentele din domeniul tehnologiei informației și comunicațiilor (TIC), aplicațiile și bazele de date din sectoarele de sănătate și asistență socială au ajuns la aproximativ 175 de milioane EUR. Cu toate acestea, investițiile pe cap de locuitor au rămas printre cele mai scăzute din UE, 0,9 milioane EUR la 100 000 de locuitori, adică mai puțin de jumătate din media UE de 2,2 milioane EUR. O mare parte din aceste cheltuieli sunt finanțate prin PNRR și fondurile politicii de coeziune a UE.

Utilizarea instrumentelor digitale în rândul populației este limitată. Utilizarea internetului pentru informații privind sănătatea a crescut în 2022, dar apoi a scăzut (figura 21). În 2024, doar aproximativ 10 % dintre persoane au declarat că au făcut programări medicale online sau și-au accesat online dosarele medicale, unul dintre cele mai scăzute procente din UE. Barierele împotriva unei utilizări mai crescute includ absența unei platforme naționale accesibile pe scară largă pentru programări și dosare medicale, precum și nivelul scăzut de alfabetizare digitală: în anul

*Figura 21. Utilizarea diverselor instrumente digitale de sănătate nu este încă răspândită în rândul românilor*




*Sursa:* Eurostat (isoc_ci_ac_i).

2023, doar 27 % din populație avea competențe digitale de bază, comparativ cu media UE de 55 % (Platforma Uniunii Europene pentru competențe digitale și locuri de muncă, 2024). Inegalitățile socio-economice limitează și mai mult utilizarea instrumentelor digitale: în anul 2024, persoanele cu studii superioare aveau o probabilitate de zece ori mai mare să facă programări online, și aproape de patru ori mai mare să caute informații medicale online decât cele cu studii inferioare.

În 2024, guvernul a anunțat Planul național de acțiune privind deceniul digital 2024-2030. Principalele obiective ale acestui plan de acțiune sunt dezvoltarea competențelor digitale în rândul publicului și al furnizorilor de servicii medicale, îmbunătățirea infrastructurii pentru servicii integrate de e-sănătate și accelerarea adoptării instrumentelor digitale în sectorul sănătății. Cu sprijinul fondurilor UE, România urmează să înființeze prima sa platformă integrată de e-sănătate.

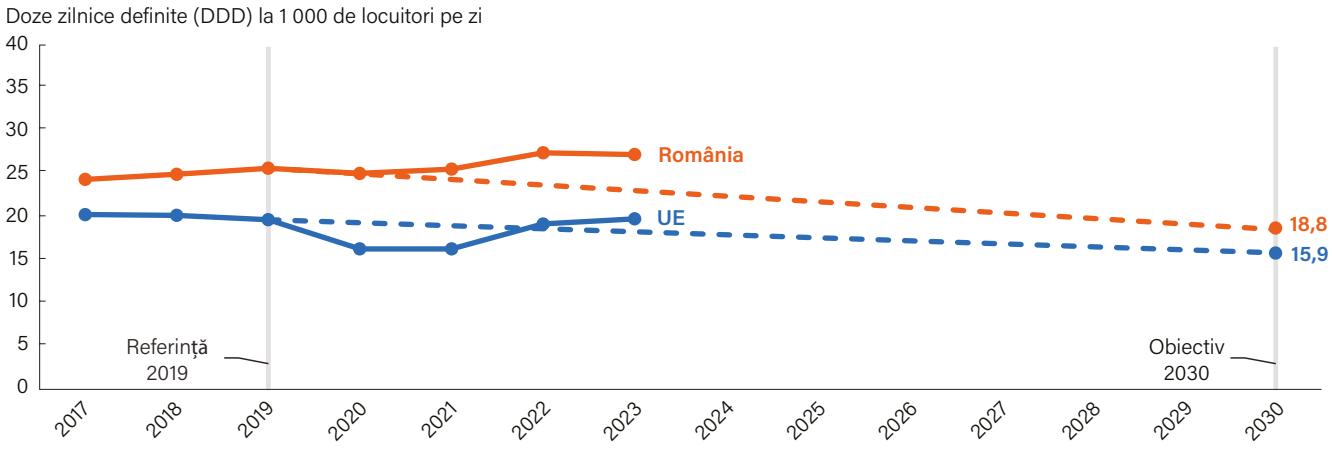
## Utilizarea antibioticelor rămâne ridicată, iar rezistența la antimicrobiene este o preocupare majoră

Rezistența la antimicrobiene (RAM) reprezintă o amenințare majoră pentru sănătatea publică în România, ca și în alte țări ale UE, iar reducerea utilizării excesive a antibioticelor este esențială pentru combaterea acesteia. Monitorizarea consumului este, prin urmare, crucială, în special pentru a urmări progresele înregistrate în direcția atingerii obiectivelor privind reducerea consumului până în 2023, adoptate de Consiliul UE în 2023.[5]

România se numără de mult timp printre țările cu cel mai ridicat consum de antibiotice din UE. În 2023, consumul a atins 27,4 doze zilnice definite (DDD) la 1 000 de locuitori pe zi, depășind nivelurile dinaintea pandemiei (figura 22). Țara nu este pe cale să își atingă obiectivul pentru 2030 privind reducerea consumului și nici să îndeplinească criteriul de referință al OMS privind ponderea antibioticelor din grupa de acces (antibiotice de primă sau de a doua linie recomandate pentru infecții comune) în consumul total. În anul 2023, acestea au reprezentat puțin peste 50 % din consumul total de antibiotice în România, comparativ cu media UE de 62 % și cu obiectivul minim al OMS de 65 %.

Reflectând acest model de utilizare suboptimală, România a înregistrat cel mai mare indice compozit al rezistenței la antimicrobiene (RAM) din UE în perioada 2022-2023, cu aproape 70 % din izolatele bacteriene rezistente la antibioticele cheie ECDC, 2024).

***Figura 22. Consumul de antibiotice în România este mult mai ridicat decât media UE și nu este pe cale să îndeplinească obiectivul stabilit pentru 2030***




*Note:* Media UE este ponderată. Graficul prezintă consumul de antibiotice în spitale și în comunitate. Linia punctată ilustrează traiectoria obiectivului politic pentru atingerea valorilor stabilite pentru 2030.
*Sursa:* ECDC ESAC-Net.

Deși antibioticele necesită rețetă, farmaciștii pot furniza cantități mici de urgență atunci când pacienții nu pot accesa imediat un medic. Această practică permite unor pacienți să adune cure complete vizitând mai multe farmacii, ocolind efectiv cerința de prescriere. Pentru a reduce utilizarea necontrolată, România a introdus în 2024 norme de monitorizare îmbunătățite, care impun farmaciștilor să înregistreze și să raporteze în mod sistematic datele privind prescrierea și eliberarea medicamentelor, cu scopul de a urmări tendințele în materie de eliberare și prescriere.

[5] Recomandarea Consiliului privind intensificarea acțiunilor UE de combatere a rezistenței la antimicrobiene într-o abordare „One Health", 2023/C 220/01.

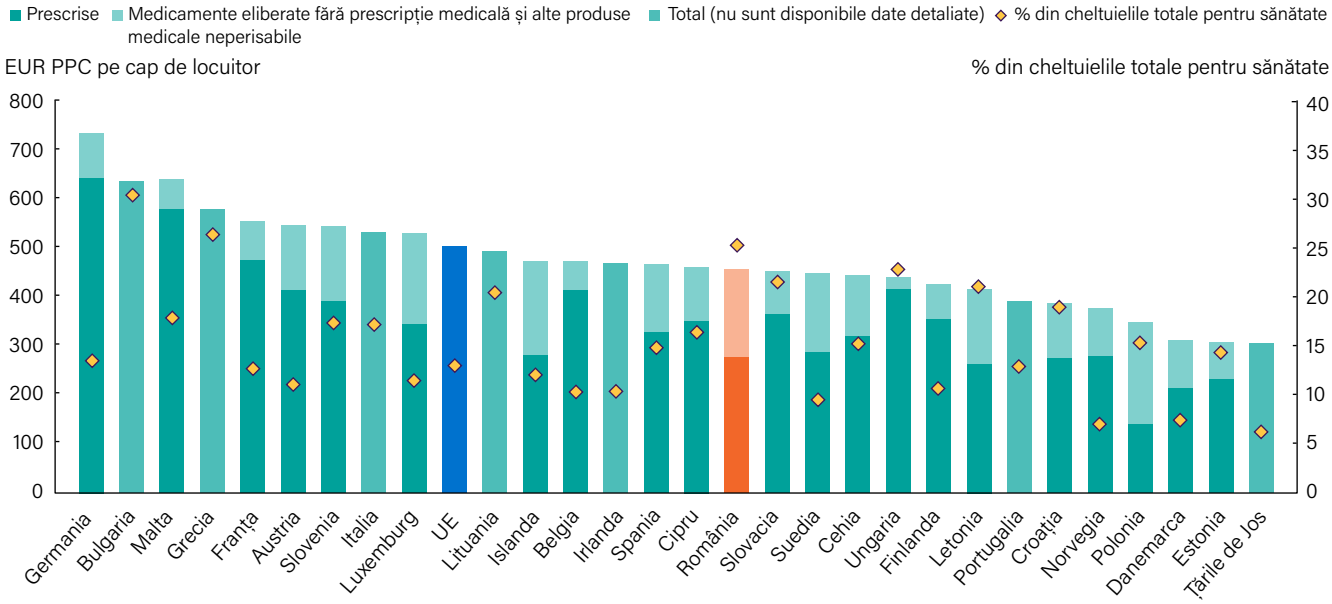
# 6 Produsele farmaceutice în prim plan

## Produsele farmaceutice de vânzare cu amănuntul absorb o mare parte din cheltuielile pentru sănătate

Deși cheltuielile cu produsele farmaceutice vândute cu amănuntul pe cap de locuitor în România au fost ușor sub media UE în anul 2023, acestea au reprezentat 26 % din cheltuielile totale pentru sănătate, a treia cea mai mare pondere din UE. Această pondere disproporționată reflectă atât prețurile ridicate ale medicamentelor, cât și volumele mari de consum.

Aproape 40 % din cheltuielile cu produsele farmaceutice vândute cu amănuntul s-au datorat produselor eliberate fără prescripție medicală (OTC) și altor produse medicale neperisabile, cea mai mare pondere din țările UE. Aceste produse nu sunt rambursate, ci sunt plătite integral din buzunarul propriu (figura 23).

***Figura 23. România cheltuiește mai puțin decât majoritatea țărilor UE pentru medicamente vândute cu amănuntul, însă aceste cheltuieli reprezintă o pondere mai mare din cheltuielile totale pentru sănătate***




*Notă:* Acest grafic reprezintă cheltuielile farmaceutice pentru produsele vândute cu amănuntul numai pentru uz ambulatoriu. Sunt excluse medicamentele administrate în spitale, clinici sau cabinete medicale.
*Sursa:* OECD Data Explorer (DF_SHA). Datele se referă la anul 2023, cu excepția Norvegiei (2022).

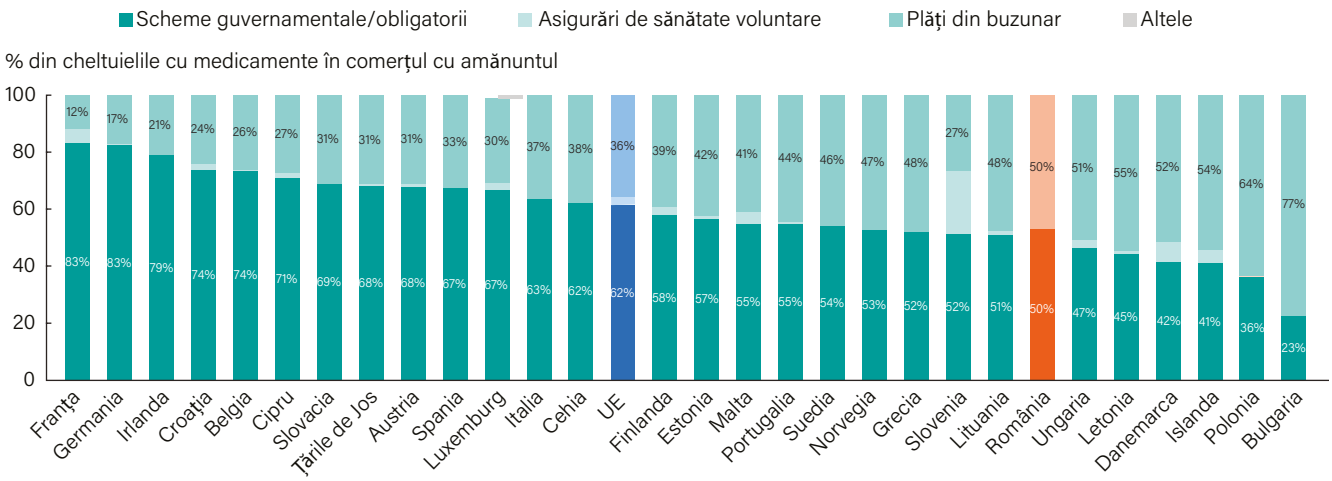
Prețurile medicamentelor eliberate pe bază de rețetă sunt controlate prin intermediul prețurilor de referință externe – compararea cu cel mai mic preț dintr-un coș de 12 țări ale UE – și al unui sistem de recuperare (claw-back) care obligă producătorii să returneze o parte din venituri plătitorului. Aceste măsuri vizează limitarea cheltuielilor, dar în același timp duce la diminuarea interesului furnizorilor pentru piața românească.

## Acoperirea publică limitată a medicamentelor face ca mulți pacienți să suporte costuri ridicate din propriul buzunar

Programele guvernamentale și obligatorii finanțează doar jumătate din cheltuielile cu produsele farmaceutice vândute cu amănuntul în România, comparativ cu media UE de 62 % (figura 24). Doi factori explică această acoperire relativ scăzută. În primul rând, o parte relativ mare din cheltuieli este datorată produselor eliberate fără prescripție medicală, care nu beneficiază de acoperire publică. În al doilea rând, rambursarea medicamentelor prescrise este limitată pentru multe produse. Ratele de coplată variază de la 10 % pentru medicamentele generice, la 50 % pentru medicamentele generice scumpe (peste un anumit prag) și medicamentele originale, și până la 80 % pentru produsele cu scoruri scăzute la evaluarea tehnologiilor medicale.

Coplățile procentuale reprezintă, în general, o povară mai mare pentru pacienți decât taxele fixe. Cu toate acestea, unele medicamente sunt compensate integral în cadrul unor programe specifice bolilor finanțate de stat, care acoperă integral anumite tratamente în afara regulilor obișnuite de coplată. Sunt compensate integral și unele medicamente pentru copii, studenți sub 26 de ani fără venituri, femei însărcinate, veterani de război și persoane cu dizabilități cu venituri mici. Însă, nu există scutiri specifice de coplată pentru adulții cu venituri mici și nici plafoane generale pentru plățile făcute de aceștia (Scîntee, Mosca & Vlădescu, 2022). Țara a redus recent cota TVA pentru medicamente la 11 %, ceea ce se preconizează că va îmbunătăți accesibilitatea.

*Figura 24. Jumătate din cheltuielile pentru produsele farmaceutice vândute cu amănuntul sunt plătite din buzunarul propriu în România*




*Notă:* Media UE este neponderată.
*Sursa:* OECD Data Explorer (DF_SHA). Datele se referă la 2023, cu excepția Norvegiei (2022).

## Programele de utilizare a medicamentelor ca tratament de ultimă instanță (compassionate use) compensează parțial așteptarea îndelungată pentru accesul la medicamente noi

Ca și în alte țări ale UE, stabilirea prețurilor și rambursarea medicamentelor noi se face, de obicei, după aprobarea Comisiei Europene. Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România (ANMDMR) efectuează o evaluare a tehnologiilor medicale (HTA) bazată pe un sistem de punctaj, care pune un accent puternic pe impactul asupra bugetului, cu un prag rigid de cost-eficacitate. Aceasta stă la baza deciziei de a adăuga medicamentul pe lista de compensare în mod necondiționat, de a-l adăuga în mod condiționat sau de a nu-l include. Includerea condiționată necesită încheierea unui acord de intrare pe piață (Managed Entry Agreement) între firma furnizoare și CANS – denumit în România contract cost-volum (CV) sau cost-volum-rezultat (CVR) – semnat de obicei pe un an și renegociat anual.

Durata medie a procesului HTA s-a redus semnificativ, de la aproximativ 208 zile în 2020 la aproximativ 100 de zile în 2024. Cu toate acestea, accesul pacienților la medicamente rămâne în general lent. Sondajul EFPIA W.A.I.T. din 2024 raportează un interval mediu de 828 de zile între eliberarea autorizației de introducere pe piață în UE și rambursarea publică în România pentru medicamentele aprobate în perioada 2020-2023 – al doilea cel mai lung interval din UE și cu aproximativ opt luni mai lung decât media UE (578 de zile) (Newton et al., 2025). În plus, doar 19 % din medicamentele aprobate la nivel central (UE) din acea perioadă se aflau pe lista medicamentelor compensate la începutul anului 2025.

Cu toate acestea, este important să se țină seama de faptul că aceste măsuri nu reflectă doar procesele naționale de evaluare a tehnologiilor medicale și de rambursare, ci și strategiile comerciale de lansare ale producătorilor. De asemenea, timpul până la rambursare nu reflectă toate căile de acces. România derulează programe de utilizare a medicamentelor ca tratament de ultimă instanță (compassionate use), care permit pacienților cu nevoi grave nesatisfăcute să beneficieze de tratamente promițătoare înainte de includerea pe lista de medicamente compensate. ANMDMR a emis aproape 100 de astfel de autorizații de acces timpuriu în 2023 (ANMDMR, 2024). În plus, în România se dezvoltă o cale dedicată de acces timpuriu pentru medicamentele împotriva cancerului recent aprobate de UE, pentru a permite rambursarea înainte de includerea oficială pe listă (OECD/European Commission, 2025). Noul regulament UE privind evaluarea tehnologiilor medicale (HTA), care va intra în vigoare în 2025, poate, de asemenea, să simplifice procedura standard de rambursare, înlocuind evaluarea clinică națională cu o singură evaluare clinică comună la nivel UE. Se preconizează că acest lucru va reduce întârzierile administrative, permițând autorităților române să se bazeze direct pe evaluarea disponibilă la nivel UE și să treacă rapid la celelalte etape ale procesului HTA, accelerând astfel accesul general al pacienților.

## Utilizarea mai largă a medicamentelor generice și biosimilare poate contribui la limitarea costurilor farmaceutice

România utilizează un sistem de prescriere a denumirilor comune internaționale (DCI), care impune medicilor să prescrie substanța activă în locul denumirii comerciale. Farmaciștii pot oferi substitute generice în cadrul politicii de „substituție generică orientativă". Atât medicii, cât și pacienții pot ignora această politică, dar acest lucru duce adesea la costuri mai mari din buzunarul propriu.

Medicamentele generice au reprezentat 54 % din volumul total al medicamentelor prescrise în 2023 - o pondere ușor superioară mediei UE de 51 %, deși există încă potențial de creștere.

Conform unui raport publicat în 2022, medicamentele biosimilare au reprezentat doar 0,7 % din vânzările totale de medicamente biologice, ceea ce sugerează că există

un potențial considerabil pentru o utilizare mai largă a acestor opțiuni economice (APMGR, 2022). Pentru a crește utilizarea medicamentelor biosimilare, noul contract-cadru între CNAS și furnizorii de servicii medicale obligă inițierea de noi terapii cu medicamente biosimilare și impune ca cel puțin 50 % dintre pacienții care utilizează medicamente biologice de referință să treacă la alternative biosimilare (PPRI, 2023).

## Inovația farmaceutică din România este cu mult în urma majorității țărilor UE

În 2022, investițiile în cercetare și dezvoltare (C&D) în industria farmaceutică din România au fost estimate la aproximativ 28 de milioane EUR, reprezentând mai puțin de 1 % din cheltuielile totale pentru C&D în domeniul farmaceutic la nivelul UE. În termeni reali, aceasta a echivalat cu doar 1 EUR pe cap de locuitor, una dintre cele mai mici sume dintre țările UE.

Alți indicatori de inovare, cum ar fi numărul de cereri de brevete farmaceutice depuse, arată, de asemenea, această capacitate limitată de cercetare. În ultimul deceniu, în România au fost depuse doar șase cereri internaționale de brevete farmaceutice în temeiul Tratatului de cooperare în materie de brevete (PCT), dintre care doar una în 2022. Activitatea de testare clinică farmaceutică a țării a scăzut, de asemenea, cu 11 % în ultimul deceniu, cu doar 140 de noi studii clinice efectuate în 2024, echivalentul a 7 noi studii la un milion de locuitori – de aproximativ 2,5 ori mai puțin decât media UE (18 la un milion).

Recunoscând necesitatea promovării inovării farmaceutice, România a lansat primul său plan strategic pentru sectorul farmaceutic în 2024. Planul include obiective pentru dezvoltarea mecanismelor de recrutare a pacienților pentru studiile clinice, mobilizarea resurselor umane pentru studiile clinice și utilizarea politicilor economice și fiscale pentru stimularea inovării. Țara își propune să tripleze numărul studiilor clinice până în 2026, ceea ce ar putea genera aproximativ 150 de milioane EUR pentru economia românească.

# 7 Principalele constatări

- Speranța de viață în România rămâne printre cele mai scăzute din UE. După scăderea bruscă înregistrată în timpul pandemiei de COVID-19, speranța de viață a crescut din nou și a atins un nou nivel record de 76,6 ani în 2024, dar este încă cu peste cinci ani sub media UE. Bolile cardiovasculare și cancerul sunt principalele cauze de morbiditate și invaliditate.
- Riscurile comportamentale, cum ar fi alimentația nesănătoasă, fumatul, consumul de alcool și sedentarismul, au contribuit la aproape 30 % din totalul deceselor în 2021, în timp ce alte 6 % din decese pot fi atribuite poluării aerului. Eforturile în domeniul sănătății publice și al prevenției primare sunt încă limitate, doar 1 % din cheltuielile totale pentru sănătate fiind alocate prevenției în 2023. Noua inițiativă de realizare a riscogramei la nivelul asistenței medicale primare, lansată în 2024, vizează depistarea precoce a afecțiunilor cronice și a factorilor de risc comportamentali la adulții cu vârsta de peste 40 de ani.
- Cheltuielile de sănătate pe cap de locuitor sunt cele mai scăzute din UE. În 2023, cheltuielile de sănătate pe cap de locuitor erau mai mici de jumătate din media UE. Plățile directe din buzunar reprezentau peste 23 % din cheltuielile totale, un procent mai mare decât media UE de 16 %, determinat în principal de plățile directe pentru medicamentele eliberate în ambulatoriu. Nevoile nesatisfăcute de îngrijiri medicale și stomatologice sunt printre cele mai ridicate din UE, cu rate deosebit de ridicate în rândul persoanelor expuse riscului de sărăcie.
- Sistemul de sănătate rămâne centrat pe spitale. Numărul internărilor evitabile este mare pentru multe afecțiuni cronice, ceea ce reflectă vechi deficiențe în capacitatea și coordonarea asistenței medicale primare. Prin Planul național de redresare și reziliență (PNRR) finanțat de UE și alte fonduri ale UE, România investește în dezvoltarea infrastructurii de asistență medicală primară, promovând integrarea asistenței medicale și oferind stimulente financiare pentru prevenție.
- Ratele de vaccinare a copiilor sunt foarte scăzute, în ciuda măsurilor politice recente. Rata de vaccinare a copiilor împotriva rujeolei a fost cea mai scăzută din UE în 2024, iar, cazurile din România au reprezentat 67 % din totalul cazurilor de rujeolă din UE între august 2024 și august 2025. Vaccinarea împotriva gripei în rândul persoanelor în vârstă și vaccinarea împotriva HPV rămân, de asemenea, cu mult sub mediile UE, ceea ce reflectă reticența față de vaccinuri și barierele la nivel de sistem.
- Rezistența la antimicrobiene (RAM) reprezintă o preocupare majoră. România a raportat cel mai ridicat nivel de rezistență bacteriană din UE în 2022-2023. După o ușoară și temporară scădere în timpul pandemiei, utilizarea antibioticelor a crescut din nou, ceea ce a îndepărtat țara de la îndeplinirea obiectivului pentru 2030 de reducere a acesteia. Noile norme de monitorizare introduse în 2024 impun farmaciștilor să înregistreze și să raporteze eliberarea medicamentelor pentru a reduce utilizarea necorespunzătoare.
- Problemele legate de retenția personalului continuă să contribuie la lipsa medicilor și a asistenților medicali, iar preocupările sunt deosebit de mari în ceea ce privește oferta actuală și viitoare de medici generaliști. Regiunile mai sărace au cea mai scăzută densitate de medici generaliști, ceea ce agravează nevoile nesatisfăcute în materie de asistență medicală primară. Teleconsultațiile și alte instrumente digitale de sănătate ar putea îmbunătăți accesul, dar utilizarea acestora este limitată de competențele digitale reduse și de infrastructura deficitară. Fondurile UE, inclusiv Mecanismul de redresare și reziliență, oferă sprijin financiar României pentru modernizarea spitalelor și a cabinetelor de asistență medicală primară, accelerarea transformării digitale, îmbunătățirea competențelor forței de muncă și înființarea de centre comunitare integrate.
- Cheltuielile cu medicamentele eliberate în regim de vânzare cu amănuntul pe cap de locuitor sunt mai mici decât media UE, dar reprezintă 26 % din cheltuielile totale de sănătate, ceea ce reprezintă a treia cea mai mare pondere din UE. Pacienții plătesc din propriul buzunar aproximativ jumătate din costurile medicamentelor eliberate în regim de vânzare cu amănuntul, ceea ce reflectă compensarea limitată a produselor prescrise și achiziționarea în cantități mari de medicamente eliberate fără prescripție medicală, care nu sunt acoperite. Accesul la medicamente inovatoare este întârziat, dar utilizarea medicamentelor ca tratament de ultimă instanță (compassionate use) și căile de acces timpuriu accelerează accesul pacienților cu afecțiuni grave la tratamente promițătoare înainte de includerea oficială pe lista medicamentelor compensate.

# Surse principale

OECD/EU (2024), Health at a Glance: Europe 2024 – State of Health in the EU Cycle, https://doi.org/10.1787/b3704e14-en.

European Observatory on Health Systems and Policies (2025), Monitorul sistemelor și politicilor de sănătate – România. https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor.

# Referințe


APMGR (2022), White Paper 2022, Bucharest, https://apmgr.org/wp-content/uploads/2022/10/APMGR-white-paper-2022-web.pdf

CNAS (2023), Raport de activitate 2022, https://cnas.ro/wp-content/uploads/2023/06/Raport-de-activitate-CNAS-2022.pdf.

CNAS (2025), INFORMARE – Principalele noutăți privind asigurările sociale de sănătate prevăzute în Legea nr. 141/2025: https://cnas.ro/2025/08/01/informare-principalele-noutati-privind-asigurarile-sociale-de-sanatate-prevazute-in-legea-nr-141-2025/.

ECDC (2024), Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/healthcare-associated-point-prevalence-survey-acute-care-hospitals-2022-2023.pdf.

ECDC (2025), Measles and Rubella monthly report: https://measles-rubella-monthly.ecdc.europa.eu/.

Eurobarometer (2023), Citizens' attitudes towards corruption in the EU in 2023, https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2968.

European Commission (2021), Europe's Beating Cancer Plan, https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_en.

European Commission (2024), Recovery and Resilience Scoreboard: Thematic analysis on healthcare, https://ec.europa.eu/economy_finance/recovery-and-resilience-scoreboard/assets/thematic_analysis/scoreboard_thematic_analysis_healthcare.pdf.

European Union Digital Skills and Jobs Platform (2024), Romania: a snapshot of digital skills: https://digital-skills-jobs.europa.eu/en/latest/briefs/romania-snapshot-digital-skills.

Medic24 (2025), Analiză Medic24 – îngrijirea primară în România: public vs privat, https://medic24.ro/analiza-medic24-ingrijirea-primara-in-romania-public-vs-privat/.

Ministry of Education (2022), Raport privind starea învățământului superior din România 2021-2022, https://www.edu.ro/sites/default/files/_fi%C8%99iere/Minister/2022/Transparenta/Starea_invatamantului/Raport-Starea-nvatamantului-superior-2021-2022.pdf.

Ministry of Health (2023), Strategia Națională de Sănătate 2023-2030.

NAMMDR (2024), Activity Report 2023, https://www.anm.ro/en/_/RAPORT%20ACTIVITATE/NAMMDR%20activity%20report_2023.pdf.

Newton M et al. (2025), EFPIA Patients WAIT Indicator 2024 Survey, European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, efpia-patients-wait-indicator-2024-final-110425.pdf.

OECD (2025), What Do We Know about Young People's Interest in Health Careers?, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/002b3a39-en.

OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: Romania 2025, EU Country Cancer Profiles, https://doi.org/10.1787/8474a271-en.

PPRI (2023), Recent and planned developments in pharmaceutical policies 2022 – 2023, Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information, https://ppri.goeg.at/system/files/inline-files/PPRI_Cyprus_Romania_2023_0.pdf

Romania Insider (2025), Romania submits revised Recovery and Resilience Plan to EC, https://www.romania-insider.com/romania-revised-recovery-plan-european-commission-2025

Save the Children (2025), Bariere în calea vaccinării în mediul rural din România.

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

Simion L. et al. (2023), Inequities in Screening and HPV Vaccination Programs and Their Impact on Cervical Cancer Statistics in Romania. Diagnostics (Basel, Switzerland), 13(17), 2776.

WHO (2024), Electronic IHR States Parties Self-Assessment Annual Reporting (e-SPAR) Tool.


**Lista abrevierilor țărilor**

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

# State of Health in the EU

## Profilurile de țară din 2025 în ceea ce privește sănătatea

*Profilurile de țară în ceea ce privește sănătatea* sunt un element cheie al ciclului *„State of Health in the EU”* al Comisiei Europene, un proiect de intermediere a cunoștințelor dezvoltat cu sprijinul financiar al Uniunii Europene.

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

Ediția 2025 a *Profilurilor de țară în ceea ce privește sănătatea* oferă o sinteză a diverselor aspecte critice, printre care:

- starea actuală a sănătății în țară;
- factorii determinanți ai sănătății, cu un accent special pe factorii de risc comportamentali;
- structura și organizarea sistemului de sănătate;
- eficacitatea, accesibilitatea și reziliența sistemului de sănătate;
- prezentare a sectorului farmaceutic și a politicilor în acest domeniu din țară.

Concluziile principale ale profilurilor de sănătate ale țărilor sunt completate de *raportul de sinteză*.

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

Vă rugăm să citați această publicație după cum urmează: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025), *Profilul de țară din 2025 în ceea ce privește sănătatea: România*. *State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.