

# Își pot permite oamenii să plătească pentru servicii de sănătate?

Noi dovezi privind  
protecția financiară  
în România

Silvia Gabriela Scîntee  
Ilaria Mosca  
Cristian Vlădescu



România

## Biroul OMS din Barcelona pentru Finanțarea Sistemelor de Sănătate

Biroul OMS din Barcelona este un centru de excelență în finanțarea sănătății pentru acoperirea universală cu servicii de sănătate. Biroul colaborează cu Statele Membre din Regiunea Europeană a OMS pentru a promova elaborarea de politici bazate pe dovezi.

O parte esențială a activității Biroului este de a evalua progresele înregistrate de țări și de Regiune în vederea acoperirii universale cu servicii de sănătate prin monitorizarea protecției financiare – impactul plăților directe pentru sănătate asupra nivelului de trai și a sărăciei. Protecția financiară este o parte esențială a performanței sistemului de sănătate și un indicator pentru obiectivele de dezvoltare durabilă.

Biroul susține țările în procesul de dezvoltare a politicilor, de monitorizare a progreselor înregistrate și în vederea conceperii reformelor prin diagnosticarea problemelor sistemului de sănătate, analiza opțiunilor de politici specifice fiecărei țări, dialogul politic la nivel înalt și schimbul de experiențe internaționale. În plus, este și sediul unde se organizează cursurile de formare ale OMS privind finanțarea în sănătate și consolidarea sistemelor de sănătate pentru rezultate mai bune în acest domeniu.

Înființat în 1999, Biroul este sprijinit de Guvernul Comunității Autonome Catalonia, Spania. Face parte din Divizia pentru Politici și Sisteme de Sănătate Naționale din cadrul Biroului Regional al OMS pentru Europa.





World Health  
Organization

European Region

# Își pot permite oamenii să plătească pentru servicii de sănătate?

Noi dovezi privind  
protecția financiară  
în România

Silvia Gabriela Scîntee  
Ilaria Mosca  
Cristian Vlădescu

© World Health Organization 2022

Unele drepturi sunt rezervate. Această publicație este disponibilă conform Licenței 3.0 IGO Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Conform prevederilor acestei licențe, puteți copia, redistribui și adapta lucrarea în scopuri necomerciale, cu condiția ca lucrarea să fie citată în mod corespunzător, conform indicațiilor de mai jos. În oricare dintre utilizările acestei publicații, nu trebuie să apară nicio sugestie referitoare la faptul că OMS ar promova anumite organizații, produse sau servicii. Nu este permisă utilizarea siglei OMS. Dacă adaptați lucrarea, trebuie să o certificați în conformitate cu aceeași licență sau o licență echivalentă Creative Commons. Dacă veți efectua o traducere a acestei publicații, trebuie să adăugați următoarea informare împreună cu citarea recomandată: „Această traducere nu a fost realizată de Organizația Mondială a Sănătății (OMS). OMS nu este responsabilă pentru conținutul sau corectitudinea acestei traduceri. Ediția originală în limba engleză va fi considerată ediția originală și autentică. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Romania. Copenhaga: Biroul Regional al OMS pentru Europa; 2022.”

**Formă de citare recomandată.** Scîntee G, Mosca I, Vlădescu C. Își pot permite oamenii să plătească pentru servicii de sănătate? Noi dovezi privind protecția financiară în România. Copenhaga: Biroul Regional al OMS pentru Europa; 2022. Licență: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Datele privind Catalogarea Înaintea Publicării (CIP).** Datele CIP sunt disponibile la adresa <http://apps.who.int/iris>.

**Comercializare, drepturi și licențiere.** Pentru a achiziționa publicația OMS, consultați <http://apps.who.int/bookorders>. Pentru a trimite cereri de utilizare comercială și întrebări privind drepturile și licențierea, consultați <http://www.who.int/about/licensing>.

**Materialele părților terțe.** Dacă doriți să reutilizați elemente din această lucrare care aparțin unei terțe părți, precum tabele, grafice sau imagini, este responsabilitatea dumneavoastră să stabiliți dacă pentru refolosirea respectivă este necesară permisiunea și să o obțineți de la deținătorul drepturilor de autor. Doar utilizatorul va fi supus riscului de acuzații de pe urma încălcării drepturilor de autor privind orice fel de componente din lucrare ce aparțin unor terțe părți.

**Precizări legale generale.** Denumirile utilizate și prezentarea materialului din această publicație nu reprezintă o exprimare a opiniei OMS cu privire la statutul juridic al oricărui stat, teritoriu, oraș sau zonă sau a autorităților competente ale acestora, sau cu privire la delimitarea granițelor sau a frontierelor sale. Liniile punctate de pe hărți reprezintă linii de frontieră aproximative, pentru care este posibil să nu existe încă un acord definitiv. Menționarea anumitor companii sau a anumitor produse ale producătorilor nu înseamnă automat că acestea sunt aprobate sau recomandate de OMS în detrimentul altora, care sunt similare, dar care nu sunt menționate. Cu excepția erorilor și a omisiunilor, denumirile produselor brevetate se pot diferenția prin literele inițiale scrise cu majuscule.

OMS a luat toate măsurile rezonabile de precauție pentru a verifica informațiile prezentate în această publicație. Cu toate acestea, materialul publicat este distribuit fără niciun fel de garanție, exprimată sau implicită. Cititorul are responsabilitatea interpretării și utilizării materialului. OMS nu va răspunde în niciun caz pentru daunele rezultate de pe urma utilizării acestuia.

Numai autorii numiți sunt responsabili pentru punctele de vedere exprimate în această publicație.

Design și DTP: Aleix Artigal și Alex Prieto

## Rezumat

Această analiză face parte dintr-o serie de studii naționale menite să obțină dovezi noi privind protecția financiară în Europa. Protecția financiară este esențială pentru acoperirea universală cu servicii de sănătate și este un aspect esențial al performanței sistemelor sanitare. În România există o incidență mai mare a cheltuielilor pentru sănătate catastrofale decât în alte țări din Uniunea Europeană, și este mult mai mare decât ar fi fost de așteptat, ținând cont de faptul că România nu se bazează foarte mult pe plăți directe pentru a finanța sistemul de sănătate. Acestea sunt concentrate îndeosebi în rândul gospodăriilor mai sărace și al persoanelor în vârstă, demonstrând astfel lacunele la nivelul celor trei dimensiuni ale acoperirii medicale (drepturile populației, acoperirea cu servicii și contribuțiile suportate de beneficiari), punctele slabe ale politicii de cumpărare de servicii și nivelurile scăzute ale cheltuielilor publice pentru sănătate. Dificultățile financiare sunt determinate în principal de plățile directe pentru medicamentele din ambulatoriu și au crescut pe parcursul timpului, mai ales în rândul gospodăriilor mai sărace. Pentru a putea reduce nevoile nesatisfăcute și dificultățile financiare, Guvernul ar trebui să se axeze pe a face mai accesibile ca preț medicamentele din ambulatoriu (inclusiv cele eliberate fără prescripție medicală) și serviciile stomatologice. Aceasta se poate realiza prin identificarea de soluții pentru: asigurarea întregii populații în sistemul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS); introducerea unor excepții de la coplată pentru gospodăriile cu venituri mici și pentru persoanele cu afecțiuni cronice; introducerea unui plafon anual pentru toate coplățile, corelat cu venitul gospodăriei; îmbunătățirea politicii CNAS de cumpărare a serviciilor de sănătate; limitarea contribuțiilor personale și a plăților pentru servicii suplimentare; și luarea de măsuri în privința plăților informale și a calității serviciilor. Aceste eforturi vor necesita creșteri substanțiale și constante ale cheltuielilor publice pentru sănătate. Toate fondurile suplimentare noi ar trebui alocate cu atenție, astfel încât să îndeplinească obiectivele de echitate și eficiență.

## Cuvinte-cheie

HEALTHCARE FINANCING  
HEALTH EXPENDITURES  
HEALTH SERVICES ACCESSIBILITY  
FINANCING, PERSONAL  
POVERTY  
ROMANIA  
UNIVERSAL COVERAGE

# Informații despre serie

Această serie de analize la nivel de țară monitorizează protecția financiară din cadrul sistemelor europene de sănătate, evaluând impactul plăților directe asupra nivelului de trai al gospodăriilor. Protecția financiară este esențială pentru acoperirea universală cu servicii de sănătate și este un aspect esențial al performanței sistemelor de sănătate.

**Care este problema politică?** Oamenii se confruntă cu dificultăți financiare în momentul în care plățile directe – plățile formale și informale efectuate în momentul utilizării oricărui bun sau serviciu medical – sunt semnificative în raport cu capacitatea de plată a unei gospodării. Plățile directe nu ar fi o problemă dacă ar fi mici sau ar fi suportate de cei care își permit, dar chiar și plățile directe mici pot cauza dificultăți financiare pentru persoanele sărace și pentru cele care trebuie să plătească un tratament pe termen lung, cum este situația medicamentelor pentru boli cronice. Dacă sistemele de sănătate nu asigură o protecție financiară adecvată, este posibil ca oamenii să nu aibă suficienți bani pentru a plăti serviciile de sănătate sau pentru a-și satisface alte nevoi de bază. Așadar, lipsa protecției financiare poate să reducă accesul la asistență medicală, să submineze starea de sănătate, să crească nivelul sărăciei și să exacerbeze inegalitățile medicale și socioeconomice. Din cauza faptului că toate sistemele medicale necesită și plăți directe într-o oarecare măsură, orice țară se poate confrunta cu dificultăți financiare.

## **Cum pot analizele la nivel de țară să evalueze protecția financiară?**

Fiecare analiză se bazează pe date din anchetele privind bugetul gospodăriilor. Prin utilizarea consumului gospodăriei ca element de referință pentru nivelul de trai, se pot evalua următoarele:

- valoarea plăților directe pentru sănătate ale gospodăriilor în raport cu capacitatea lor de plată; plățile directe care depășesc pragul capacității de plată a unei gospodării sunt considerate *catastrofale*;
- capacitatea unei gospodării de a-și satisface nevoile de bază după efectuarea plăților directe pentru sănătate; plățile directe care determină gospodăriile să ajungă sub pragul sărăciei sau al satisfacerii nevoilor de bază se consideră *că sunt plăți care duc la sărăcie*;
- numărul de gospodării afectate, care gospodării au șanse mai mari să fie afectate și tipurile de servicii medicale care duc la dificultăți financiare; și
- schimbări în timp ale oricăruia dintre aspectele de mai sus..

**De ce este utilă monitorizarea protecției financiare?** Analizele identifică factorii care consolidează și pe cei care afectează protecția financiară; evidențiază implicațiile privind politicile; și atrag atenția asupra domeniilor care necesită analize suplimentare. Scopul general al seriei este să ofere decidenților politici, dar și altor factori de decizie, dovezi concrete, specifice contextului și pe baza cărora să poată acționa pentru a ajunge la acoperirea universală cu servicii de sănătate. O limită comună a tuturor analizelor privind protecția financiară este faptul că se măsoară dificultățile financiare în rândul gospodăriilor care utilizează servicii de sănătate și nu se au în vedere și barierele financiare în calea accesului, care duc la nevoi nesatisfăcute privind serviciile de sănătate. Din acest motiv, aceste analize se bazează în mod sistematic pe dovezi ale unor nevoi nesatisfăcute, dacă sunt disponibile, pentru a completa analiza protecției financiare.

**Cum sunt realizate aceste analize?** Fiecare analiză este efectuată de unul sau mai mulți experți naționali în colaborare cu Biroul OMS din Barcelona pentru Finanțarea Sistemelor de Sănătate, care face parte din Divizia pentru Politici și Sisteme de Sănătate Naționale din cadrul Biroului Regional al OMS pentru Europa. Pentru a facilita comparația dintre țări, analizele respectă un model standard, se bazează pe surse similare de date (a se vedea Anexa 1) și utilizează aceleași metode (a se vedea Anexa 2). Fiecare analiză este supusă unei evaluări externe „inter pares”. Rezultatele sunt trimise și către țări printr-un proces de consultare desfășurat în comun de Biroul Regional al OMS pentru Europa și Sediul Central al OMS. Consultarea națională presupune indicatori regionali și globali privind protecția financiară (a se vedea Anexa 3).

**Care este baza activității OMS în domeniul protecției financiare în Europa?** Obiectivele de Dezvoltare Durabilă adoptate de Națiunile Unite în anul 2015 necesită monitorizarea și raportarea protecției financiare ca unul dintre cei doi indicatori pentru acoperirea universală cu servicii de sănătate. Sprijinul OMS acordat Statelor Membre pentru monitorizarea protecției financiare în Europa este susținut și de Programul European de lucru pentru 2020–2025 (Acțiune unită pentru o sănătate mai bună în Europa), în care obiectivul de a ajunge la acoperirea universală cu servicii de sănătate este una dintre primele trei priorități pentru Regiunea Europeană a OMS. Prin Programul European de Lucru, Biroul Regional al OMS pentru Europa va ajuta autoritățile naționale să reducă dificultățile financiare și nevoile de sănătate nesatisfăcute (inclusiv pentru medicamente) prin identificarea lacunelor privind acoperirea cu servicii de sănătate și re proiectarea politicilor de acoperire, pentru a soluționa aceste deficiențe. Carta de la Tallinn: Sistemele de sănătate pentru sănătate și bunăstare și rezoluția EUR/RC65/R5 privind prioritățile pentru consolidarea sistemelor de sănătate în Regiunea Europeană a OMS includ angajamentul de a contribui pentru a avea o Europă fără plăți directe pentru sănătate care duc la sărăcie. Mai multe rezoluții regionale și globale fac apel către OMS să ofere Statelor Membre instrumentele și sprijinul pentru monitorizarea protecției financiare, inclusiv analize ale politicilor și recomandări.

Puteți trimite orice observații și sugestii privind îmbunătățirea seriei la adresa [euhsf@who.int](mailto:euhsf@who.int).





# Cuprins

Figuri, Tabele, Casete	viii
Mulțumiri	x
Abrevieri	xi
Rezumat	xii
<hr/>	
1. Introducere	1
<hr/>	
2. Metode	5
2.1 Abordarea analitică	6
2.2 Sursele datelor	7
<hr/>	
3. Gradul de acoperire și accesul la servicii de sănătate	9
3.1 Gradul de acoperire	10
3.2 Accesul, utilizarea și nevoia nesatisfăcută	19
3.3 Rezumat	24
<hr/>	
4. Cheltuielile gospodăriei pentru sănătate	25
4.1 Plățile directe	26
4.2 Plățile informale	31
4.3 Tendințe în cheltuielile publice și private pentru sănătate	32
4.4 Rezumat	35
<hr/>	
5. Protecția financiară	37
5.1 Câte gospodării se confruntă cu dificultăți financiare?	38
5.2 Cine se confruntă cu dificultăți financiare?	40
5.3 Care servicii cauzează dificultățile financiare?	42
5.4 Care este dimensiunea dificultăților financiare?	43
5.5 Comparație internațională	44
5.6 Rezumat	46
<hr/>	
6. Factori care consolidează și factori care slăbesc protecția financiară	47
6.1 Factori care afectează capacitatea oamenilor de a plăti pentru servicii de sănătate	48
6.2 Factori ai sistemului de sănătate	51
6.3 Rezumat	59
<hr/>	
7. Implicații privind politicile	61
<hr/>	
Bibliografie	64
Anexa 1. Anchete privind bugetul gospodăriilor în Europa	69
Anexa 2. Metode utilizate pentru măsurarea protecției financiare în Europa	73
Anexa 3. Indicatori regionali și globali de protecție financiară	80
Anexa 4. Glosar de termeni	84

# Figuri

**Fig. 1.** Nevoia declarată de servicii medicale și stomatologice nesatisfăcută din cauza costurilor, a distanței și a timpului de așteptare, România și UE  
21

**Fig. 2.** Inegalitatea nevoilor de servicii medicale și stomatologice nesatisfăcute din cauza costurilor, a distanței și a timpului de așteptare, în funcție de venit și vârstă în România  
22

**Fig. 3.** Nevoia declarată de medicamente prescrise nesatisfăcută din cauza costurilor, în funcție de nivelul de educație și vârstă, România și UE, 2014  
23

**Fig. 4.** Ponderea gospodăriilor cu plăți directe în funcție de quintila de consum  
26

**Fig. 5.** Valoarea plăților directe anuale pentru servicii de sănătate per persoană, după quintila de consum  
27

**Fig. 6.** Plățile directe pentru servicii de sănătate ca pondere din consumul gospodăriei, după quintila de consum  
27

**Fig. 7.** Structura cheltuielilor totale reprezentând plăți directe în funcție de tipul de servicii de sănătate  
28

**Fig. 8.** Structura cheltuielilor totale reprezentând plăți directe în funcție de tipul de servicii de sănătate și quintila de consum  
29

**Fig. 9.** Valoarea plăților directe anuale pentru servicii de sănătate per persoană, după tipul serviciilor  
30

**Fig. 10.** Valoarea anuală a plăților directe per persoană, după tipul de servicii de sănătate și quintila de consum  
31

**Fig. 11.** Cheltuieli pentru sănătate per persoană, după sursa de finanțare, în termeni reali  
33

**Fig. 12.** Plățile directe ca proporție din cheltuielile curente pentru sănătate  
33

**Fig. 13.** Structura cheltuielilor curente pentru sănătate în funcție de tipul de servicii de sănătate și metoda de finanțare, România și UE, 2019  
34

**Fig. 14.** Ponderea gospodăriilor la risc de sărăcie după efectuarea plăților directe  
38

**Fig. 15.** Ponderea gospodăriilor cu plăți directe catastrofale  
39

**Fig. 16.** Structura gospodăriilor cu cheltuieli catastrofale după riscul de sărăcie  
40

**Fig. 17.** Ponderea gospodăriilor cu cheltuieli catastrofale, în funcție de quintila de consum  
41

**Fig. 18.** Ponderea gospodăriilor cu cheltuieli catastrofale în medie, în gospodăriile cu persoane în vârstă și în cea mai săracă quintilă  
41

**Fig. 19.** Structura cheltuielilor catastrofale în funcție de tipul de servicii de sănătate  
42

**Fig. 20.** Structura cheltuielilor catastrofale în funcție de tipul de servicii de sănătate și quintila de consum  
43

**Fig. 21.** Ponderea plăților directe din cheltuielile totale în rândul gospodăriilor care au devenit și mai sărace  
44

**Fig. 22.** Incidența cheltuielilor pentru sănătate catastrofale și ponderea plăților directe din cheltuielile totale pentru sănătate în anumite țări europene, din ultimul an disponibil  
45

## Tabele

## Casete

**Fig. 23.** Schimbări privind costul satisfacerii nevoilor de bază, capacitatea de plată și ponderea gospodăriilor care trăiesc sub pragul nevoilor de bază, în termeni reali  
49

**Fig. 24.** Venitul mediu disponibil lunar per persoană  
49

**Fig. 25.** Ponderea persoanelor la risc de sărăcie sau excludere socială în funcție de vârstă și mediu sau loc de reședință, România și UE  
50

**Fig. 26.** Relația dintre PIB și cheltuielile publice pentru sănătate, UE și zona Balcanilor de Vest, 2019  
55

**Fig. 27.** Ponderea cheltuielilor guvernamentale alocate sănătății, UE, 2019  
56

**Fig. 28.** Cheltuielile guvernamentale ca procent din PIB, UE, 2019  
56

**Fig. 29.** Cheltuielile publice pentru sănătate ca procent din PIB, România și UE  
57

**Fig. 30.** Structura cheltuielilor publice pentru sănătate în țările UE cu sisteme de ASS, 2018  
58

**Tabelul 1.** Dimensiunile-cheie ale cheltuielilor pentru sănătate catastrofale și ale celor care duc la sărăcie  
6

**Tabelul 2.** Modificări ale politicii privind acoperirea, 2000-2021  
12

**Tabelul 3.** Contribuții suportate de utilizatorii serviciilor de sănătate finanțate public, 2021  
16

**Tabelul 4.** Contribuții suportate de utilizatori pentru medicamentele din ambulatoriu acoperite de asigurări, 2021  
17

**Tabelul 5.** Lacune în acoperirea de către sistemul public de asigurări și de AVS  
18

**Caseta 1.** Nevoia nesatisfăcută pentru servicii de sănătate  
19

# Mulțumiri

Această serie de analize privind protecția financiară este realizată de Biroul OMS din Barcelona pentru Finanțarea Sistemelor de Sănătate, care face parte din Divizia de Politici și Sisteme de Sănătate Naționale din cadrul Biroului Regional al OMS pentru Europa. Editorii seriei sunt Sarah Thomson, Jonathan Cylus și Tamás Evetovits.

Analiza protecției financiare pentru România a fost realizată de Silvia Gabriela Scîntee (Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar, România), Ilaria Mosca (Biroul OMS din Barcelona) și Cristian Vlădescu (Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar, și Universitatea Titu Maiorescu, România). Lucrarea a fost editată de Ilaria Mosca și Sarah Thomson (Biroul OMS din Barcelona).

Biroul OMS din Barcelona dorește să le mulțumească următorilor pentru feedbackul cu privire la o versiune anterioară a analizei: Danei Farcasanu (Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate, România), Adrian Gheorghe (Centrul pentru Dezvoltare Globală, Imperial College Londra, Regatul Unit) și Marius Ungureanu (Centrul pentru Cercetare și Politică a Forței de Muncă în Sănătate, Universitatea Babeș-Bolyai, România).

De asemenea, mulțumim Institutului Național de Statistică din România pentru punerea la dispoziția OMS a datelor din ancheta privind bugetul gospodăriilor. Datele privind protecția financiară au fost trimise către Institutul Național de Statistică în cadrul unei consultări a OMS privind indicatorii pentru acoperirea universală cu servicii de sănătate în martie 2021.

OMS dorește să își exprime recunoștința față de finanțarea din partea Guvernului Comunității Autonome Catalonia din Spania.

## **Autori**

Silvia Gabriela Scîntee  
Iliaria Mosca  
Cristian Vlădescu

## **Editori**

Iliaria Mosca  
Sarah Thomson

## **Editorii seriei**

Sarah Thomson  
Jonathan Cylus  
Tamás Evetovits

## Abrevieri

<b>ASS</b>	Asigurări Sociale de Sănătate
<b>AVS</b>	Asigurări Voluntare de Sănătate
<b>CEE</b>	Comunitatea Economică Euroasiatică
<b>CNAS</b>	Casa Națională de Asigurări de Sănătate
<b>DCI</b>	Denumiri Comune Internaționale
<b>EHIS</b>	Ancheta Europeană de Sănătate realizată prin Interviu
<b>EU-SILC</b>	Statistica Uniunii Europene privind Veniturile și Condițiile de Viață
<b>FMI</b>	Fondul Monetar Internațional
<b>HTA</b>	Evaluarea Tehnologiilor Medicale
<b>NYHA</b>	Clasificarea funcțională conform Asociației Inimii din New York
<b>OCDE</b>	Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică
<b>OOP</b>	Plățile directe
<b>OTC</b>	Medicamente fără prescripție medicală
<b>PIB</b>	Produsul Intern Brut
<b>PPS</b>	Standarde ale puterii de cumpărare
<b>RON</b>	Leu Românesc
<b>UE</b>	Uniunea Europeană

# Rezumat

Aceasta este prima analiză cuprinzătoare a protecției financiare din sistemul de sănătate din România. Pe baza datelor colectate în cadrul anchetei privind bugetul gospodăriilor din anii 2010 și 2015, a datelor privind nevoile medicale nesatisfăcute până în anul 2020 și a informațiilor despre politica de acoperire (dreptul populației, acoperirea cu servicii și contribuțiile suportate de beneficiari) până în 2021, s-a constatat că:

- incidența cheltuielilor pentru sănătate care duc la sărăcie și a cheltuielilor pentru sănătate catastrofale este ridicată în România în comparație cu multe alte țări din Uniunea Europeană (UE) și mai mare decât e de așteptat, având în vedere că ponderea plăților directe din cheltuielile curente pentru sănătate în România (19%) este sub media UE (22%);
- 5,6% dintre gospodării s-au confruntat cu cheltuieli pentru sănătate care duc la sărăcie în anul 2015, în creștere față de 4,5% în anul 2010; iar 12,5% s-au confruntat cu cheltuieli pentru sănătate catastrofale în anul 2015, în creștere față de 10,4% în anul 2010;
- cheltuielile pentru sănătate catastrofale sunt determinate în mare măsură de plățile directe pentru medicamentele din ambulatoriu și sunt în mare parte concentrate în rândul celor mai sărace gospodării și al gospodăriilor cu persoane în vârstă;
- cea mai mare creștere a incidenței cheltuielilor catastrofale în timp a fost observată în rândul gospodăriilor mai sărace; în anul 2015, 36% din gospodăriile cu cea mai mică rată de consum au înregistrat cheltuieli catastrofale, în creștere față de 28% în anul 2010; și
- deși nevoia de servicii medicale și stomatologice nesatisfăcută a scăzut în timp, aceasta este în continuare mult mai mare decât media UE, în special în cazul persoanelor mai sărace; nevoia de medicamente prescrise nesatisfăcută din cauza costurilor este, de asemenea, peste media UE.

Factorii care subminează accesul și protecția financiară și care au un impact disproporționat mai mare asupra gospodăriilor mai sărace și cu persoane în vârstă sunt următorii:

**O mare parte a populației (12%) nu este asigurată și are acces doar la câteva servicii de sănătate finanțate din fonduri publice.** Aceasta este o consecință a faptului că accesul la serviciile acoperite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) se bazează pe plata contribuțiilor la sistemul de asigurări, ceea ce este problematic întrucât nu toată lumea cu venituri mici este exceptată de la plata contribuțiilor, și s-ar putea ca

aceste persoane să nu își permită să contribuie. Persoanele neasigurate sunt cel mai probabil români care locuiesc sau lucrează în străinătate, dar încă au domiciliul în România, sau persoane neînregistrate pentru șomaj sau ajutoare sociale.

**Gama serviciilor stomatologice acoperite de CNAS este limitată și foarte puțini stomatologi au contracte de furnizare.** Drept urmare, aproape toate serviciile stomatologice sunt plătite direct, ceea ce duce la nevoi nesatisfăcute, mai ales pentru gospodăriile mai sărace, și la dificultăți financiare.

**Printre problemele legate de gradul de acoperire cu servicii se numără plățile informale** (pentru personalul medical, pentru medicamente și pentru materiale), **calitatea serviciilor, infrastructura veche** din spitalele publice și **accesul limitat la servicii în zonele rurale** din cauza lipsei de unități sanitare și personal.

**Contribuția suportată de beneficiari sub formă de coplăți procentuale aplicate medicamentelor prescrise în ambulatoriu, serviciilor stomatologice, serviciilor de tratament balnear și de recuperare.** Deși multe medicamente din ambulatoriu sunt exceptate de la coplată (inclusiv medicamente pentru anumite boli din cadrul programelor naționale de sănătate), iar copiii, elevii, ucenicii, studenții și femeile însărcinate sunt, de asemenea, scutiți, nu există excepții de la coplată care să vizeze în mod special adulții cu venituri mici și nu există un plafon general pentru contribuția beneficiarilor. Utilizarea coplăților procentuale este o problemă semnificativă atunci când prețurile sunt mari sau fluctuante și atunci când medicii și farmaciștii nu prescriu și nu eliberează alternative mai ieftine.

**Punctele slabe în acoperirea cu și cumpărarea de medicamente duc la o pondere relativ mare a cheltuielilor pentru medicamentele eliberate fără prescripție,** acestea reprezentând 66% din totalul cheltuielilor pentru medicamentele din ambulatoriu în anul 2018. Cea mai mare parte a cheltuielilor pentru medicamentele eliberate fără prescripție este realizată prin plata directă.

**Creșterea cheltuielilor pentru sănătate catastrofale între anii 2010 și 2015 a fost determinată de o creștere substanțială a plăților directe pentru medicamentele din ambulatoriu în cea mai săracă quintilă.**

**Deteriorarea protecției financiare a coincis cu niveluri ale cheltuielilor publice pentru sănătate care sunt mici în raport cu standardele UE,** reflectând transferuri inadecvate de la bugetul de stat către CNAS.

Pentru a îmbunătăți accesul și protecția financiară, politicile ar trebui să se concentreze pe:

- asigurarea acoperirii cu servicii, de către CNAS, a întregii populații, astfel încât toată lumea să aibă acces la aceleași beneficii: Guvernul poate începe să plătească contribuțiile pentru asigurări sociale de sănătate (ASS) pentru persoanele care trăiesc sub pragul sărăciei și care nu au dreptul la ajutor social și să nu mai condiționeze dreptul la servicii de plata contribuțiilor – penalizarea neplății contribuțiilor prin restrângerea accesului la asistență medicală nu este în conformitate cu obiectivele acoperirii universale cu servicii de sănătate;
- creșterea protecției față de coplăți pentru persoanele cu venituri mici și persoanele cu afecțiuni cronice prin includerea în excepțiile de la coplată a gospodăriilor cu venituri mici și prin introducerea unui plafon în funcție de venit pentru toate coplățile;
- continuarea îmbunătățirii modului în care CNAS cumpără medicamente, inclusiv medicamente eliberate fără prescripție medicală;
- îmbunătățirea acoperirii și cumpărării de către CNAS a serviciilor stomatologice pentru a veni în întâmpinarea nivelurilor ridicate ale nevoii nesatisfăcute și a dificultăților financiare;
- monitorizarea și abordarea cauzelor mai profunde ale plăților informale, limitarea contribuțiilor personale și a plăților pentru servicii suplimentare și îmbunătățirea calității serviciilor în unitățile publice; și
- creșterea transferurilor bugetare guvernamentale către CNAS și asigurarea faptului că toate fondurile suplimentare sunt alocate cu atenție pentru a reduce inegalitățile socioeconomice privind accesul și protecția financiară.



# 1. Introdurre

Această analiză determină măsura în care persoanele din România se confruntă cu dificultăți financiare atunci când beneficiază de servicii de sănătate, inclusiv de medicamente. Aceasta acoperă perioada 2010–2021, bazându-se pe datele din ancheta privind bugetul gospodăriilor din anii 2010 și 2015 (cel mai recent an disponibil), pe date privind nevoile medicale nesatisfăcute până în anul 2020 și pe informații despre politica de acoperire – modul în care acoperirea medicală este proiectată și implementată – până în anul 2021. Se pune accentul pe trei dimensiuni-cheie: dreptul populației, acoperirea cu servicii și contribuțiile suportate de beneficiari (coplăți).

Cercetările arată că șansele sunt mai mari să existe dificultăți financiare atunci când cheltuielile publice pentru sănătate sunt scăzute în raport cu produsul intern brut (PIB) și când plățile directe reprezintă o pondere mare din totalul cheltuielilor pentru sănătate (Xu et al., 2003; Xu et al., 2007; OMS, 2010; Biroul Regional al OMS pentru Europa, 2019). Însă majorarea cheltuielilor publice pentru sănătate sau reducerea plăților directe nu reprezintă în sine garanții ale unei mai bune protecții financiare. Politicile în acest domeniu sunt la fel de importante.

Cheltuielile publice pentru sănătate în România sunt scăzute din cauza ponderii relativ mici a cheltuielilor guvernamentale alocate sănătății (12,8% în anul 2019 față de media Uniunii Europene (UE) de 14%) și a dimensiunii foarte mici a cheltuielilor guvernamentale în raport cu PIB (36,2% în anul 2019 față de media UE de 43,1%). În consecință, ca procent din PIB, cheltuielile publice pentru sănătate (4,6% în anul 2019) sunt cu mult sub media UE (6%) (OMS, 2021). Cu toate acestea, ponderea plăților directe raportată la cheltuielile curente pentru sănătate (de 19% în anul 2018) este sub media UE de 22% (OMS, 2021).

Economia României a fost afectată puternic de criza financiară mondială din anul 2008, deși impactul asupra PIB-ului nu a fost de lungă durată (Eurostat, 2021). Bugetul pentru sănătate, în special cel alocat salariilor personalului, a fost redus în anul 2011 ca parte a unor măsuri de austeritate ample adoptate de Guvern ca răspuns la criză. Criza a determinat și reforme în sănătate, spre exemplu raționalizarea rețelei de spitale și îmbunătățirea achiziționării de medicamente (Banca Mondială, 2021).

Cheltuielile publice pentru sănătate per persoană au crescut în termeni reali începând cu anul 2016, dar există loc de creștere suplimentară, în special pentru a majora nivelul scăzut al sprijinului oferit de bugetul de stat Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS), agenția care cumpără servicii de sănătate pentru populația asigurată. În anul 2019, transferurile de la bugetul de stat către CNAS, pentru 64% dintre asigurații CNAS care sunt scutiți de plata contribuțiilor, au reprezentat doar 14% din veniturile CNAS.

Acest studiu este prima analiză exhaustivă a protecției financiare din sistemul de sănătate din România. Mai multe studii globale sau europene includ date pentru România, dar nu oferă analize specifice contextului (Xu et al., 2003; Xu et al., 2007; OMS și Banca Mondială, 2015, 2017; Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE), 2019). În acest studiu se folosesc alte metode decât în analiza anterioară (Yerramilli et al., 2018).

Analiza este structurată astfel: Secțiunea 2 prezintă abordarea analitică și sursele de date utilizate pentru măsurarea protecției financiare. Secțiunea 3 cuprinde o scurtă prezentare generală a acoperirii cu servicii de sănătate și a accesului la servicii de sănătate. Secțiunile 4 și 5 prezintă rezultatele analizei statistice, punând accentul pe plățile directe în secțiunea 4 și pe protecția financiară în secțiunea 5. Secțiunea 6 reprezintă o dezbateră pe tema rezultatelor analizei protecției financiare și identifică factorii care întăresc și pe cei care subminează protecția financiară. Secțiunea 7 evidențiază implicațiile pentru politici. Anexa 1 oferă informații cu privire la anchetele privind bugetul gospodăriilor, Anexa 2 despre metodele utilizate, Anexa 3 despre indicatori regionali și globali de protecție financiară și Anexa 4 conține un glosar de termeni.



# 2. Methode

Această secțiune prezintă abordarea analitică a studiului și principalele surse de date. Anexele 1–3 prezintă mai multe informații despre acestea.

## 2.1 Abordarea analitică

Analiza protecției financiare din acest studiu se bazează pe o abordare dezvoltată de Biroul Regional al OMS pentru Europa (Cylus et al., 2018; Biroul Regional al OMS pentru Europa, 2019), pornind de la metodele stabilite pentru măsurarea protecției financiare (Wagstaff & van Doorslaer, 2003; Xu et al., 2003). Protecția financiară se măsoară folosind doi indicatori principali: plăți directe catastrofale și plăți directe care duc la sărăcie.

Tabelul 1 rezumă dimensiunile-cheie ale fiecărui indicator. Pentru informații detaliate despre modul în care se calculează acești indicatori și cum se raportează la indicatorii globali, consultați Anexele 2 și 3.

Tabelul 1 Dimensiunile-cheie ale cheltuielilor pentru sănătate catastrofale și ale celor care duc la sărăcie

Notă: consultați Anexa 4 pentru definițiile cuvintelor în *italice*.

Sursa: Biroul Regional al OMS pentru Europa (2019).

Cheltuieli pentru sănătate care duc la sărăcie	
<b>Definiție</b>	Ponderea gospodăriilor care au devenit <i>sărace sau și mai sărace</i> în urma efectuării <i>plăților directe</i>
<b>Pragul sărăciei</b>	<i>Pragul nevoilor de bază</i> , calculat ca suma medie cheltuită pentru alimente, locuință (chirie) și <i>utilități</i> (apă, electricitate și combustibil pentru gătit și încălzire) de gospodăriile ce se situează între percentilele 25 și 35 ale distribuției <i>consumului</i> gospodăriei, care raportează cheltuieli pentru fiecare articol, ajustat în funcție de mărimea și compoziția gospodăriei folosind scalele de echivalență ale Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE); selecția acestor gospodării se face pe baza presupunerii că ele pot să satisfacă, dar nu și să depășească, nevoile de bază privind alimentele, locuința și utilitățile; această sumă standard este folosită și pentru a defini <i>capacitatea de plată pentru asistență medicală</i> a unei gospodării (a se vedea mai jos)
<b>Dimensiunile analizate ale sărăciei</b>	Ponderea gospodăriilor care au devenit și mai sărace, sărace sau care sunt <i>la risc de sărăcie în urma plăților directe</i> și ponderea gospodăriilor care nu riscă să se confrunte cu sărăcia în urma plăților directe; o gospodărie devine săracă în cazul în care consumul său total scade sub limita nevoilor de bază după plățile directe; devine și mai săracă în momentul în care consumul său total este sub limita nevoilor de bază înainte de plățile directe; și este la risc de sărăcie atunci când consumul total după plățile directe se situează până la 120% din nivelul pragului nevoilor de bază.
<b>Dezagregare</b>	Rezultatele pot fi dezagregate în <i>quintile</i> în funcție de consum și de alți factori dacă sunt relevanți
<b>Sursa datelor</b>	Microdate din <i>anchetele naționale privind bugetul gospodăriilor</i>
Cheltuieli pentru sănătate catastrofale	
<b>Definiție</b>	Ponderea gospodăriilor cu plăți directe care depășesc 40% din <i>capacitatea de plată pentru asistență medicală</i> a unei gospodării
<b>Numărător</b>	Plățile directe
<b>Numitor</b>	Capacitatea unei gospodării de a plăti pentru servicii de sănătate este definită drept consumul total al gospodăriei minus o sumă standard care să acopere nevoile de bază; suma standard este calculată ca suma medie cheltuită pentru alimente, locuință și utilități de gospodăriile dintre percentilele 25 și 35 ale distribuției consumului gospodăriei, așa cum este descris mai sus; această sumă standard este folosită și pentru definirea <i>pragului de sărăcie</i> (pragul nevoilor de bază) utilizat pentru a măsura cheltuielile pentru sănătate care duc la sărăcie.
<b>Dezagregare</b>	Rezultatele sunt dezagregate în <i>quintile</i> de gospodării în funcție de consumul pe persoană, utilizând scalele de echivalență ale OCDE; dezagregarea în funcție de reședință, vârsta capului gospodăriei, compoziția gospodăriei și alți factori este inclusă în cazurile în care este relevantă
<b>Sursa datelor</b>	Microdate din <i>anchetele naționale privind bugetul gospodăriilor</i>

## 2.2 Sursele datelor

Studiul analizează microdatele anonimizate din anchetele privind bugetul gospodăriilor transmise către Eurostat la fiecare cinci ani de Institutul Național de Statistică din România, din anii 2010 și 2015 (cel mai recent an pentru care sunt disponibile date validate de Eurostat). Eșantionul a fost constituit din 31.336 de gospodării pentru anul 2010 și 30.625 de gospodării pentru anul 2015 (Institutul Național de Statistică din România, 2010, 2015; 2015). Datele anchetei privind bugetul gospodăriilor din anul 2020 nu au fost încă validate de Eurostat, astfel încât raportul nu monitorizează și impactul COVID-19 asupra protecției financiare.

Anchetele privind bugetul gospodăriilor colectează informații despre cheltuielile pentru sănătate într-un mod structurat, împărțind cheltuielile pentru sănătate în șase categorii mari: medicamente, produse medicale, servicii în ambulatoriu, servicii stomatologice, teste de diagnostic și servicii spitalicești. Cheltuielile pentru serviciile de sănătate mintală nu au o categorie specifică, astfel încât este posibil ca ele să fi fost incluse într-una dintre aceste categorii mari. Anexa 1 oferă mai multe informații despre anchetele privind bugetul gospodăriilor din Europa.

Toate valorile monetare din studiu sunt prezentate în Lei (RON), cu note asupra ajustării în funcție de inflație, unde este cazul. În anul 2019, 100 de lei aveau o putere de cumpărare echivalentă a 40 €SPC (standardul puterii de cumpărare) în media țărilor UE. Puterea de cumpărare echivalentă a fost calculată cu ajutorul deflatorului PIB al Băncii Mondiale, folosind anul 2015 ca an de referință pentru obținerea valorilor în termeni reali.





# 3. Gradul de acoperire și accesul la servicii de sănătate

Această secțiune descrie pe scurt guvernanta și gradul de acoperire al serviciilor de sănătate finanțate din fonduri publice (dreptul populației, pachetul de beneficii și contribuțiile suportate de utilizatori) din România și analizează rolul asigurărilor voluntare de sănătate (AVS). Astfel sunt rezumate unele tendințe-cheie privind ratele de utilizare a serviciilor de sănătate, nivelurile nevoilor de sănătate nesatisfăcute și inegalitățile privind utilizarea serviciilor și nevoile nesatisfăcute.

---

1. Între anii 2016 și 2019 au fost reglementări diferite: persoanele fără venituri impozabile puteau să plătească fie o contribuție lunară de 5,5% din salariul minim brut (aproximativ 69 RON în anul 2016), fie o singură contribuție de 5,5% din șapte salarii minime lunare (aproximativ 480 RON în anul 2016).

## 3.1 Gradul de acoperire

Acoperirea cu servicii de sănătate finanțată din fonduri publice este reglementată de Legea 95/2006 privind Reforma în domeniul sănătății (Parlamentul României, 2006), de Hotărârea Guvernului cunoscută drept „Contractul-cadru” și de Ordinul comun al președintelui CNAS și ministrului sănătății care reprezintă „Normele de aplicare ale Contractului-cadru”.

Contractul-cadru și normele sale se emit periodic (anual înainte de anul 2013 și la fiecare doi ani de atunci). Acestea definesc domeniul de aplicare al pachetului de beneficii finanțate din fonduri publice, condițiile în care furnizorii asigură serviciile de sănătate finanțate public, mecanismele de plată pentru furnizori și condițiile contractuale, cum ar fi criteriile de calitate.

CNAS a fost înființată în 1999 și administrează și reglementează majoritatea serviciilor de sănătate finanțate public. Bugetul acestei instituții se împarte la cele 43 de case de asigurări de sănătate județene, inclusiv casa pentru asigurații din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, care sunt responsabile de contractarea furnizorilor de sănătate publici și privați.

Modificările privind politica de acoperire sunt prezentate pe scurt în Tabelul 2.

### 3.1.1 Dreptul populației

Asigurarea de sănătate este obligatorie pentru toți cetățenii și rezidenții. Dreptul la beneficiile oferite de CNAS se bazează pe plata contribuțiilor la sistemul de asigurări de sănătate.

Angajații, lucrătorii independenți, persoanele cu alte venituri impozabile și persoanele fără venituri impozabile trebuie să își plătească contribuțiile la sistemul de asigurări pentru a putea beneficia de serviciile de sănătate ale CNAS. Persoanele cu venit mai mare decât salariul minim brut calculat per an (27.600 RON în anul 2021) trebuie să plătească o contribuție de 10% din venitul lor impozabil. Persoanele fără venituri impozabile pot alege să fie asigurate timp de 12 luni dacă plătesc o contribuție de 10% din echivalentul a șase salarii minime brute lunare (aproximativ 1.380 RON în anul 2021).<sup>1</sup> Din cauza faptului că există o contribuție de bază minimă, contribuțiile pentru asigurarea socială de sănătate (ASS) sunt regresive.

Guvernul transferă fonduri către CNAS pentru 19 grupuri de persoane (Parlamentul României, 2006):

- copii cu vârsta de până la 18 ani;
- tinerii până la 26 de ani, dacă sunt elevi, ucenici sau studenți și nu realizează venituri, sau persoane care provin din instituții de protecție a copilului;
- soțul, soția sau părinții dependenți ai unei persoane asigurate;
- veterani militari și văduvele lor;
- victime ale persecuțiilor politice dintre anii 1945 și 1989;
- persoane cu dizabilități;
- persoane fără venituri cu afecțiuni cronice acoperite de programele naționale de sănătate;
- femeile însărcinate și lăuzele;
- persoane aflate în concediu medical din cauza bolilor sau accidentărilor profesionale;
- persoane aflate în concediu de maternitate sau de adopție;
- persoane înregistrate ca șomeri;
- persoane care beneficiază de ajutor social, categorie ce include toate persoanele cu venit sub salariul minim;
- persoane arestate sau reținute;
- persoane care solicită statutul de refugiat;
- victime ale traficului de persoane, pentru maximum 12 luni;
- pensionari ce beneficiază de pensii sau venituri din proprietate intelectuală;
- călugări, călugărițe și alte persoane care trăiesc și lucrează în mănăstiri;
- voluntari care lucrează în serviciile de urgență; și
- muncitori în construcții din anul 2019 până în anul 2028.

În anul 2020, doar aproximativ 36% din persoanele asigurate de CNAS și-au plătit singure contribuțiile pentru asigurările de sănătate, în scădere față de 41% în anul 2010.

Ponderea populației acoperite de CNAS a crescut ușor de la 85,2% în anul 2010 la 87,2% în anul 2019. Persoanele neasigurate sunt cel mai probabil români care locuiesc sau lucrează în străinătate, dar încă au domiciliul în România, sau persoane neînregistrate pentru șomaj sau ajutoare sociale (Vlădescu et al., 2016; Curtea de Conturi a României, 2020). Nu există o monitorizare a persoanelor neasigurate.

Până în anul 2017, nu se puteau accesa serviciile de sănătate asigurate de CNAS dacă nu se făcea dovada că angajatorii au plătit contribuțiile. Acest obstacol în calea accesului a fost soluționat în anul 2018.

La punctul de furnizare a serviciilor, persoanele trebuie să demonstreze că au statutul de asigurat în următoarele moduri:

- prezentarea confirmării electronice generate din Platforma Informatică a Asigurărilor de Sănătate, pe baza cardului național de asigurări de sănătate valabil sau a codului numeric personal format din 13 cifre;
- prezentarea unei adeverințe emise de CNAS pentru persoanele care nu au sau nu doresc card electronic de asigurări de sănătate; sau
- prezentarea unui act de identitate sau a certificatului de naștere pentru copiii sub 14 ani.

Cardul electronic de asigurări de sănătate a fost introdus în anul 2015. Unii furnizori de servicii de sănătate încă solicită o dovadă pe hârtie a plății contribuțiilor sau un document fizic care să ateste că persoana aparține uneia dintre categoriile scutite de plata contribuției (Parlamentul României, 2006).

Tabelul 2. Modificări ale politicii privind acoperirea, 2000–2021

Sursa: autorii.

An	Modificare	Servicii de sănătate vizate	Persoane vizate
2004	Numărul de medicamente compensate a fost extins, în special medicamentele cu 0% coplată	Medicamente prescrise în ambulatoriu	Persoanele asigurate
2006	Lista negativă a fost extinsă	Toate beneficiile oferite de CNAS	Persoanele asigurate
	Beneficii minime introduse pentru persoanele neasigurate	Urgențe care pun viața în pericol, unele boli transmisibile, planificare familială și îngrijiri în timpul sarcinii și al nașterii	Persoanele neasigurate
2009	Procentul de coplată pentru lista B a fost redus de la 50% la 10% pentru pensionarii cu venituri mici	Medicamente prescrise în ambulatoriu	Pensionari cu venit brut lunar <1.299 RON (în anul 2020)
2012	Introducerea rețetelor electronice	Medicamente prescrise în ambulatoriu	Persoanele asigurate
	Plafonarea contravalorii serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort	Servicii spitalicești	Persoanele asigurate
	Contribuțiile pentru ASS plătite de persoanele neangajate sunt colectate de Agenția Națională de Administrare Fiscală (ANAF) în loc de CNAS	Toate beneficiile oferite de CNAS	Lucrători independenți
2013	Introducerea coplății fixe pentru internări în spitale, cu excepții pentru copii, studenți și alte grupuri de persoane	Servicii spitalicești	Persoanele asigurate
2014	Evaluarea tehnologiilor medicale (HTA) introdusă pentru a informa selecția beneficiilor	Medicamentele prescrise în ambulatoriu și în spital	Persoanele asigurate
	Extinderea acoperirii la anumite grupuri de persoane	Toate beneficiile oferite de CNAS	Pensionarii care locuiesc în țările din UE și Comunitatea Economică Euroasiatică (CEE); Cetățenii UE și CEE neasigurați într-un alt Stat Membru; lucrători transfrontalieri (la cerere)
2015	Introducerea cardului electronic de asigurări de sănătate	Toate beneficiile oferite de CNAS	Persoanele asigurate
2016	Rambursarea pacientului de către spital pentru cheltuieli cu medicamentele și materiale sanitare efectuate pe durata spitalizării	Servicii spitalicești	Persoanele asigurate
	Extinderea beneficiilor oferite de CNAS	Îngrijiri la domiciliu, logopedie, consiliere psihologică, kinetoterapie	Persoanele care beneficiază de îngrijiri paliative
	Eliminarea trimerterii de la medicul de familie	Servicii spitalicești de oncologie	Persoane înscrise în Programul Național de Tratament al Cancerului
	Plafonarea contravalorii serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort a fost înlocuită cu alte limitări	Servicii spitalicești	Persoanele asigurate
2019	Noi excepții de la coplată	Servicii în ambulatoriu Servicii spitalicești Servicii de diagnosticare	Cetățeni români, victime ale traficului de persoane; persoanele reținute, arestate sau deținute, dacă nu realizează venituri
2020	Extinderea beneficiilor oferite de CNAS	Logopedie, consiliere psihologică, kinetoterapie, reconstrucția mamară	Persoanele cu autism, persoanele cu intervenție chirurgicală pentru cancerul de sân
		Telemedicina în serviciile de asistență medicală primară și serviciile de ambulatoriu	Persoanele asigurate
2021	Reglementări noi privind contribuția personală pentru asistența medicală finanțată public oferită în unitățile private	Servicii spitalicești	Persoanele asigurate

### 3.1.2 Gradul de acoperire al serviciilor

Persoanele neasigurate au dreptul la un pachet minim de servicii care acoperă tratamentul urgențelor ce pun viața în pericol, unele servicii de ambulatoriu, câteva servicii stomatologice, unele boli transmisibile și îngrijirile în timpul sarcinii și al nașterii (OCDE, 2019; Curtea de Conturi a României, 2020).

Persoanele asigurate au dreptul la un pachet de beneficii destul de cuprinzător, care este actualizat la fiecare doi ani începând cu anul 2014.

Serviciile de **îngrijire primară** sunt oferite de medici de familie și includ asistența de urgență, servicii preventive și educație pentru sănătate, un control general la fiecare trei ani pentru persoanele cu vârsta de peste 18 ani, monitorizarea persoanelor cu afecțiuni cronice, îngrijire prenatală, planificare familială și vizite la domiciliu pentru persoanele cu mobilitate redusă și pentru lăuze. Este nevoie de trimitere de la medicul de familie pentru a putea beneficia de servicii de laborator și imagistică pentru diagnostic, de servicii în ambulatoriu și de servicii spitalicești. Pentru **servicii de urgență** nu este nevoie de trimitere.

**Serviciile de specialitate din ambulatoriu** includ consultații pentru diagnosticare, trimiteri către investigații de laborator sau imagistice, trimiteri pentru internare, pentru servicii paliative sau la domiciliu, monitorizarea pacienților externați (două vizite de urmărire) și a pacienților cu afecțiuni cronice (patru vizite pe trimestru per pacient asigurat), diferite proceduri de diagnostic, terapeutice sau intervenții chirurgicale minore, servicii de recuperare, servicii nemedicale (de psihologie, kinetoterapie, logopedie) și screening pentru cancerul mamar și cel endometrial. Pachetul de beneficii include și o listă de 98 de servicii de laborator și 108 proceduri imagistice de diagnostic.

Există aproximativ 25 de **servicii stomatologice** incluse în pachetul de beneficii, iar acestea sunt furnizate de medici stomatologi publici sau privați contractați de CNAS, cu diferite procente de coplată (vezi secțiunea 3.1.3). Serviciile stomatologice de urgență sunt acoperite integral. Întrucât nivelul finanțării publice pentru servicii stomatologice este scăzut (reprezentând mai puțin de 0,2% din bugetul CNAS în anul 2021) și cerințele pentru contractare nu sunt atractive pentru stomatologi din punct de vedere financiar (din cauza tarifelor mici și a unui plafon lunar de 2.000 lei per stomatolog), oamenii ajung, în general, să plătească direct pentru servicii stomatologice oferite de cabinete private fără contract cu casa de asigurări. Acest lucru limitează accesul la servicii stomatologice și efectul protector al excepțiilor de la coplata acestora, care sunt aplicabile numai în unități publice.

**Serviciile spitalicești** includ tratamente de recuperare, terapie fizică, masaj și programe de gimnastică medicală, îngrijire la domiciliu și transport asociat tratamentului medical.

Există o listă pozitivă a **medicamentelor din ambulatoriu** acoperite. Lista a fost extinsă de-a lungul timpului, crescând de la 1.195 denumiri comune internaționale (DCI) în anul 2008 la 1.382 în anul 2020 (Guvernul României, 2020). O listă separată (Ordinul Președintelui CNAS) specifică prețul de

referință al CNAS, produsele specifice (denumirile comerciale) acoperite pentru fiecare DCI și contribuțiile suportate de utilizatori (coplăți). Începând cu anul 2014, Unitatea pentru Evaluarea Tehnologiilor Medicale (HTA) din Agenția Națională pentru Medicamente și Dispozitive Medicale asistă Ministerul Sănătății la alcătuirea listei medicamentelor pentru ambulatoriu și pentru spitale și la stabilirea contribuțiilor suportate de beneficiari (a se vedea secțiunea 3.1.3). Medicamentele din ambulatoriu sunt prescrise pe DCI, iar farmaciștii sunt obligați să informeze pacienții cu privire la cele mai ieftine medicamente din grupul de DCI.

Pachetul de beneficii CNAS acoperă **dispozitive medicale** pentru corectarea vederii și a auzului, proteze pentru membre, dispozitive pentru continență și oxigenoterapie și alte produse medicale specializate prescrise.

Printre beneficiile CNAS se mai numără plata concediului medical și cazarea în spital pentru persoanele care însoțesc copiii cu vârsta de până la 3 ani și persoanele cu dizabilități severe, dacă medicul consideră că acest lucru este necesar.

Serviciile care nu sunt acoperite de CNAS se regăsesc pe o **listă negativă**: boli profesionale și accidente de muncă (acoperite de alt sistem), unele servicii spitalicești de înaltă performanță, unele servicii stomatologice, fertilizarea in vitro, corecțiile estetice și servicii medicale fără trimitere. Numărul serviciilor de pe lista negativă a înregistrat o ușoară creștere în timp.

**Timpii de așteptare** par să nu fie o problemă, deși există date insuficiente. Listele de așteptare oficiale se aplică în cazul serviciilor de diagnostic, cum ar fi cazul tomografiilor computerizate (CT) și al testelor de laborator. Nu există garanții privind timpul de așteptare.

Cu toate acestea, există și alte probleme privind acoperirea serviciilor. De exemplu, accesul la servicii este mai limitat în **zonele rurale** (a se vedea secțiunea 3.2). În plus, **serviciile de calitate slabă**, în special în spitalele publice din mediul rural, **infrastructura veche și plățile informale** către personalul medical sunt probleme reale, mai ales în unitățile publice (în special în spitale, dar și în ambulatoriu) (vezi secțiunea 4.2). În plus, este posibil ca oamenii să fie nevoiți să plătească informal pentru medicamente și alte produse pe perioada spitalizării. Această practică a fost interzisă în anul 2015; din anul 2016 pacienții au dreptul de a fi rambursați de către spital pentru cheltuielile cu medicamente și materiale sanitare efectuate pe durata spitalizării (Guvernul României, 2016).

### 3.1.3 Contribuții suportate de utilizator

Majoritatea serviciilor de sănătate sunt gratuite la locul furnizării. Contribuțiile suportate de utilizator se aplică în special în cazul medicamentelor prescrise în ambulatoriu, serviciilor stomatologice, serviciilor spitalicești și serviciilor de tratament balnear și de recuperare (Tabelul 3).

**Medicamentele prescrise în ambulatoriu** sunt clasificate în patru grupuri cu diferite niveluri de acoperire (Tabelul 4). Contribuțiile suportate de beneficiar sunt sub formă de coplăți procentuale (0%, 10%, 50%

și 80%) și, din anul 2003, prețuri de referință (oamenii plătesc diferența dintre tarif și prețul de vânzare). Cu toate acestea, multe medicamente prescrise în ambulatoriu se află în categoria de coplată 0% – de exemplu, medicamentele pentru unele boli severe și medicamentele din cadrul programelor naționale de sănătate pentru boli transmisibile, cancer, diabet și boli mintale (a se vedea Tabelul 4 pentru mai multe detalii). În anul 2020, peste 70% din medicamentele prescrise în ambulatoriu erau exceptate de coplată. De asemenea, copiii, tinerii până la 26 de ani, dacă sunt elevi, ucenici sau studenți și nu realizează venituri, și femeile însărcinate sunt exceptați de la coplată.

Coplățile procentuale se aplică și în cazul **serviciilor stomatologice** și al **serviciilor de tratament balnear și de recuperare**. În anul 2013 au fost introduse coplățile fixe pentru **serviciile spitalicești** (internarea în spital). Copiii, tinerii până la 26 de ani, dacă sunt elevi, ucenici sau studenți și nu realizează venituri, și alte grupuri specifice sunt scutiți de aceste coplăți (a se vedea Tabelul 3 pentru detalii). Scutirea de la coplată pentru serviciile stomatologice se aplică numai în cazul tratamentului în unitățile publice, care sunt foarte puține.

**Contribuția personală** este permisă pentru serviciile de sănătate finanțate public în cadrul unităților private (în special în spitale), care sunt destul de numeroase. Oamenii efectuează plăți directe pentru orice diferență între tarifele plătite de CNAS și cele ale spitalelor. În luna iulie a anului 2021 au fost introduse noi reglementări privind contribuția personală pentru a îmbunătăți transparența, obligând toate spitalele private contractate de CNAS să publice tarifele online. Un alt scop al acestei modificări este să încurajeze includerea contribuției personale în AVS.

**Plata pentru servicii suplimentare** este permisă în cazul serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort (salon cu mai puțin de trei paturi, grup sanitar și baie proprii, electrocasnice precum TV și frigider și mâncare mai bună) în spitalele contractate de CNAS. Se aplică în principal în spitale publice. În anul 2013 a fost stabilită o limită superioară pentru contravaloarea serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort de 300 RON pe zi. Această limită a fost înlocuită în anul 2018 cu un alt tip de constrângere: spitalele pot oferi condiții superioare de cazare numai în situația în care cazarea standard este garantată pentru toți pacienții ce trebuie internați. Din cauza condițiilor precare din majoritatea spitalelor publice, rareori este posibil să se găsească spațiul necesar pentru cazare superioară, asigurată fiind, în același timp, o cazare standard pentru toți pacienții.

Cu excepția măsurii din anul 2013 privind introducerea coplății în suma fixă pentru internarea în spital, modificările privind politica de contribuții suportate de beneficiar au vizat în principal creșterea protecției împotriva coplăților (Tabelul 2).

Tabelul 3. Contribuții suportate de utilizatorii serviciilor de sănătate finanțate public, 2021

NA = Nu se aplică

Sursa: autorii.

Zona de servicii	Tipul și nivelul contribuțiilor suportate de utilizatori	Excepții	Limita privind taxele plătite de utilizatori
Teste de diagnostic și alte servicii paramedicale	Nu există	N/A	N/A
Medicamente prescrise în spitale	Nu există	N/A	N/A
Produse medicale	Oamenii plătesc diferența dintre prețul de referință și prețul de vânzare	Nu	Nu
Consultații în ambulatoriu	Nicio taxă în unitățile publice Contribuția personală în unitățile private	Nu	Nu
Medicamente prescrise în ambulatoriu	Coplată procentuală: A se vedea Tabelul 4 pentru detalii	Medicamente pentru anumite boli, medicamentele din programele naționale de sănătate, copiii <18 ani, studenții <26 ani și femeile însărcinate (a se vedea Tabelul 4 pentru detalii)	Nu
Servicii stomatologice	Coplată procentuală: 40% din preț	Numai în unitățile publice: copiii <18 ani, studenții <26 ani, veteranii militari și revoluționarii	Nu
Servicii spitalicești	Coplată fixă: 5–10 RON per episod de internare Plata pentru contravaloarea serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort	Excepții de la coplată: copiii <18 ani; studenții <26 ani; persoanele acoperite de programele naționale de sănătate; femeile însărcinate fără venituri; pensionarii cu venit brut lunar <1.299 RON (în 2020); cetățeni români, victime ale traficului de persoane; persoanele reținute, arestate sau deținute, fără venituri	Nu
Tratament balnear și de recuperare	Coplată procentuală: 35% din tarif pentru 14–21 de zile; plata 100% a tarifului pentru spitalizarea ce depășește 21 de zile Plata pentru contravaloarea serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort	Excepții de la coplată: veteranii militari și revoluționarii	Nu



Tabelul 4. Contribuții suportate de utilizatori pentru medicamentele din ambulatoriu acoperite de asigurări, 2021

NA = Nu se aplică

NYHA: Clasificarea funcțională conform Asociației Inimii din New York

Sursa: autorii.

Categoria de medicamente	Tipul și nivelul contribuțiilor suportate de utilizatori	Limite ale serviciului	Excepții	Plafon asupra contribuțiilor suportate de utilizatori
<b>A Generice</b> (149 medicamente în anul 2020)	10%	Una sau mai multe rețete pe lună pentru maximum șapte medicamente diferite	Nu	Nu
<b>B Generice scumpe și medicamente originale</b> (222 medicamente în anul 2020)	50%	Una sau mai multe rețete pe lună pentru maximum șapte medicamente diferite; valoarea totală nu poate depăși 330 RON pe lună	Nu	Nu
<b>C</b> (990 medicamente în anul 2020)				
<b>C1 Medicamente pentru boli specifice:</b> insuficiență cardiacă stadiile III și IV conform NYHA; hepatită; ciroză; leucemie; epilepsie; Parkinson; scleroză multiplă; boli psihiatrice; poliartrită; boli endocrine severe; boli rare	Nu	Una sau două rețete pe lună pentru fiecare boală pentru maximum trei medicamente diferite	N/A	Nu
<b>C2 Medicamente din programele naționale de sănătate:</b> boli transmisibile precum HIV, SIDA, tuberculoză și gripă; cancer; scleroză multiplă; diabet și alte tulburări endocrine; boli rare; transplanturi; insuficiență renală; tratament pentru dependență	Nu	Nu	N/A	N/A
<b>C3 Medicamente pentru copii, elevi, ucenici, studenți sub 26 de ani și femei însărcinate:</b> aceste trei grupuri de persoane sunt scutite de coplată pentru toate celelalte medicamente prescrise	Nu	O rețetă pe lună pentru maximum patru medicamente diferite	N/A	Nu
<b>D Medicamente cu scor HTA mic</b> (21 medicamente în anul 2020)	80%	Una sau mai multe rețete pe lună pentru maximum șapte medicamente diferite	Nu	Nu
<b>Pentru toate medicamentele prescrise în ambulatoriu,</b> pacienții vor plăti diferența dintre prețul de referință și prețul de vânzare			Nu	Nu
<b>În cazul depășirii limitelor serviciilor</b> (când este nevoie de mai multe rețete pe lună), pacienții vor plăti direct și integral			Nu	Nu

### 3.1.4 Rolul AVS

Asigurările Voluntare de Sănătate (AVS) joacă un rol minor în sistemul de sănătate, reprezentând doar 0,5% din cheltuielile pentru sănătate în anul 2018 (OMS, 2021). Acestea au mai ales un rol suplimentar, acoperind accesul la servicii hoteliere cu grad ridicat de confort în spitale (publice), alegerea furnizorului și accesul la tratament în unitățile private. Nu se știe câți oameni beneficiază de AVS.

AVS este subvenționată de Guvern; anual se poate deduce o sumă de până la 400 EUR pentru AVS din venitul impozabil.

Furnizorii privați oferă „abonamente medicale”, care adesea sunt achiziționate de angajatori și oferite angajaților lor drept beneficiu suplimentar. Inițial, abonamentele acopereau pachete de servicii pentru sănătatea muncii, dar în prezent sunt achiziționate în mare parte pentru a le oferi oamenilor acces la unități private cu servicii și infrastructură mai bune decât în spitalele publice. Ele reprezintă alt 0,1% din cheltuielile curente pentru sănătate (Stranciu, 2017).

Tabelul 5 evidențiază problemele principale privind guvernarea acoperirii, prezintă pe scurt principalele lacune din cadrul acoperirii finanțate public și indică rolul AVS în soluționarea acestor lacune.

Tabelul 5. Lacune în acoperirea de către sistemul public de asigurări și de AVS

Sursa: autorii.

Aspectul privind acoperirea	Drepturile populației	Gradul de acoperire al serviciilor	Contribuții suportate de utilizator
Probleme privind guvernarea acoperirii finanțate din fonduri publice	Dreptul la beneficiile CNAS depinde de plata contribuțiilor la sistemul de asigurări	Diferențele geografice în accesul la servicii din cauza penuriei de resurse umane și financiare  Calitatea serviciilor, în special în spitalele publice din mediul rural  Plăți informale	Coplăți procentuale mari pentru unele medicamente prescrise în ambulatoriu și pentru servicii stomatologice  Nicio excepție de la coplata procentuală pentru adulții cu venituri mici
Principalele lacune în acoperirea finanțată public	Aproximativ 12% dintre persoanele care au dreptul la asigurare CNAS sunt neasigurate	Acoperirea CNAS privind serviciile stomatologice este limitată	Medicamente prescrise în ambulatoriu  Servicii stomatologice  Contribuția personală în ambulatoriile și spitalele private  Plata pentru contravaloarea serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort în spitale
Sunt aceste lacune soluționate de AVS?	Nu – AVS reprezintă doar 0,5% din cheltuielile curente pentru sănătate, oferă acces la cazare mai bună în spital, alegerea furnizorului și acoperirea serviciilor în unitățile private, și nu include coplățile pentru serviciile acoperite de CNAS		

## 3.2 Accesul, utilizarea și nevoia nesatisfăcută

Datele UE privind nevoia nesatisfăcută (Casetă 1) arată că accesul la serviciile medicale și la serviciile stomatologice este o problemă mai mare în România decât în UE ca medie (Fig. 1). Deși ponderea persoanelor cu nevoi medicale și stomatologice nesatisfăcute a scăzut substanțial în România în ultimul deceniu, de la aproximativ 12% în anul 2011 la sub 5% în anul 2020, aceasta este în continuare cu mult peste media UE.

Există o puternică inegalitate în funcție de venit în ceea ce privește nevoia nesatisfăcută (Fig. 2). În anul 2020, cele mai sărace persoane au înregistrat niveluri de nevoi medicale și stomatologice nesatisfăcute semnificativ mai mari decât cei mai bogați oameni. Nevoile medicale și stomatologice nesatisfăcute au crescut în rândul celei mai sărace quintile, și au scăzut în rândul celei mai bogate quintile încă din anul 2018, mărindu-se astfel diferența dintre bogați și săraci. Și inegalitatea în funcție de vârstă este o problemă, în special în cazul nevoilor nesatisfăcute pentru asistență medicală (Fig. 2).

În anul 2014, România a avut cel mai mic nivel autodeclarat de utilizare a medicamentelor cu și fără prescripție medicală din UE. Aproximativ 23% dintre persoanele din România au declarat că utilizează medicamente prescrise în ambulatoriu, comparativ cu media UE de 49%, iar aproximativ 15% au declarat că utilizează medicamente fără prescripție medicală, comparativ cu media UE de 35% (Eurostat, 2021). Prin urmare, este posibil să existe bariere și în calea accesului la medicamente. Datele din Ancheta Europeană de Sănătate realizată prin Interviu (EHIS) arată că în anul 2014 nevoia de medicamente prescrise nesatisfăcută din cauza costurilor a fost mai mare decât media UE și a fost marcată de o puternică inegalitate legată atât de nivelul socioeconomic, cât și de vârstă (Fig. 3).

---

### Casetă 1. Nevoia nesatisfăcută pentru servicii de sănătate

Sursa: Biroul Regional al OMS pentru Europa (2019).

Indicatorii de protecție financiară arată dificultăți financiare în rândul persoanelor care suportă plăți directe în momentul utilizării serviciilor de sănătate. Însă acești indicatori nu pot determina dacă plățile directe creează o barieră în calea accesului care să aibă ca rezultat nevoi pentru servicii de sănătate nesatisfăcute. Nevoia nesatisfăcută reprezintă un indicator privind accesul, care este definit prin cazurile în care oamenii au nevoie de servicii de sănătate pe care nu le primesc din cauza barierelor de acces.

Informațiile privind utilizarea serviciilor de sănătate sau nevoile nesatisfăcute nu se colectează de regulă în cadrul anchetelor privind bugetul gospodăriilor, care sunt folosite pentru a analiza protecția financiară. Aceste anchete arată doar care gospodării nu au efectuat plăți directe, dar nu și de ce. Este posibil ca gospodăriile fără plăți directe să nu fi avut nevoie de servicii de sănătate, să fie scutite de contribuțiile suportate de utilizatori sau să se confrunte cu bariere în calea accesului pentru serviciile de sănătate de care au nevoie.

Analiza protecției financiare care nu ține cont de nevoile nesatisfăcute ar putea duce la interpretări greșite. Este posibil ca o țară să aibă o incidență relativ scăzută a plăților directe catastrofale, ca urmare a faptului că multe persoane nu apelează la serviciile medicale din cauza disponibilității limitate a acestora sau a altor bariere în calea accesului. În schimb, reformele care îmbunătățesc nivelul de utilizare al serviciilor pot crește și plățile directe – de exemplu, prin contribuțiile suportate de utilizator – dacă nu sunt implementate și politici de protecție. În aceste cazuri, este posibil ca reformele să îmbunătățească accesul la servicii de sănătate, dar și să crească dificultățile financiare.

Această cercetare folosește date despre nevoia nesatisfăcută pentru a veni în completarea analizei protecției financiare. De asemenea, evidențiază schimbările privind proporția și distribuția gospodăriilor care nu au efectuat plăți directe. În cazul în care creșterea ponderii gospodăriilor fără plăți directe nu poate fi explicată prin schimbările din sistemul de sănătate – de exemplu, creșterea protecției pentru anumite gospodării – e posibil ca aceasta să fie determinată de creșterea nevoii nesatisfăcute.

În fiecare an, Statele Membre ale UE colectează date privind nevoile medicale și stomatologice nesatisfăcute prin Statistica Uniunii Europene privind Veniturile și Condițiile de Viață (EU-SILC). Aceste date pot fi dezagregate în funcție de vârstă, sex, nivel de educație și venit. Deși această sursă importantă de date nu are putere explicativă și valoarea sa este limitată din punct de vedere comparativ din cauza diferențelor de raportare între țări, EU-SILC este utilă pentru identificarea tendințelor în timp la nivelul unei țări (Arora et al., 2015; Grupul de Experți al Comisiei Europene pentru Modalități Eficace de a Investi în Sănătate, 2016, 2018).

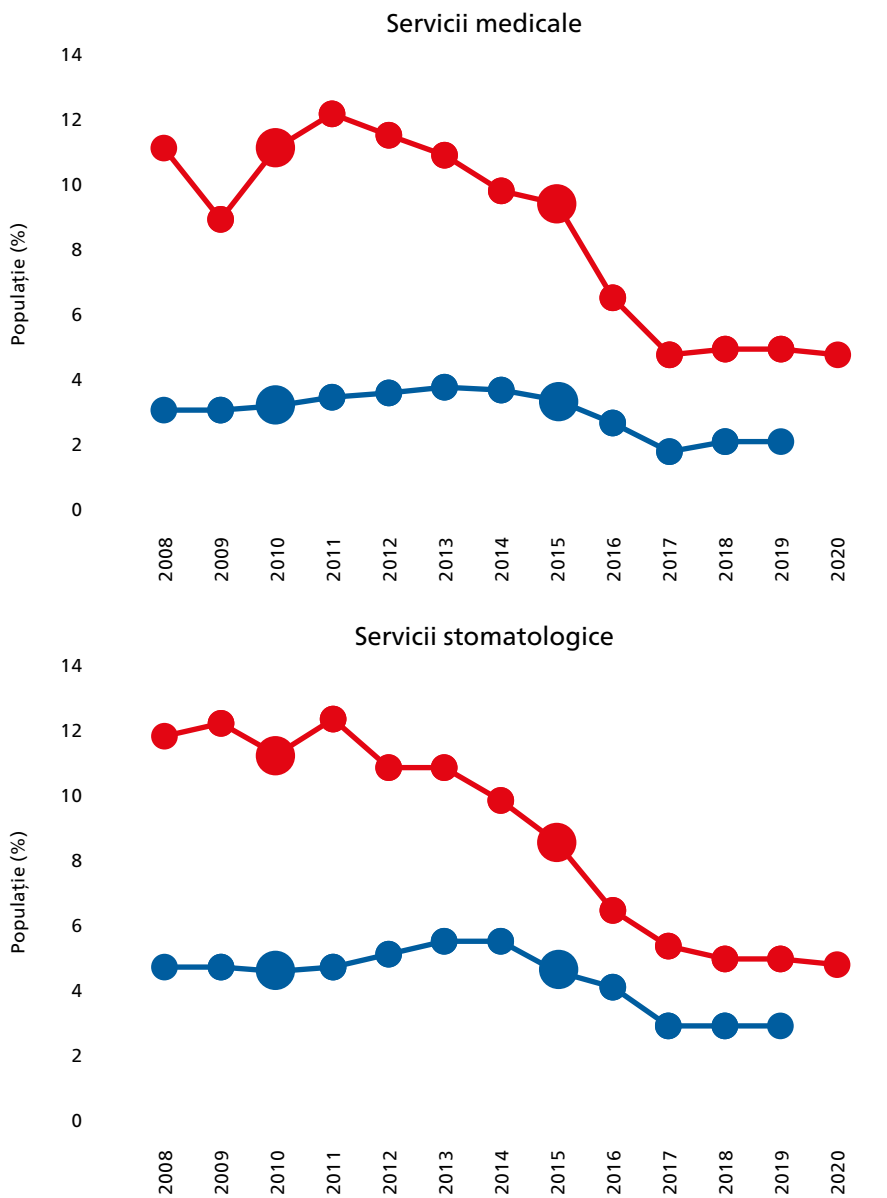
Statele Membre ale UE colectează date privind nevoile nesatisfăcute și prin intermediul EHIS, care se realizează la aproximativ fiecare cinci ani. A doua rundă a acestei anchete a fost efectuată în 2014. O a treia rundă a fost lansată în 2019.

În timp ce EU-SILC oferă informații despre nevoia nesatisfăcută ca pondere a populației de peste 16 ani, EHIS oferă informații despre nevoia nesatisfăcută în rândul celor care raportează că au nevoie de servicii de sănătate. În cadrul EHIS, participanții sunt chestionați și în privința nevoilor nesatisfăcute de medicamente prescrise.

---

Fig. 1. Nevoia declarată de servicii medicale și stomatologice nesatisfăcută din cauza costurilor, a distanței și a timpului de așteptare, România și UE

● România  
● UE



Notă: populația este reprezentată de persoane cu vârsta de 16 ani și peste.

Sursa: date EU-SILC conform Eurostat (2021).

Fig. 2. Inegalitatea nevoilor de servicii medicale și stomatologice nesatisfăcute din cauza costurilor, a distanței și a timpului de așteptare, în funcție de venit și vârstă în România

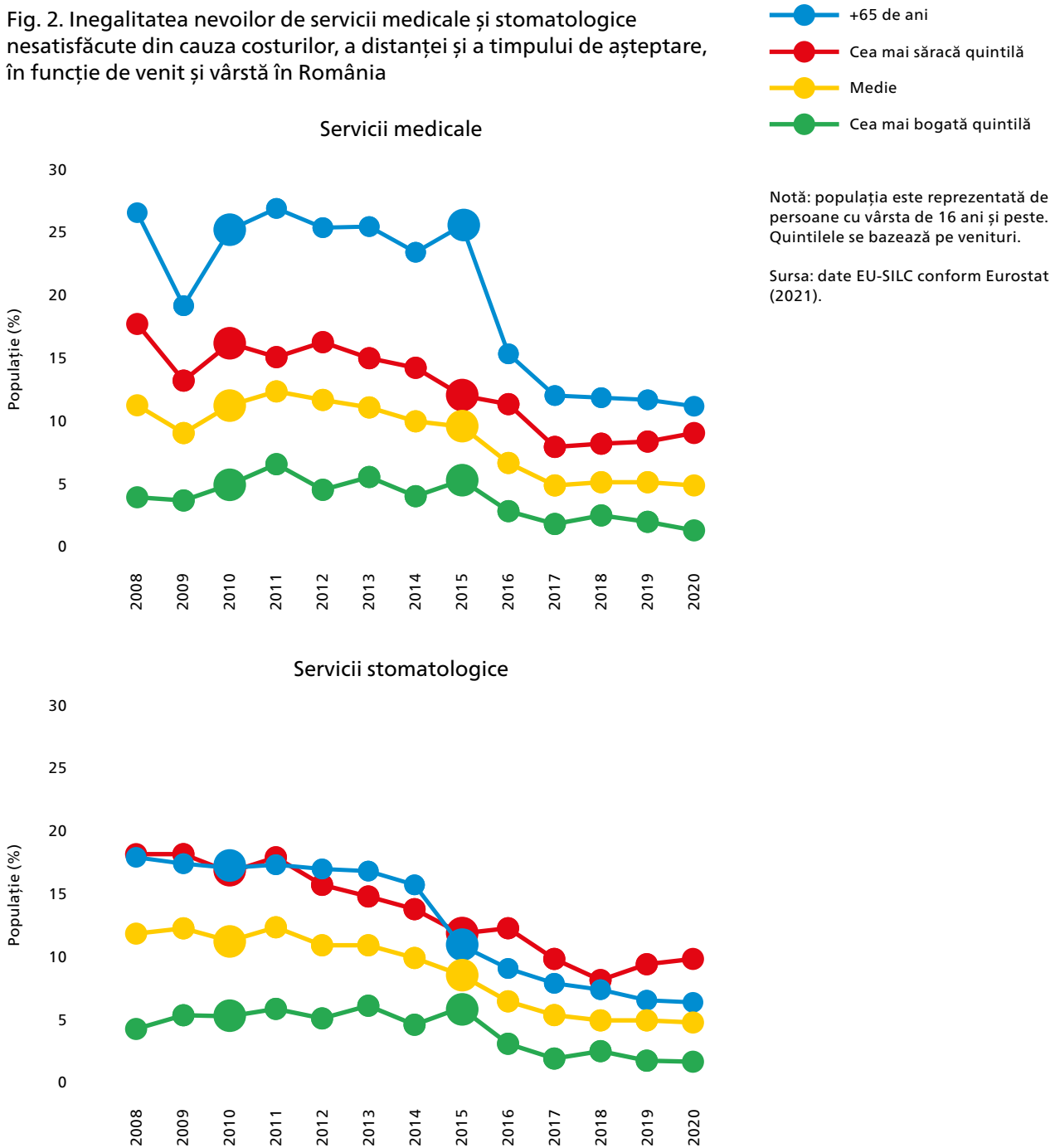
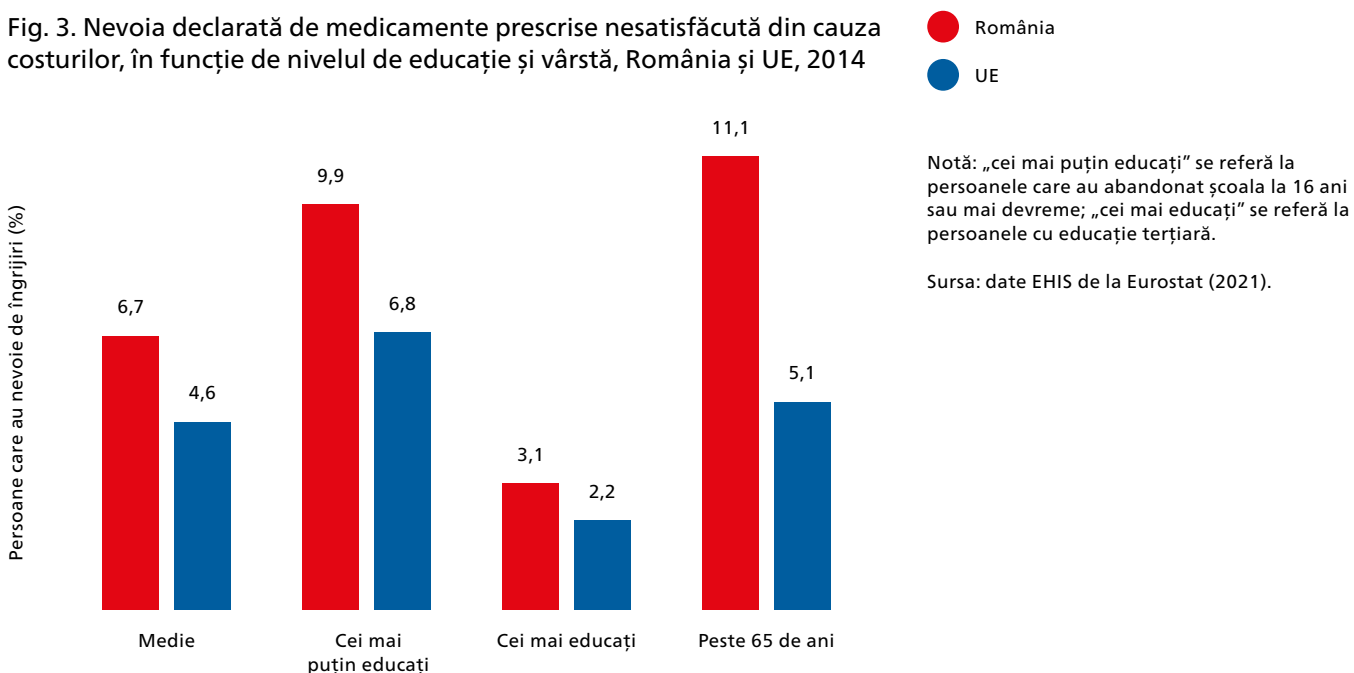


Fig. 3. Nevoia declarată de medicamente prescrise nesatisfăcută din cauza costurilor, în funcție de nivelul de educație și vârstă, România și UE, 2014



Inegalitățile în nevoia nesatisfăcută pot fi explicate parțial de diferențele geografice privind numărul de lucrători din domeniul sănătății și unitățile disponibile și de lipsa de personal. În anul 2019, România a avut al treilea cel mai mic număr de medici practicanți per 1.000 de persoane la nivelul UE (3,0 față de media UE de 3,8). Și numărul de asistenți medicali per 1.000 de locuitori (7,2) a fost mai mic decât media UE (8,2).

În România, numărul medicilor variază de la 5,5 medici per 1.000 de locuitori în București / Ilfov la 1,5 per 1.000 de locuitori în sudul Munteniei (Eurostat, 2021), având ca rezultat diferențe semnificative între zonele urbane și cele rurale privind accesul. Mai puțin de o treime din medicii de familie deservește aproape jumătate din populația care locuiește în zonele rurale. Zonele rurale suferă și din cauza lipsei de medici stomatologi, farmaciști și specialiști de laborator și înregistrează variații mari ale numărului de paturi de spital per 100.000 de persoane (Vlădescu et al., 2016). O altă cauză a barierelor de acces din zonele rurale ar putea fi și distanța până la unitățile sanitare, calitatea slabă a drumurilor, lipsa transportului public și costurile ridicate ale deplasării.

## 3.3 Rezumat

Asigurarea de sănătate este obligatorie pentru toți cetățenii și rezidenții. Dreptul la beneficiile oferite de CNAS se bazează pe plata contribuțiilor la sistemul de asigurări de sănătate. În anul 2019, CNAS a acoperit doar 87,5% din populație, în creștere ușoară față de 86% în anul 2010. Persoanele neasigurate sunt cel mai probabil români care locuiesc sau lucrează în străinătate, dar încă au domiciliul în România, sau persoane neînregistrate oficial pentru șomaj sau ajutor social. Nu există o monitorizare a persoanelor neasigurate.

Persoanele neasigurate au acces la un pachet minim de servicii: tratarea urgențelor care pun viața în pericol, tratarea unor boli transmisibile și îngrijiri în timpul sarcinii și al nașterii.

Pachetul de beneficii CNAS este destul de cuprinzător pentru persoanele asigurate, dar acoperirea serviciilor stomatologice este limitată și sunt puțini medici stomatologi contractați. Drept urmare, mulți oameni aleg să folosească servicii stomatologice oferite de cabinete private ce nu au contract cu CNAS și plătesc ei înșiși costul integral.

Majoritatea serviciilor de sănătate sunt gratuite la locul furnizării. Contribuțiile suportate de beneficiar sunt aplicabile sub formă de coplăți procentuale în cazul medicamentelor prescrise în ambulatoriu, serviciilor stomatologice și serviciilor de tratament balnear și de recuperare. În anul 2013 au fost introduse coplățile fixe pentru internarea în spital. Deși există excepții privind coplata pentru multe medicamente din ambulatoriu, precum și în cazul copiilor, elevilor, ucenicilor, studenților și al femeilor însărcinate, nu există excepții pentru adulții cu venituri mici și nu există un plafon general al contribuțiilor suportate de utilizator.

Contribuția personală este permisă pentru serviciile de sănătate finanțate public în cadrul unităților private (în special în spitale), care sunt destul de numeroase. Plata pentru servicii suplimentare este permisă în cazul serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort în spitalele ce au contract cu CNAS. Acest lucru se aplică în principal în cazul spitalelor publice.

Asigurările Voluntare de Sănătate (AVS) joacă un rol minor în sistemul de sănătate, reprezentând doar 0,5% din cheltuielile pentru sănătate în anul 2018. Acestea au mai ales un rol suplimentar, acoperind accesul la servicii hoteliere cu grad ridicat de confort în spitale (publice), alegerea furnizorului și accesul la tratament în unitățile private. Nu se știe câți oameni beneficiază de AVS, care este subvenționată de Guvern.

Există diferențe regionale semnificative în ceea ce privește disponibilitatea serviciilor medicale și a personalului medical. Nevoile medicale și stomatologice nesatisfăcute din cauza costurilor, a distanței și a timpului de așteptare au scăzut în timp, însă rămân mult peste media UE, în special în cazul persoanelor mai sărace. Nevoia nesatisfăcută de medicamente prescrise din cauza costurilor este de asemenea peste media UE. Inegalitatea nevoilor medicale și stomatologice nesatisfăcute în funcție de venit a crescut în ultimii ani. Inegalitatea în funcție de vârstă este o problemă pentru serviciile medicale și medicamentele prescrise.



## 4. Cheltuielile gospodăriei pentru sănătate

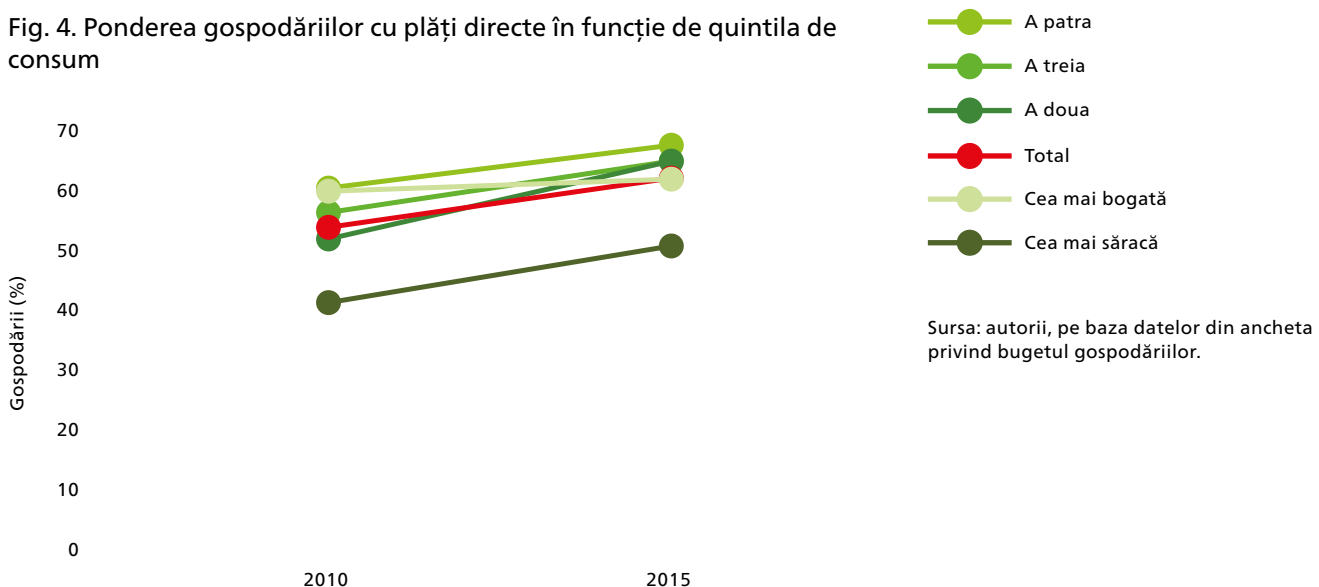
Prima parte a acestei secțiuni utilizează datele din ancheta privind bugetul gospodăriilor și prezintă tendințele cheltuielilor gospodăriei pentru sănătate – adică plăți directe, formale și informale, efectuate de oameni în momentul utilizării oricărui bun sau serviciu furnizat în cadrul sistemului de sănătate. A doua și a treia parte descriu rolul plăților informale și tendințele în timp ale cheltuielilor publice și private pentru sănătate.

## 4.1 Plățile directe

Plățile directe reprezintă contribuțiile suportate de utilizator și alte plăți pentru beneficiile finanțate public, precum și plățile efectuate direct către furnizori pentru servicii neacoperite de CNAS. Acestea includ toate plățile formale și informale.

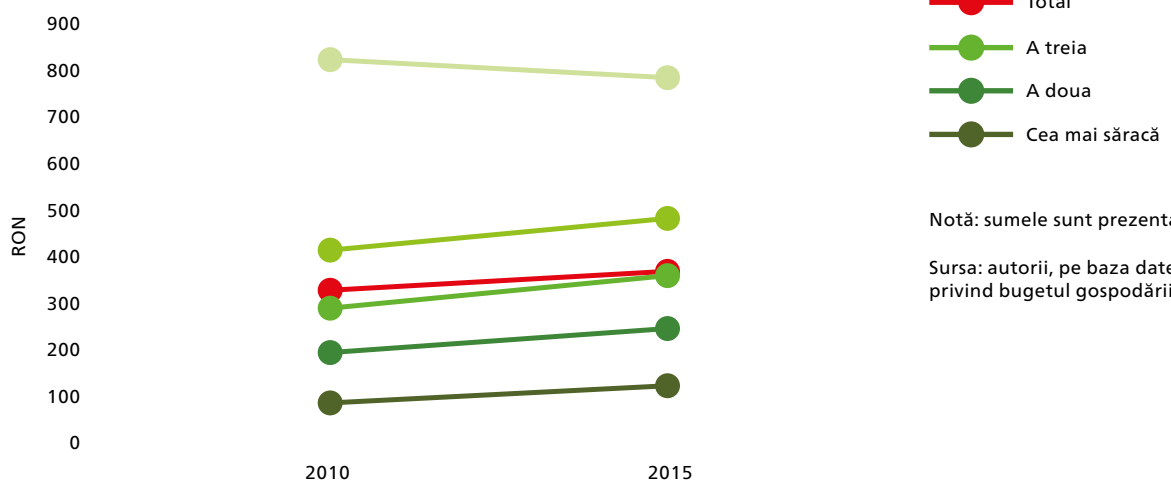
În anul 2015, în medie 62% dintre gospodării au raportat plăți directe, în creștere față de 54% în anul 2010 (Fig. 4). În ambii ani, gospodăriile din cea mai săracă quintilă din perspectiva consumului au fost cele cu cea mai mică probabilitate de a raporta plăți directe.

Fig. 4. Ponderea gospodăriilor cu plăți directe în funcție de quintila de consum



Suma medie anuală a plăților directe per persoană a crescut de la 325 RON (130 €SPC) în anul 2010 la 373 RON (149 €SPC) în anul 2015 (Fig. 5). Plățile directe au crescut în termeni reali pentru toți, cu excepția celor din cea mai bogată quintilă. Cea mai mare creștere s-a înregistrat la cei din cea mai săracă quintilă. În ambii ani există o diferență socială foarte pronunțată în privința valorii plăților directe: gospodăriile mai bogate cheltuiesc de trei ori mai mult decât gospodăriile mai sărace.

Fig. 5. Valoarea plăților directe anuale pentru servicii de sănătate per persoană, după quintila de consum

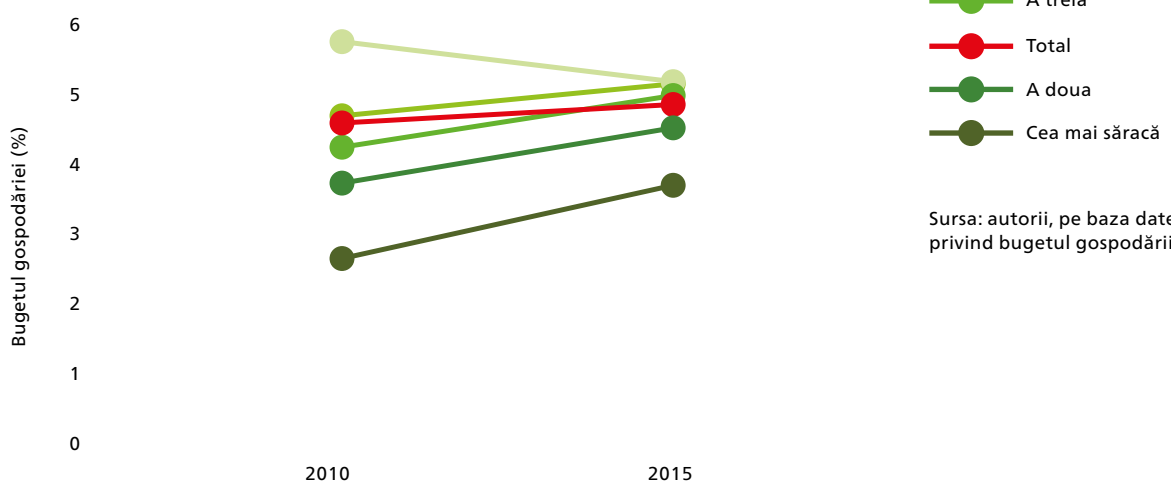


Notă: sumele sunt prezentate în termeni reali.

Sursa: autorii, pe baza datelor din ancheta privind bugetul gospodăriilor.

În timp, plățile directe au crescut și ca pondere din consumul total al gospodăriei (bugetul gospodăriei), o creștere în medie de la 4,5% în anul 2010 la 4,9% în anul 2015 (Fig. 6). Toate gospodăriile au resimțit această creștere, cu excepția celor din cea mai bogată quintilă. Cea mai mare creștere a fost înregistrată în cazul celei mai sărace quintile, de la 2,6% la 3,7% (Fig. 6). În ambii ani gospodăriile mai bogate au cheltuit proporțional mai mult decât gospodăriile mai sărace, însă diferențele dintre quintile s-au mai estompat pe parcursul timpului.

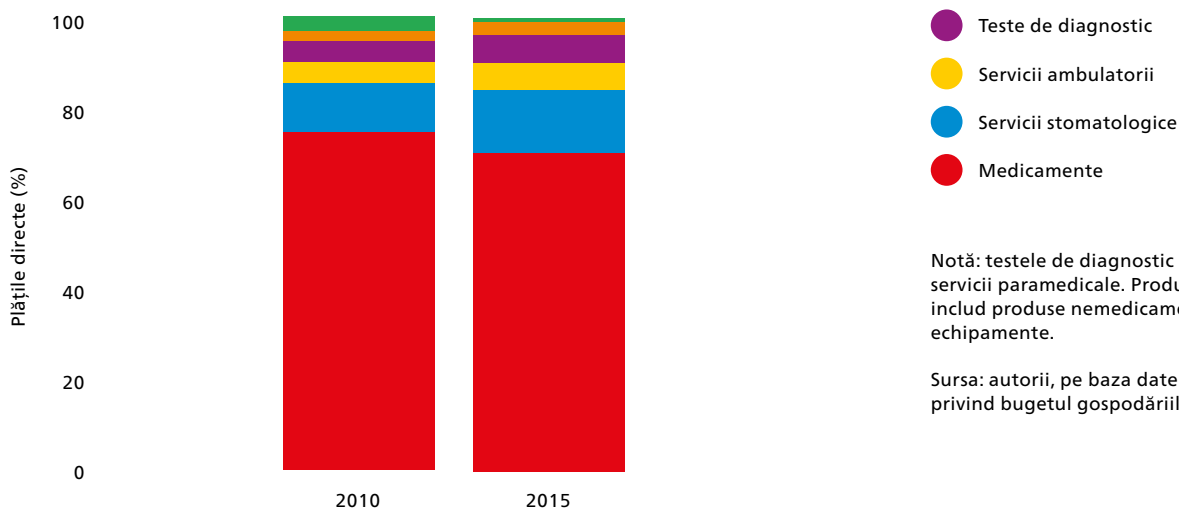
Fig. 6. Plățile directe pentru servicii de sănătate ca pondere din consumul gospodăriei, după quintila de consum



Sursa: autorii, pe baza datelor din ancheta privind bugetul gospodăriilor.

Medicamentele din ambulatoriu au reprezentat cea mai mare pondere a plăților directe (peste 70%) în ambii ani, urmată de serviciile stomatologice (peste 10%) (Fig. 7). Medicamentele din ambulatoriu domină plățile directe la nivelul tuturor quintilelor, însă ponderea lor crește odată cu consumul gospodăriei: în anul 2015 cheltuielile cu medicamentele reprezentau 90% din plățile directe în cea mai săracă quintilă și 54% în cea mai bogată quintilă (Fig. 8). Această diferență a devenit mai pronunțată în timp, ca urmare a creșterii ponderii serviciilor stomatologice în rândul celei mai bogate quintile.

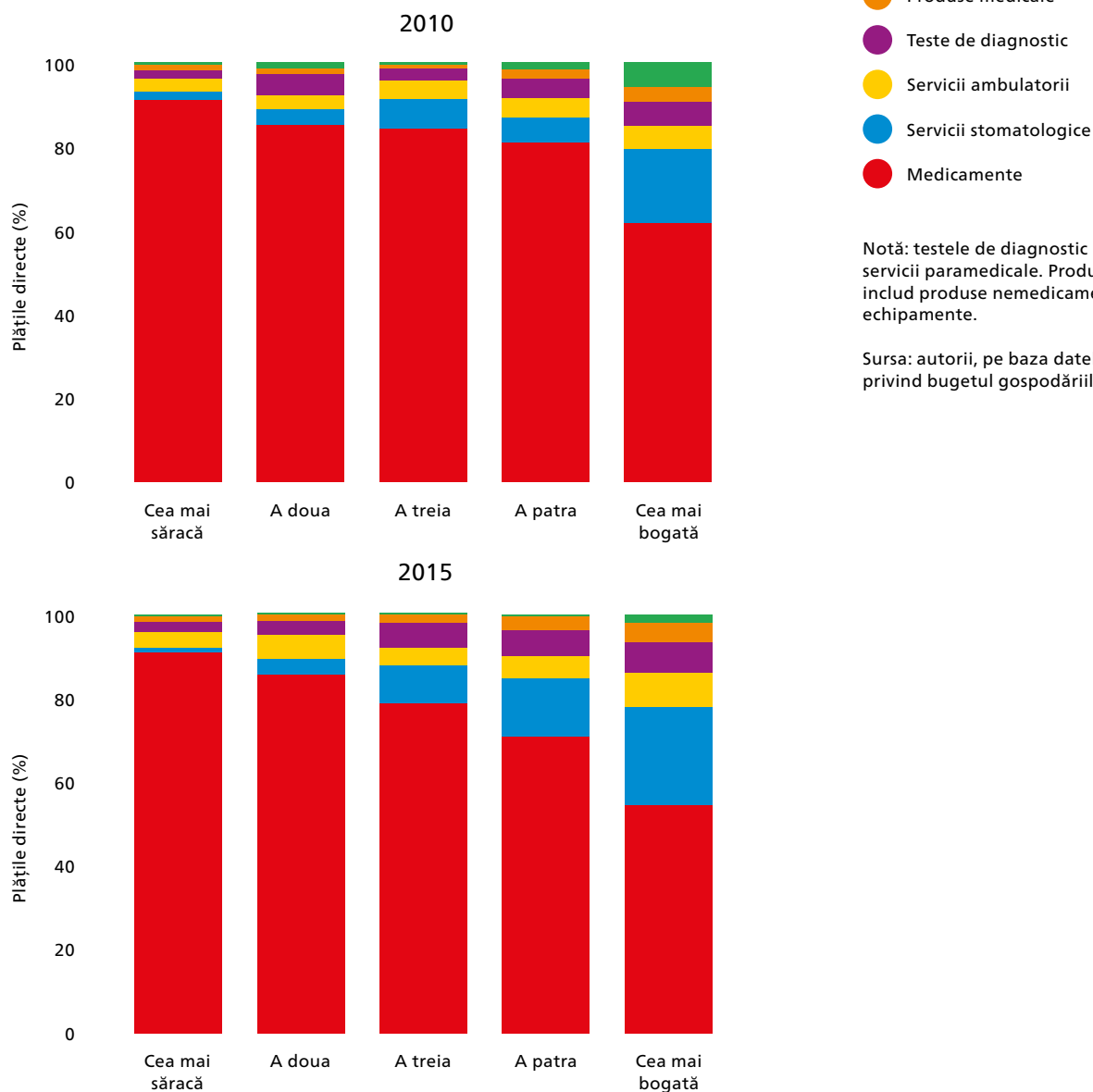
Fig. 7. Structura cheltuielilor totale reprezentând plăți directe în funcție de tipul de servicii de sănătate



Notă: testele de diagnostic includ și alte servicii paramedicale. Produsele medicale includ produse nemedicamentoase și echipamente.

Sursa: autorii, pe baza datelor din ancheta privind bugetul gospodăriilor.

Fig. 8. Structura cheltuielilor totale reprezentând plăți directe în funcție de tipul de servicii de sănătate și quintila de consum



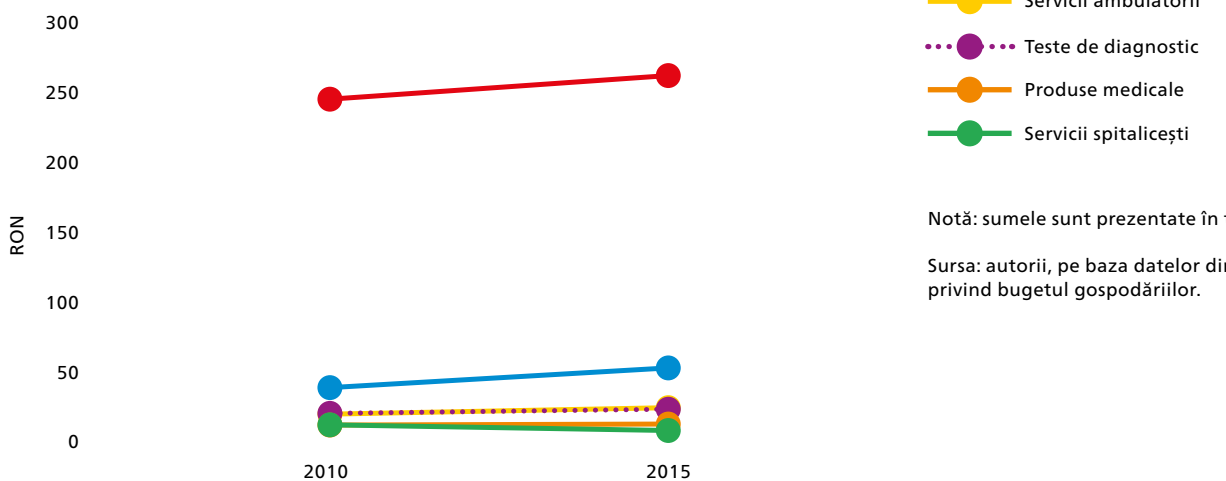
De-a lungul timpului, ponderea medicamentelor din ambulatoriu și a serviciilor spitalicești a scăzut în medie, însă ponderea cheltuielilor pentru toate celelalte tipuri de servicii de sănătate a crescut (Fig. 7). Cu toate acestea, ponderea cheltuielilor pentru medicamentele din ambulatoriu a rămas constantă în rândul celor mai sărace două quintile.

Această schimbare generală a componenței plăților directe a fost determinată de o reducere semnificativă a cheltuielilor pentru servicii spitalicești și de creșteri mari ale cheltuielilor pentru celelalte tipuri de servicii de sănătate (Fig. 9). Și cheltuielile pentru medicamente în

ambulatoriu au crescut, dar într-o măsură mult mai mică decât pentru alte tipuri de servicii (cu aproximativ 8% între anii 2010 și 2015, comparativ cu creșteri de peste 40% pentru alte tipuri de servicii de sănătate).

Deși creșterea cheltuielilor pentru medicamente în ambulatoriu a fost ca medie destul de mică, de aproximativ 20 RON (Fig. 9), ea a fost determinată de creșteri substanțiale în rândul celor mai sărace două quintile – 53% în cea mai săracă quintilă (aproximativ 40 RON) și 32% în a doua quintilă (aproximativ 53 RON) – în comparație cu cele mai bogate quintile, unde aceste cheltuieli au scăzut cu 17% (Fig. 10, graficul de sus). Cheltuielile pentru servicii stomatologice au crescut pentru toate gospodăriile cu excepția celor din cea mai săracă quintilă; gospodăriile din cele trei quintile medii au resimțit creșteri substanțiale (Fig. 10, graficul mijloc). Cheltuielile pentru servicii stomatologice sunt neglijabile în cazul celor mai sărace quintile, fapt ce probabil reflectă niveluri ridicate de nevoi nesatisfăcute. Cheltuielile pentru serviciile ambulatorii au crescut la nivelul tuturor quintilelor, însă cea mai mare creștere a fost înregistrată în rândul celor mai sărace două quintile (Fig. 10, graficul de jos).

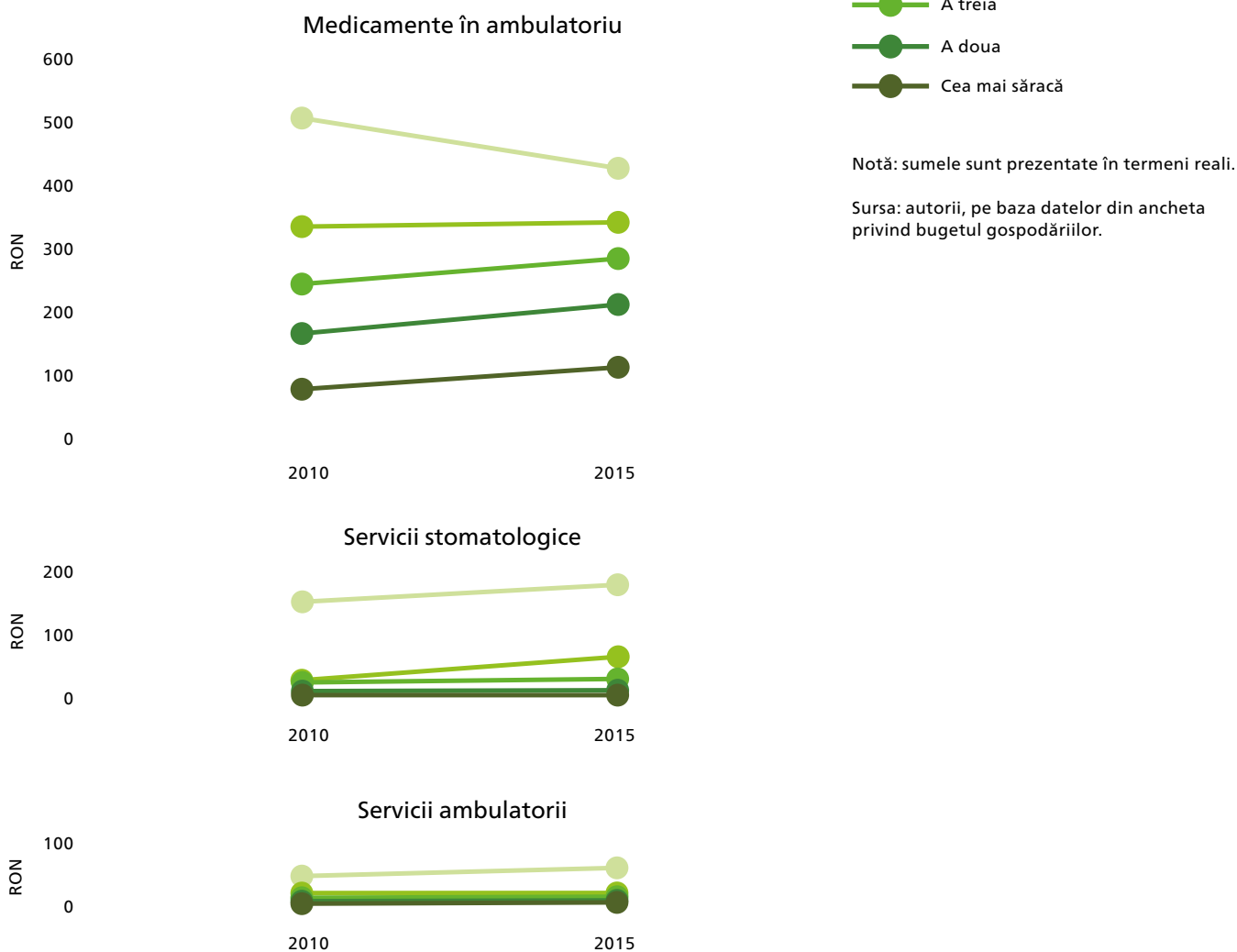
Fig. 9. Valoarea plăților directe anuale pentru servicii de sănătate per persoană, după tipul serviciilor



Notă: sumele sunt prezentate în termeni reali.

Sursa: autorii, pe baza datelor din ancheta privind bugetul gospodăriilor.

Fig. 10. Valoarea anuală a plăților directe per persoană, după tipul de servicii de sănătate și quintila de consum



## 4.2 Plățile informale

În România, plățile informale sunt răspândite și au valori mari. Acestea sunt întâlnite în principal în spitale publice și sunt șanse mai mari să fie resimțite de șomeri și de persoane care trăiesc în zonele rurale (Horodnic et al., 2018).

Un raport al Eurobarometrului privind corupția a constatat că în anul 2019 19% dintre repondenții anchetei efectuate în România care au fost la un furnizor de servicii de sănătate în ultimele 12 luni au raportat că au fost nevoiți să efectueze o plată suplimentară, să ofere un cadou valoros unei asistente sau unui medic, sau să facă o donație către spital. Acest

procent este cu mult peste media UE de 5% și plasează România în fruntea clasamentului țărilor UE (Comisia Europeană, 2020).

Printre măsurile de reducere a plăților informale pentru servicii de sănătate se numără și o creștere semnificativă a salariilor personalului medical din unitățile publice; în anul 2018 salariile au crescut cu între 70% și 172% (Ministerul Sănătății, 2018). În plus, au existat mai multe campanii de informare pentru a crește gradul de conștientizare a publicului, au fost luate măsuri judiciare în materie penală cu rolul de a schimba cultura plăților informale și s-a elaborat un chestionar de feedback pentru pacienți gestionat de Ministerul Sănătății, prin care, din anul 2016, se colectează date despre plățile informale efectuate către personalul sanitar.

Plățile informale reduc transparența, creează bariere în calea accesului și cresc dificultățile financiare. Cel mai probabil acestea au un caracter regresiv și afectează cu precădere gospodăriile cele mai sărace (Jakab et al., 2016). O provocare majoră la nivelul sistemelor de sănătate cu plăți informale omniprezente este dificultatea introducerii politicilor care să protejeze persoanele sărace și utilizatorii frecvenți ai serviciilor de sănătate împotriva expunerii la plăți directe (Biroul Regional al OMS pentru Europa, 2019).

## 4.3 Tendințe în cheltuielile publice și private pentru sănătate

Datele din sistemul conturilor naționale de sănătate arată că, deși cheltuielile publice pentru sănătate per persoană în termeni reali au crescut în timp (Fig. 11), creșterea a încetinit în anii de după criza financiară globală din anul 2008 și a fost urmată de o scădere semnificativă în anul 2011, respectiv de o creștere lentă între anii 2013 și 2015. (Fig. 11). O parte din creșterea cheltuielilor publice per persoană în anul 2013 s-a datorat faptului că au fost plătite datoriile sistemului de sănătate acumulate în anii 2011 și 2012 (o cerință a Fondului Monetar Internațional – FMI) și nu creșterii fondurilor pentru îngrijirea pacienților.

Și plățile directe per persoană au crescut în timp, dar într-un ritm mai lent decât cheltuielile publice pentru sănătate (Fig. 11). Drept urmare, ponderea plăților directe a scăzut în ultimii ani; la 18,9% în anul 2019, această pondere s-a situat sub media UE de 20,9%, și sub valoarea unor țări comparabile, precum Bulgaria și Ungaria (Fig. 12).

Dezagregarea pe tipuri de servicii de sănătate și pe modalități de finanțare a datelor din sistemul conturilor naționale de sănătate arată că ponderea plăților directe în cheltuielile curente pentru sănătate este substanțial mai mare în România decât media UE pentru toate tipurile de servicii de sănătate, cu excepția serviciilor spitalicești (Fig. 13). În anul 2018, plățile directe au reprezentat 50% din cheltuielile curente pentru medicamentele din ambulatoriu (comparativ cu media UE de 37%), 64% din cheltuielile curente pentru produse medicale și 94% din cheltuielile curente pentru serviciile stomatologice.



Fig. 11. Cheltuieli pentru sănătate per persoană, după sursa de finanțare, în termeni reali

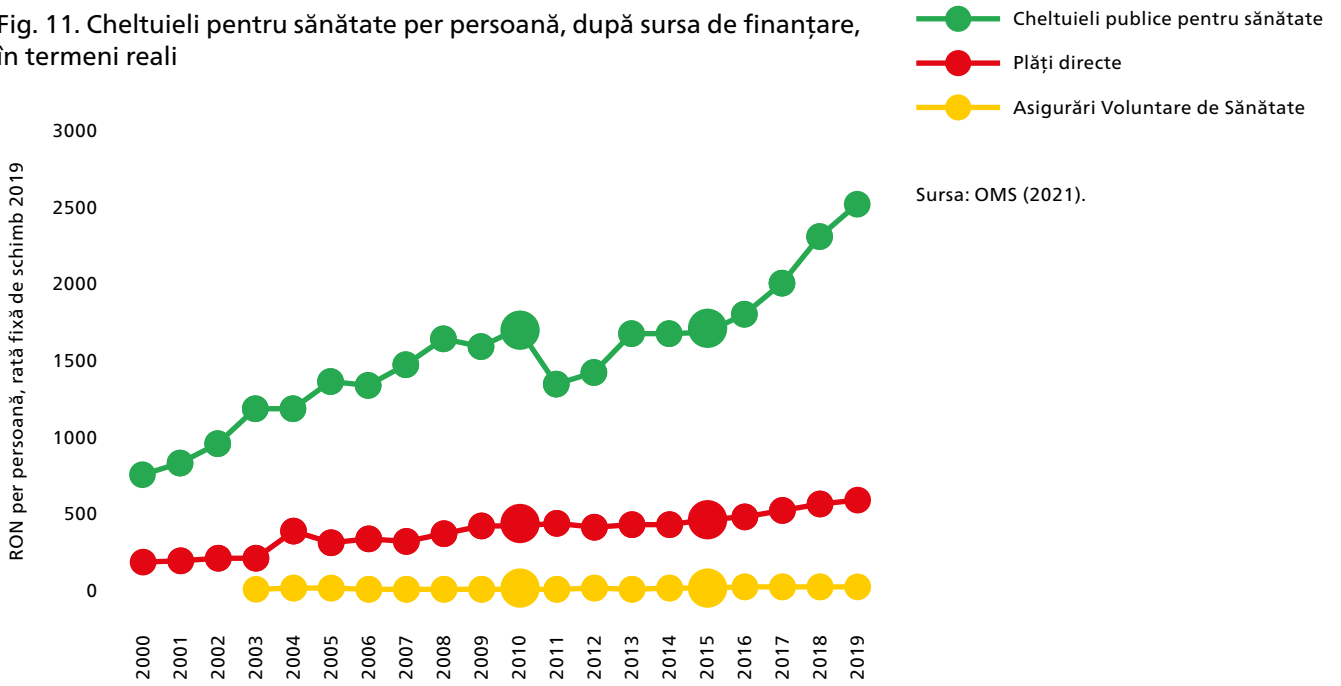


Fig. 12. Plățile directe ca proporție din cheltuielile curente pentru sănătate

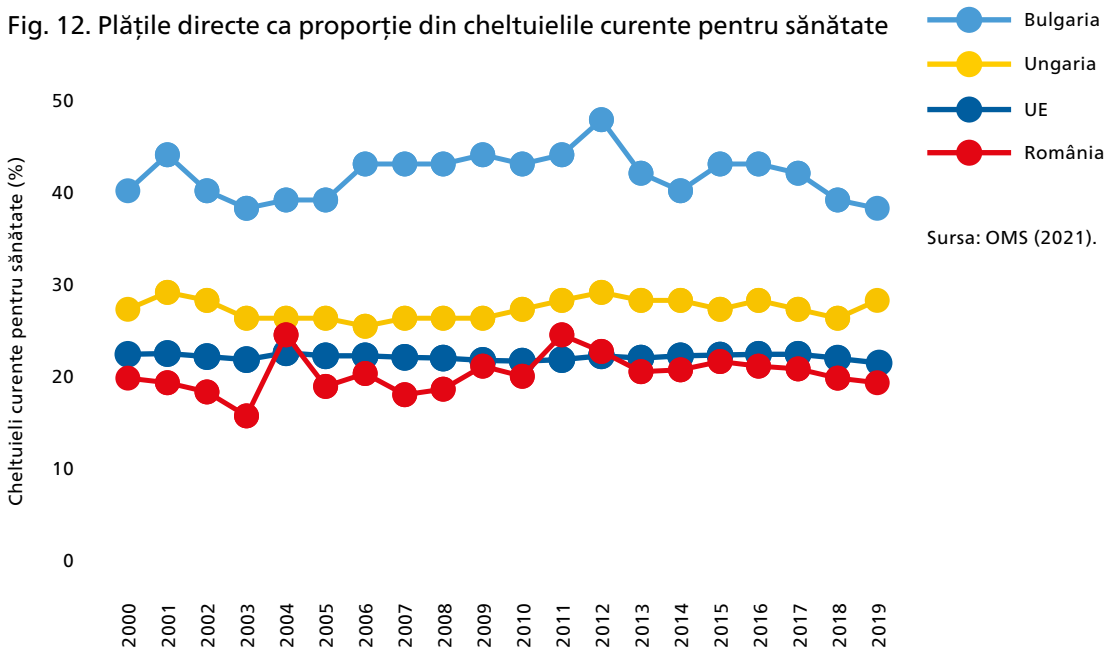
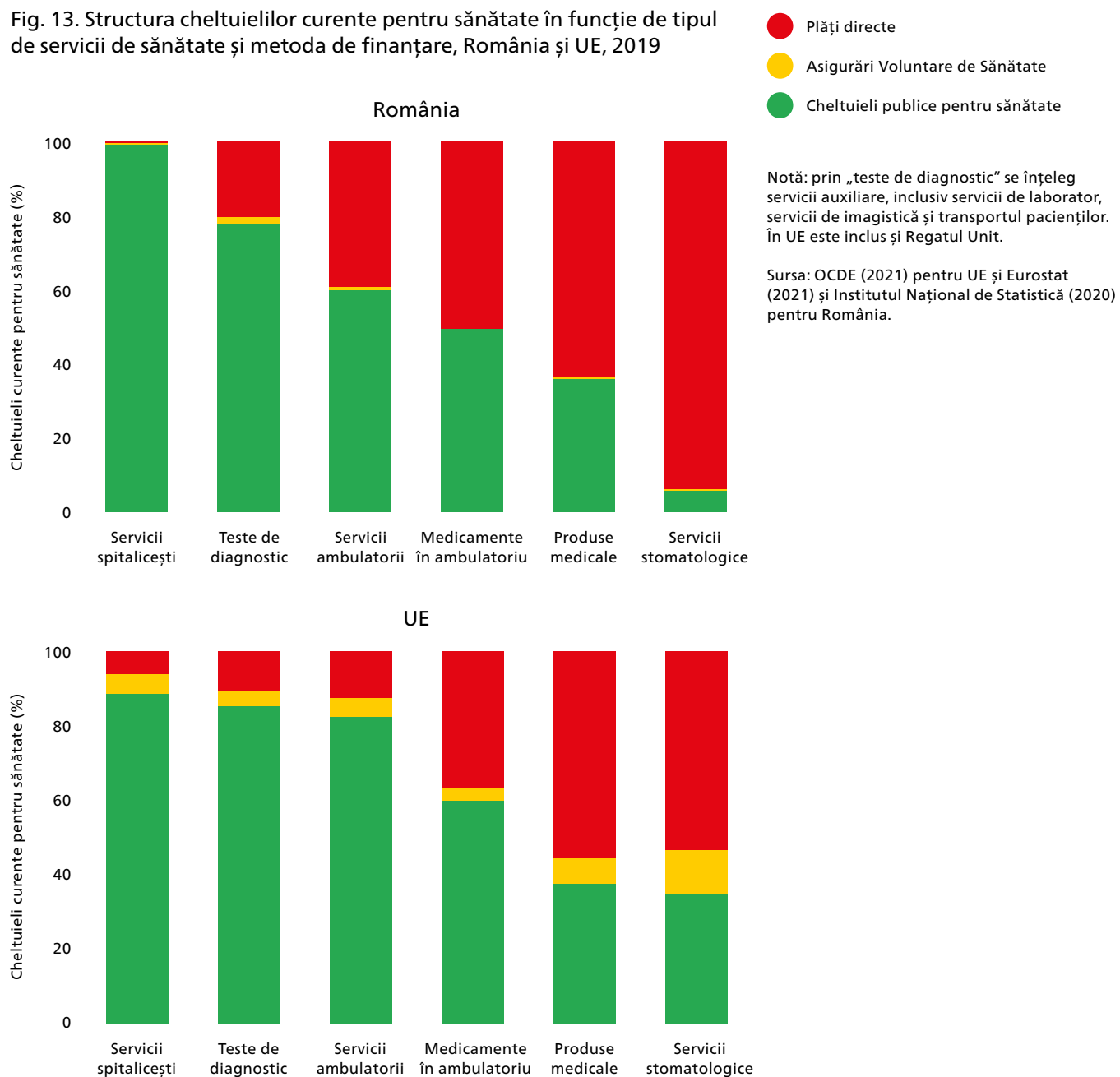


Fig. 13. Structura cheltuielilor curente pentru sănătate în funcție de tipul de servicii de sănătate și metoda de finanțare, România și UE, 2019



## 4.4 Rezumat

Datele anchetei privind bugetul gospodăriilor arată că ponderea gospodăriilor care raportează plăți directe a crescut în timp, de la 54% în anul 2010 la 62% în anul 2015. Cea mai mare creștere a fost în rândul celor mai sărace două quintile.

Gospodăriile mai sărace au o probabilitate mai mică să efectueze plăți directe decât gospodăriile mai bogate, indicând astfel o inegalitate socioeconomică substanțială în privința nevoilor de servicii medicale și stomatologice nesatisfăcute, incluzând medicamentele prescrise.

Plățile directe per persoană au crescut în termeni reali și ca pondere din cheltuielile totale ale gospodăriilor, cu excepția gospodăriilor din cea mai bogată quintilă de consum. În ambele cazuri, cea mare creștere s-a înregistrat în cea mai săracă quintilă.

Medicamentele în ambulatoriu sunt principalul factor determinant al plăților directe efectuate în ambii ani (peste 70% din suma totală a plăților directe), urmate de serviciile stomatologice (14% în anul 2015) și serviciile ambulatorii (6% în anul 2015). Cu toate acestea, există modele diferite privind plățile directe în rândul quintilelor. Medicamentele din ambulatoriu reprezintă cea mai semnificativă parte din plățile directe în toate quintilele, dar ponderea lor este mult mai pronunțată în quintilele sărace, în timp ce ponderea plăților pentru servicii stomatologice este mult mai mare în quintilele mai bogate.

De-a lungul timpului, creșterea plăților directe a fost determinată de o creștere relativ mică a cheltuielilor pentru medicamente din ambulatoriu per total, care s-a concentrat asupra celor mai sărace quintile, și de creșteri relativ mari ale cheltuielilor pentru servicii ambulatorii, servicii stomatologice, teste de diagnostic și produse medicale. Cheltuielile pentru serviciile spitalicești au scăzut.

Plățile informale sunt o problemă, mai ales în spitale. Datele Eurobarometrului au arătat în mod consecvent că ponderea persoanelor care raportează plăți informale este mai mare decât în alte țări din UE. Plățile informale reduc transparența, generează bariere în calea accesului și cresc dificultățile financiare. Cel mai probabil acestea au un caracter regresiv, afectând cel mai mult gospodăriile cele mai sărace.

Datele din sistemul conturilor naționale din sănătate arată că, deși cheltuielile publice pentru sănătate per persoană au crescut de-a lungul timpului în termeni reali, nu a existat aproape nicio creștere în anii de după criza financiară globală din anul 2008, și au început iar să crească abia în anul 2016. Și plățile directe per persoană au crescut constant, dar într-un ritm mai lent decât cheltuielile publice. În anul 2018, plățile directe reprezentau aproximativ 20% din cheltuielile curente pentru sănătate, puțin sub media UE, dar cu mult sub țări comparabile precum Bulgaria și Ungaria. Cu toate acestea, dezagregarea datelor pe tipuri de servicii de sănătate și pe modalitățile de finanțare arată că ponderea plăților directe în cheltuielile curente pentru sănătate este substanțial mai mare în România decât media UE pentru toate tipurile de servicii de sănătate, cu excepția serviciilor spitalicești.



# 5. Protecția financiară

Această secțiune utilizează date din ancheta privind bugetul gospodăriilor din România pentru a evalua măsura în care plățile directe duc la dificultăți financiare pentru gospodăriile care beneficiază de servicii medicale. Secțiunea prezintă relația dintre plățile directe pentru sănătate și riscul de sărăcie, și prezintă estimări ale incidenței, distribuției și factorilor determinanți ai plăților directe catastrofale.

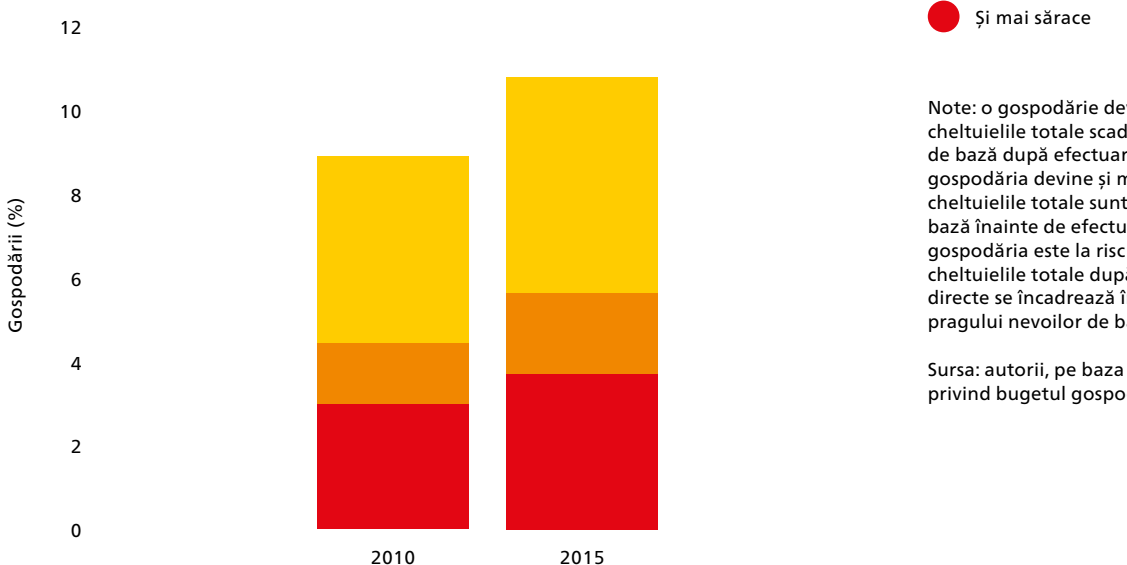
## 5.1 Câte gospodării se confruntă cu dificultăți financiare?

### 5.1.1 Plățile directe și riscul de sărăcie

Fig. 14 prezintă ponderea gospodăriilor care se confruntă cu riscul de sărăcie după efectuarea plăților directe pentru sănătate. Pragul sărăciei reprezintă costul cheltuielilor pentru nevoile de bază (alimente, chirie și utilități) într-o parte relativ săracă a populației din România (gospodăriile dintre percentilele 25 și 35 ale distribuției consumului, ajustate în funcție de mărimea și compoziția gospodăriei). Costul lunar pentru satisfacerea acestor nevoi de bază – pragul nevoilor de bază – era de 819 RON (328 €SPC) în termeni reali în anul 2015.

Riscul de sărăcie a crescut între anii 2010 și 2015 (Fig. 14). Ponderea gospodăriilor care au devenit sărace, respectiv și mai sărace după efectuarea plăților directe a crescut de la 4,5% din gospodării în anul 2010 la 5,6% în anul 2015.

Fig. 14. Ponderea gospodăriilor la risc de sărăcie după efectuarea plăților directe



Note: o gospodărie devine săracă atunci când cheltuielile totale scad sub pragul nevoilor de bază după efectuarea plăților directe; gospodăria devine și mai săracă atunci când cheltuielile totale sunt sub pragul nevoilor de bază înainte de efectuarea plăților directe; gospodăria este la risc de sărăcie atunci când cheltuielile totale după efectuarea plăților directe se încadrează în 120% din nivelul pragului nevoilor de bază.

Sursa: autorii, pe baza datelor din ancheta privind bugetul gospodăriilor.

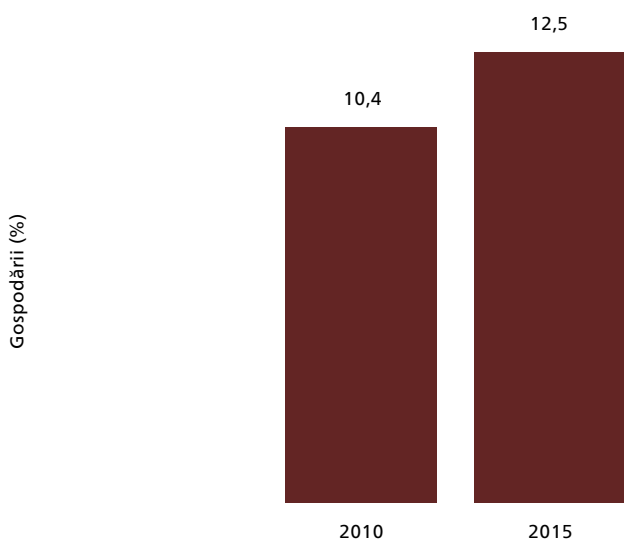
### 5.1.2 Plățile directe catastrofale

Gospodăriile cu niveluri catastrofale ale plăților directe sunt definite (în această analiză) drept cele care cheltuiesc mai mult de 40% din capacitatea lor de plată pentru servicii de sănătate. În această categorie sunt incluse gospodăriile care au devenit sărace după efectuarea plăților directe (pentru că nu mai au capacitate de plată) și cele care au devenit și mai sărace (deoarece nu aveau capacitate de plată nici înainte de a efectua plățile directe pentru servicii de sănătate).

În anul 2015, 12,5% dintre gospodăriile au înregistrat niveluri catastrofale de cheltuieli pentru sănătate, în creștere față de 10,4% în anul 2010 (Fig. 15).

Fig. 15. Ponderea gospodăriilor cu plăți directe catastrofale

Sursa: autorii, pe baza datelor din ancheta privind bugetul gospodăriilor.



Cheltuielile catastrofale sunt concentrate în rândul gospodăriilor care au devenit și mai sărace, sărace sau sunt la risc de sărăcie după efectuarea plăților directe (Fig. 16). Ponderea gospodăriilor care au devenit și mai sărace, sărace și care sunt la risc de sărăcie a crescut ușor în timp.

Fig. 16. Structura gospodăriilor cu cheltuieli catastrofale după riscul de sărăcie



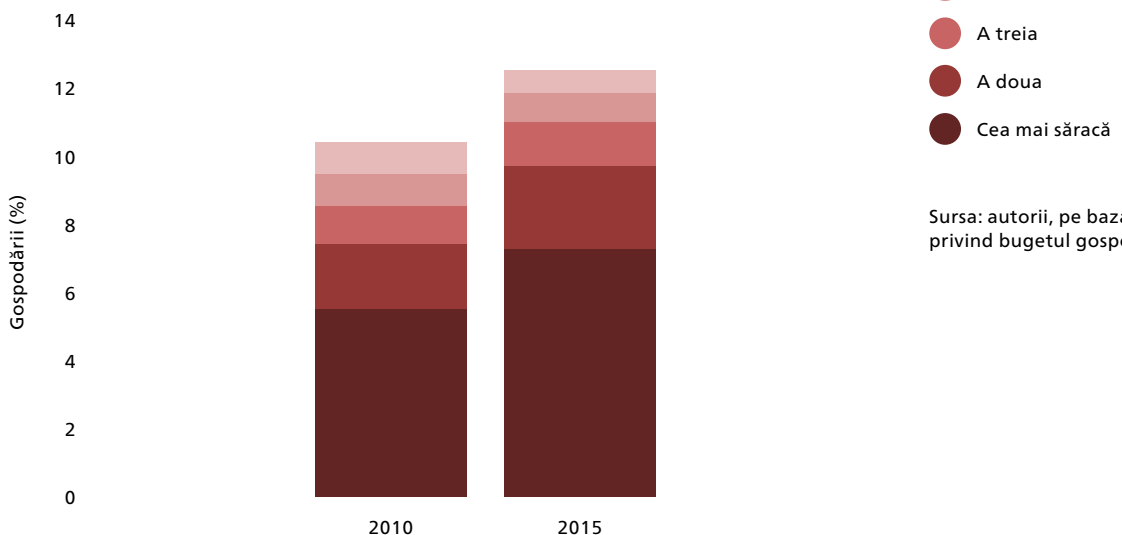
Sursa: autorii, pe baza datelor din ancheta privind bugetul gospodăriilor.

## 5.2 Cine se confruntă cu dificultăți financiare?

Cheltuielile catastrofale sunt puternic concentrate la nivelul celor mai sărace gospodării. Creșterea în timp a cheltuielilor catastrofale a fost în mare parte cauzată de incidența crescută în rândul celor mai sărace quintile. Incidența cheltuielilor catastrofale în cea mai săracă quintilă a crescut de la 28% în anul 2010 la 36% în anul 2015; în a doua quintilă a crescut de la 9% la 12%, iar în cea mai bogată quintilă a scăzut de la 5% la 3% (Fig. 17).



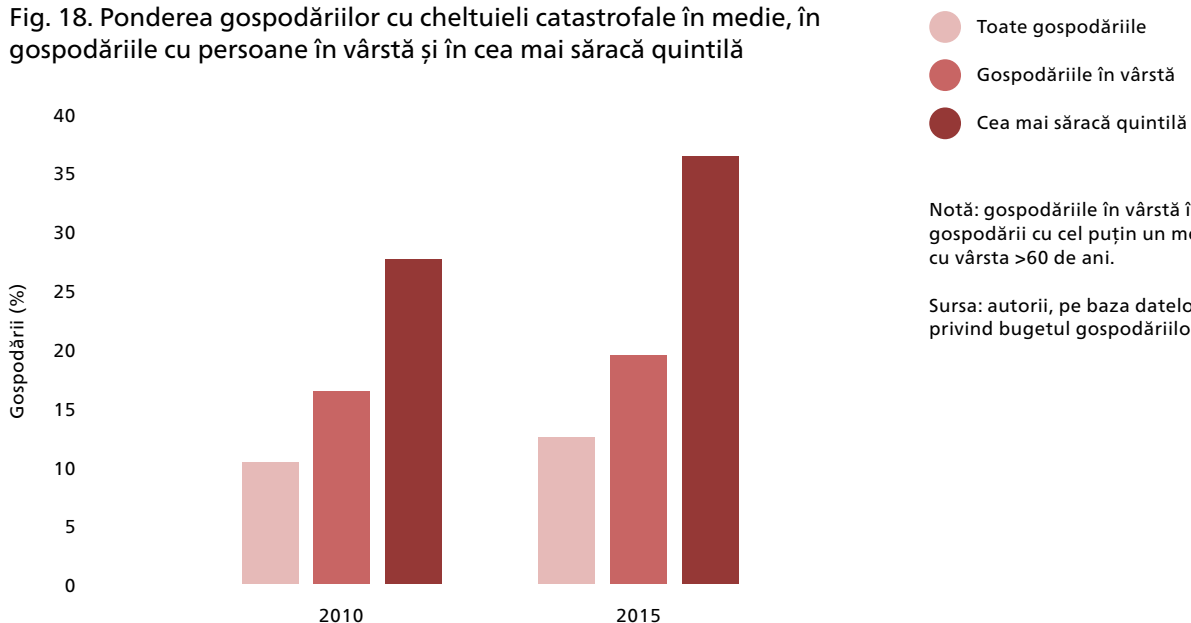
Fig. 17. Ponderea gospodăriilor cu cheltuieli catastrofale, în funcție de quintila de consum



Sursa: autorii, pe baza datelor din ancheta privind bugetul gospodăriilor.

În gospodăriile cu cel puțin un membru cu vârsta de peste 60 de ani, incidența cheltuielilor de sănătate catastrofale este mult mai mare decât media (Fig. 18). Valoarea acesteia a crescut de-a lungul timpului în gospodăriile mai în vârstă, ajungând de la 16% în anul 2010 la 20% în anul 2015, însă creșterea nu a fost la fel de pronunțată în acest grup ca în cazul celei mai sărace quintile.

Fig. 18. Ponderea gospodăriilor cu cheltuieli catastrofale în medie, în gospodăriile cu persoane în vârstă și în cea mai săracă quintilă



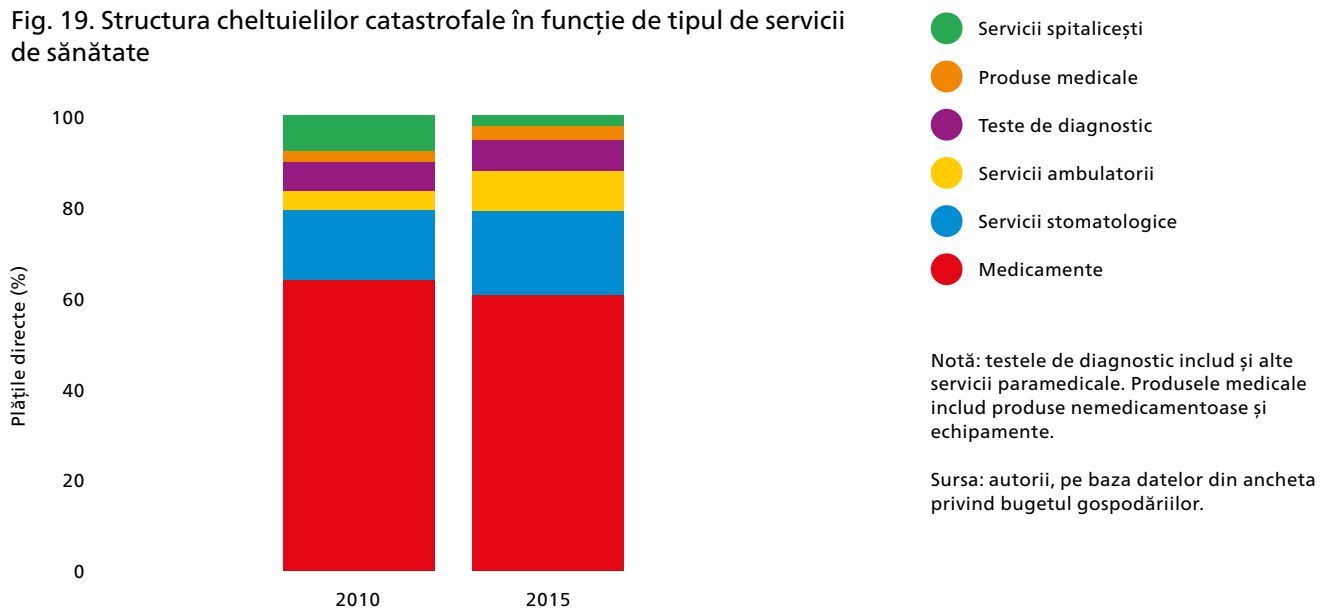
Notă: gospodăriile în vârstă înseamnă gospodării cu cel puțin un membru cu vârsta >60 de ani.

Sursa: autorii, pe baza datelor din ancheta privind bugetul gospodăriilor.

## 5.3 Care servicii cauzează dificultățile financiare?

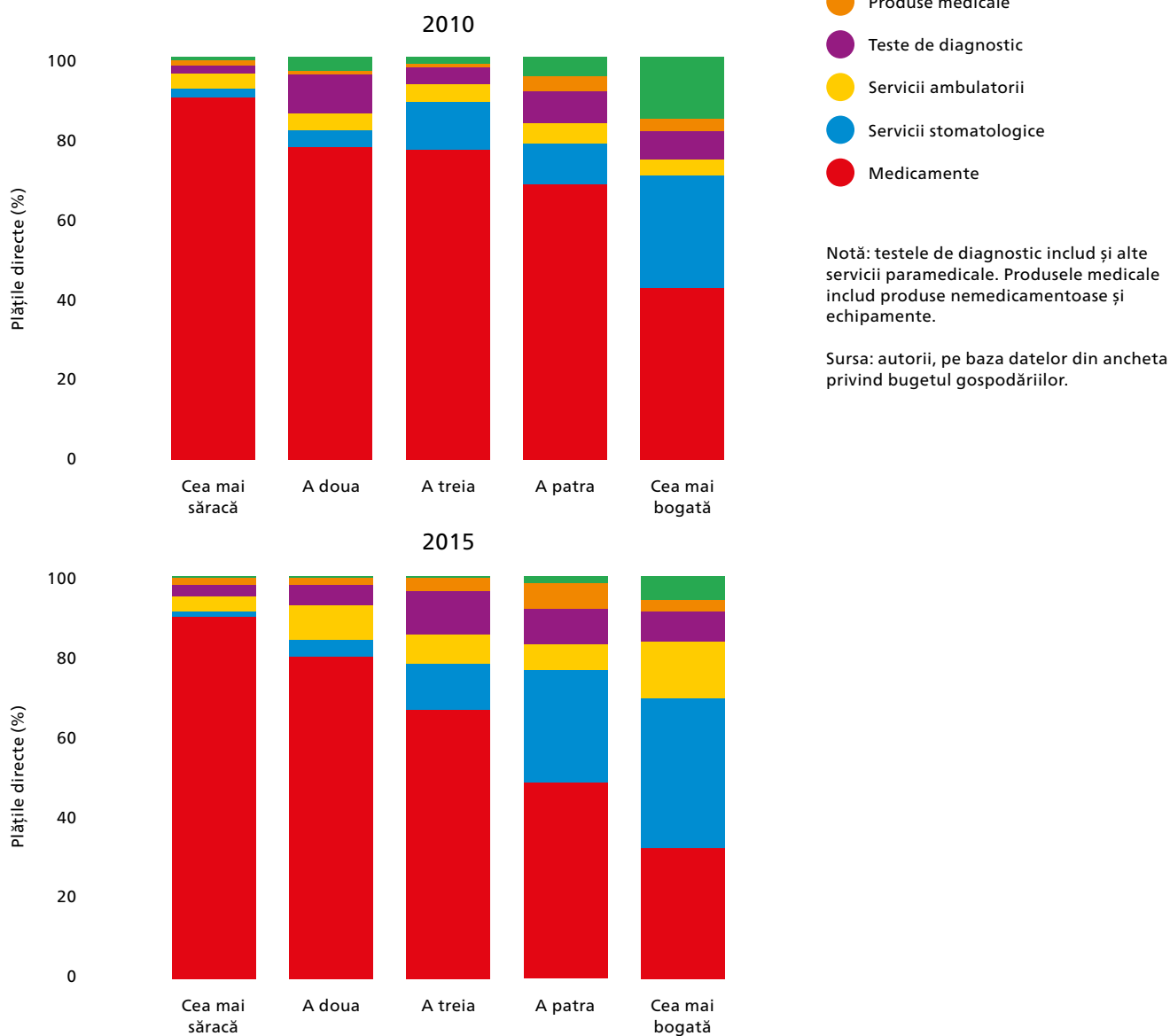
Medicamentele din ambulatoriu reprezintă cel mai mare factor determinant al cheltuielilor de sănătate catastrofale (Fig. 19). Ponderea lor a scăzut de la 64% în anul 2010 la 61% în anul 2015. Serviciile stomatologice reprezintă al doilea cel mai mare factor determinant al cheltuielilor de sănătate catastrofale. Acestea au crescut în timp de la 15% la 18%. Și ponderile cheltuielilor pentru celelalte servicii s-au schimbat, însă în moduri diferite. Ponderea serviciilor ambulatorii a crescut de la 4% la 9%, în timp ce pentru serviciile spitalicești a scăzut de la 8% la 2% (Fig. 20).

Fig. 19. Structura cheltuielilor catastrofale în funcție de tipul de servicii de sănătate



În ambii ani ponderea medicamentelor din ambulatoriu din cheltuielile catastrofale este mai mare în gospodăriile mai sărace decât în gospodăriile mai bogate (Fig. 20). În anul 2015, medicamentele din ambulatoriu au reprezentat cea mai mare parte a cheltuielilor catastrofale pentru toate quintilele de consum, cu excepția celei mai bogate quintile. În cea mai săracă quintilă, aproape 90% din cheltuielile catastrofale au fost pentru medicamentele din ambulatoriu în ambii ani. În cadrul celor mai bogate gospodării, factorul principal ce determină cheltuieli catastrofale este reprezentat de serviciile stomatologice, care au crescut de la 28% în anul 2010 la 38% în anul 2015 (Fig. 20).

Fig. 20. Structura cheltuielilor catastrofale în funcție de tipul de servicii de sănătate și quintila de consum



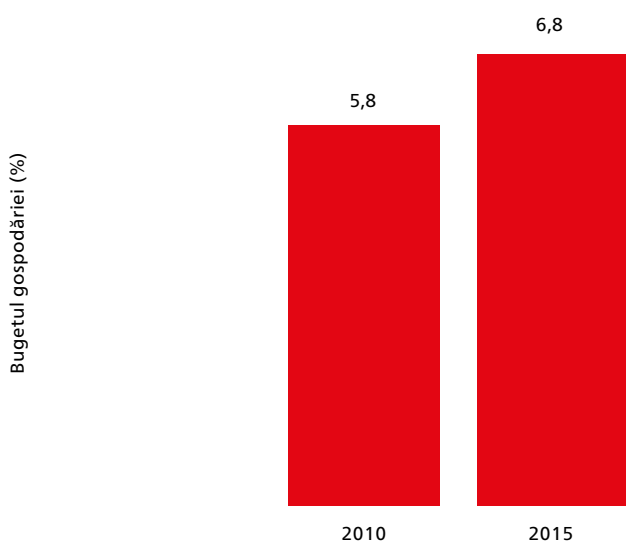
## 5.4 Care este dimensiunea dificultăților financiare?

La nivelul tuturor gospodăriilor cu cheltuieli catastrofale, ponderea sumei cheltuite pentru servicii de sănătate în raport cu cheltuielile totale ale gospodăriei crește progresiv odată cu venitul. Aceste ponderi au rămas relativ stabile în timp. În anul 2015, cea mai bogată quintilă de consum a cheltuit în medie 46% din bugetul ei pentru plăți directe, în timp ce cea mai săracă quintilă a cheltuit în medie 9%.

Pondere medie a plăților directe în rândul celor mai sărace gospodării care sunt deja sub pragul nevoilor de bază – cele devenite și mai sărace după plățile directe – a crescut de la 6% în anul 2010 la 7% în anul 2015 (Fig. 21).

Fig. 21. Ponderea plăților directe din cheltuielile totale în rândul gospodăriilor care au devenit și mai sărace

Sursa: autorii, pe baza datelor din ancheta privind bugetul gospodăriilor.



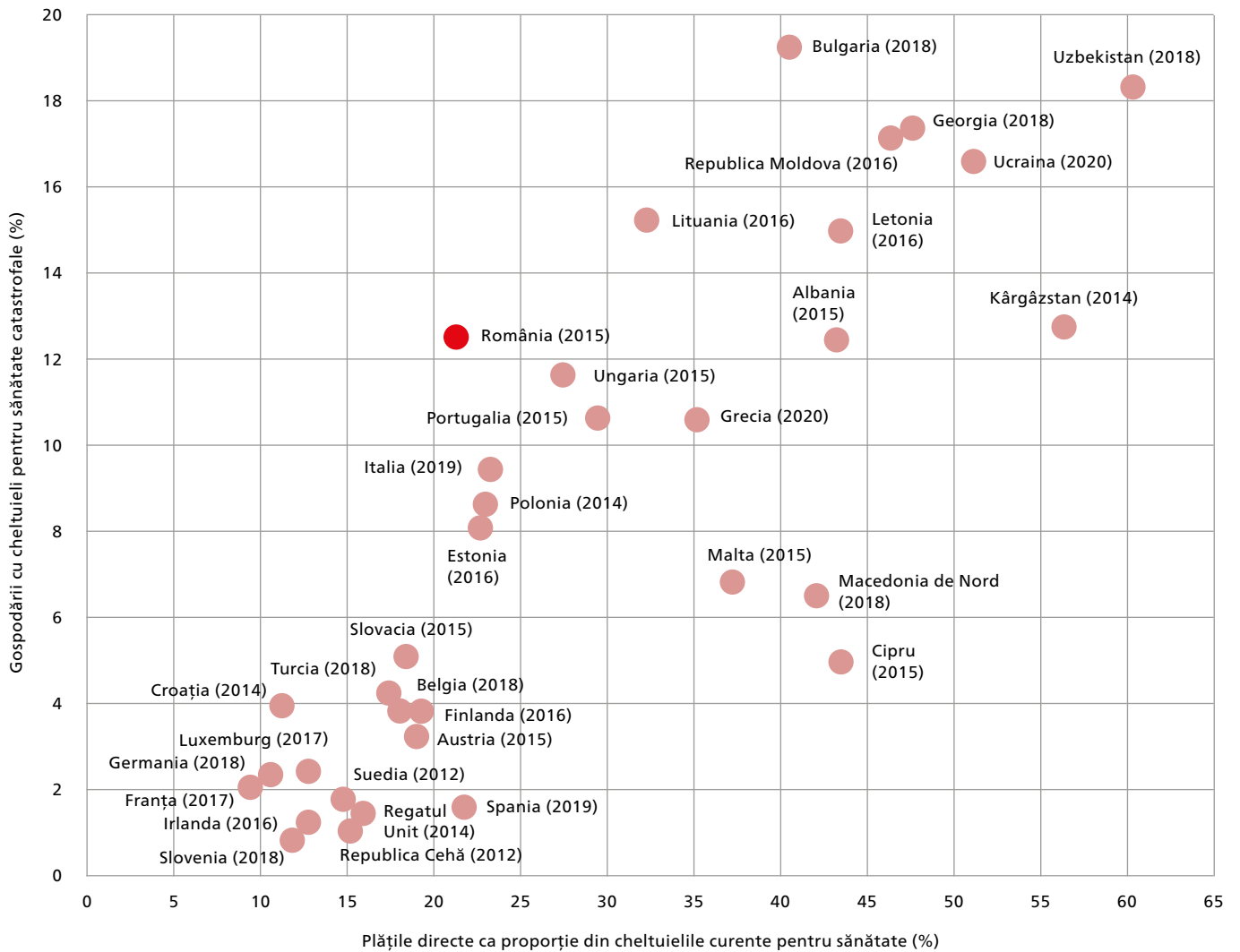
## 5.5 Comparație internațională

În România, incidența cheltuielilor catastrofale pentru sănătate este mare în comparație cu multe țări din UE, inclusiv cele din Europa Centrală și de Est, precum Croația, Cehia, Ungaria, Polonia, Slovacia și Slovenia, dar este sub nivelul incidenței din alte țări din est, inclusiv Letonia și Lituania (Fig. 22).

Fig. 22. Incidența cheltuielilor pentru sănătate catastrofale și ponderea plăților directe din cheltuielile totale pentru sănătate în anumite țări europene, din ultimul an disponibil

Notă: datele privind plățile directe și cele privind cheltuielile catastrofale vizează același an. România este evidențiată cu roșu.

Sursa: Biroul Regional al OMS pentru Europa (2019); OMS (2021).



## 5.6 Rezumat

În anul 2015, 5,6% dintre gospodării s-au confruntat cu cheltuieli pentru sănătate care duc la sărăcie (în creștere de la 4.5% în anul 2010) și 12.5% s-au confruntat cu cheltuieli pentru sănătate catastrofale (în creștere față de 10,4% în anul 2010).

Cheltuielile catastrofale au fost puternic concentrate în rândul celor mai sărace două quintile de consum pentru ambii ani, în rândul gospodăriilor în vârstă și al persoanelor care trăiesc în cele mai sărace zone geografice.

Creșterea în timp a incidenței cheltuielilor catastrofale a fost în mare parte determinată de creșterea incidenței în cea mai săracă quintilă de consum. Ponderea gospodăriilor cu cheltuieli catastrofale din cea mai săracă quintilă a crescut de la 28% în anul 2010 la 36% în anul 2015.

În general, medicamentele din ambulatoriu sunt principalul factor determinant al cheltuielilor catastrofale. În ambii ani, ponderea medicamentelor din cheltuielile catastrofale este mai mare în gospodăriile mai sărace decât în cele mai bogate. Serviciile stomatologice sunt cel mai semnificativ determinant al cheltuielilor catastrofale pentru cea mai bogată quintilă de consum, indicând astfel amploarea nevoii de servicii stomatologice nesatisfăcută în rândul gospodăriilor mai sărace.

În România, ponderea gospodăriilor cu cheltuieli catastrofale este mare în comparație cu multe țări din UE și mult mai mare decât ar fi fost de așteptat, ținând cont de ponderea plăților directe din cheltuielile curente pentru sănătate în România.

## 6. Factori care consolidează și factori care slăbesc protecția financiară

Această secțiune ia în considerare factorii care ar putea fi responsabili pentru dificultățile financiare cauzate de plățile directe în România și care ar putea explica tendințele în timp. În prima parte, se vor analiza factorii din afara sistemului de sănătate care afectează capacitatea oamenilor de a plăti pentru servicii de sănătate – de exemplu, schimbări privind veniturile și costul vieții –, iar apoi se vor analiza factorii din cadrul sistemului de sănătate.

## 6.1 Factori care afectează capacitatea oamenilor de a plăti pentru servicii de sănătate

România a fost foarte afectată de criza financiară mondială din anul 2008, însă șocul a avut o durată destul de scurtă (Duguleană, 2011). PIB-ul a scăzut brusc în anii 2009 și 2010, iar șomajul a crescut (Eurostat, 2021). De atunci, PIB-ul a crescut constant, în special din anul 2016 până în anul 2019 (Eurostat, 2021). Totodată însă a crescut și inegalitatea veniturilor, coeficientul Gini crescând de la 34% în anul 2010 la 37% în anul 2015. De atunci a continuat să scadă, până la 34% în anul 2020, însă rămâne cu mult peste media UE de aproximativ 30% (Eurostat, 2021).

Datele din ancheta privind bugetul gospodăriilor arată o schimbare foarte mică a capacității medii de a plăti a gospodăriei, a costului satisfacerii nevoilor de bază (alimente, locuințe, utilități) sau a ponderii gospodăriilor care trăiesc sub pragul nevoilor de bază între anii 2010 și 2015 (Fig. 23). În schimb, datele privind tendințele veniturilor disponibile arată că, deși acestea au crescut în perioada studiului, ele au crescut mult mai alert după anul 2015 (Fig. 24). Măsurătorile privind veniturile disponibile arată că situația pensionarilor este relativ bună în comparație cu lucrătorii independenți, șomerii și fermierii (Fig. 24).



Fig. 23. Schimbări privind costul satisfacerii nevoilor de bază, capacitatea de plată și ponderea gospodăriilor care trăiesc sub pragul nevoilor de bază, în termeni reali

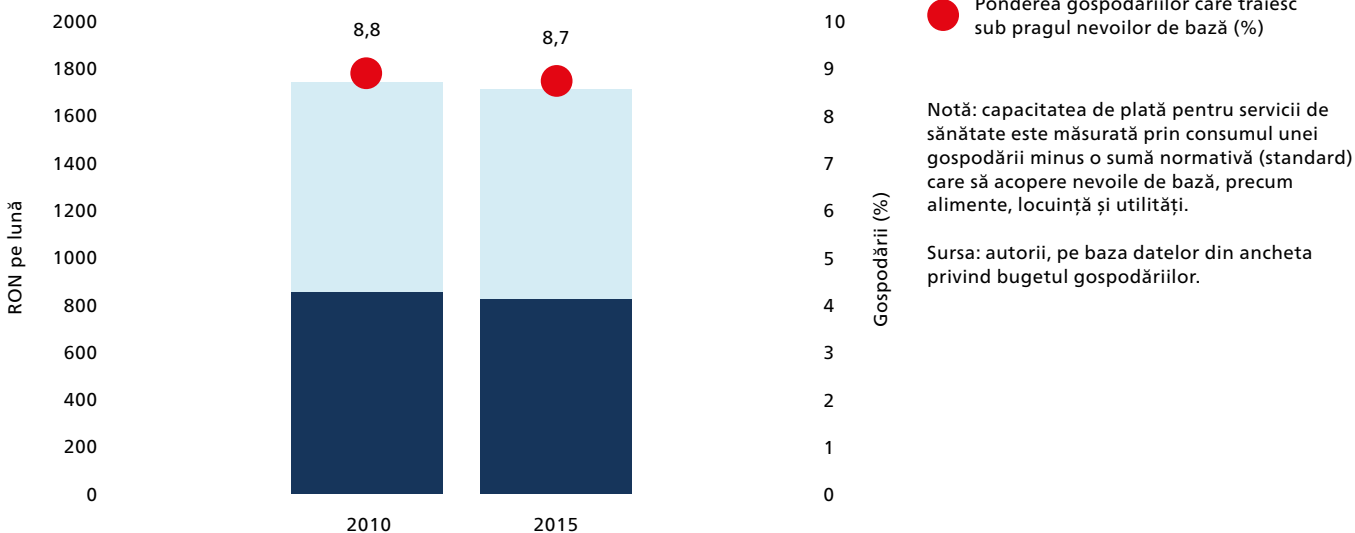
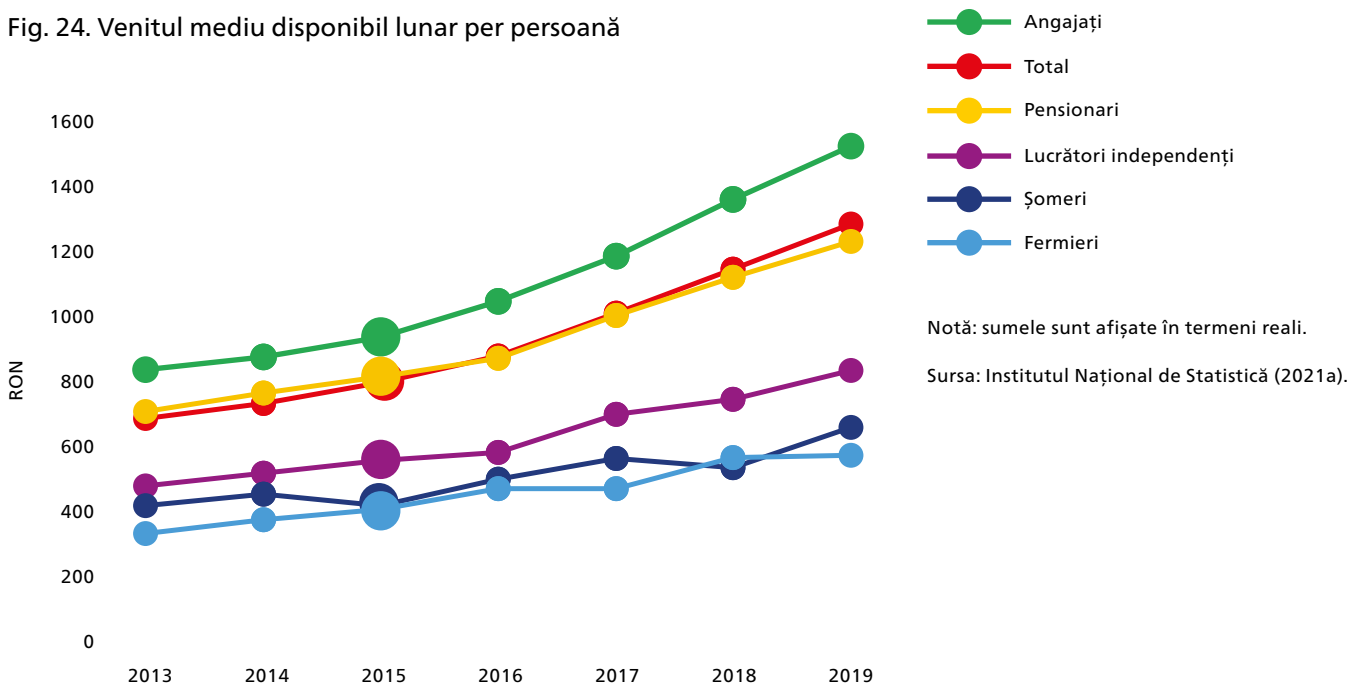
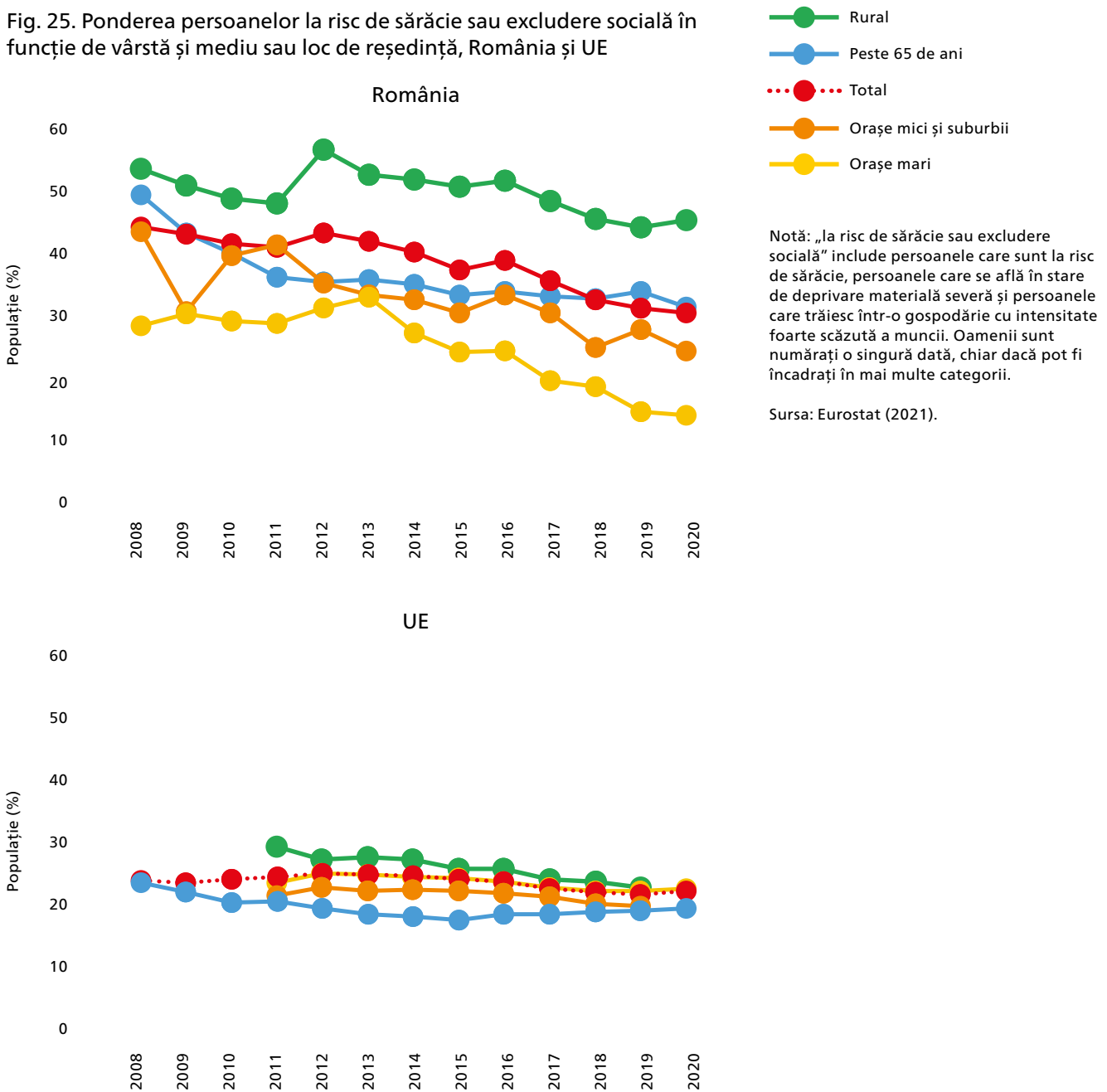


Fig. 24. Venitul mediu disponibil lunar per persoană



Ratele sărăciei sunt foarte mari în România. La o valoare de 31% în anul 2019, ponderea persoanelor la risc de sărăcie sau excludere socială a fost cu mult peste media UE de 21% (Fig. 25). În perioada de studiu, ponderea a fost mult mai scăzută în rândul vârstnicilor din România și UE decât valoarea medie, indicând astfel creșterea șomajului în timpul crizei economice.

Fig. 25. Ponderea persoanelor la risc de sărăcie sau excludere socială în funcție de vârstă și mediu sau loc de reședință, România și UE



## 6.2 Factori ai sistemului de sănătate

Lacunele în **politica de acoperire** cu servicii de sănătate din România pot genera nevoi nesatisfăcute și dificultăți financiare.

Deși numărul persoanelor neasigurate a scăzut în timp, acesta încă este foarte mare în comparație cu multe alte țări din UE: în anul 2019, peste 12% din populație era neasigurată. Motivul principal este că **dreptul persoanelor** la serviciile de sănătate acoperite de CNAS se bazează pe plata contribuțiilor, fapt ce este problematic întrucât nu toată lumea cu venituri mici este scutită de plata contribuțiilor și s-ar putea ca aceste persoane să nu își permită să contribuie. De asemenea, este posibil ca unele persoane să nu știe cum să obțină acces la beneficiile CNAS – aspect pe care CNAS a încercat să îl rezolve în 2021 printr-un nou ghid (CNAS, 2021). Existența unei contribuții minime în România înseamnă că ASS este regresivă, impunând o povară financiară proporțional mai mare asupra gospodăriilor mai sărace decât asupra gospodăriilor mai bogate.

În plus, există și probleme privind **acoperirea serviciilor**.

- Pachetul de servicii finanțate public este de două tipuri, astfel că persoanele neasigurate au acces la o gamă foarte limitată de servicii, fapt ce accentuează inegalitatea privind accesul la serviciile de sănătate și încurajează o utilizare ineficientă a acestora.
- Deși unele servicii stomatologice sunt acoperite de CNAS, nivelul cheltuielilor publice pentru servicii stomatologice este foarte scăzut, deoarece puțini medici stomatologi sunt contractați de CNAS, ceea ce înseamnă că majoritatea cheltuielilor pentru servicii stomatologice provin din plăți directe.
- Plățile informale sunt o problemă, mai ales în unitățile spitalicești publice și în rândul persoanelor în situații relativ vulnerabile – de exemplu, șomerii și persoanele care trăiesc în zonele rurale (Horodnic et al., 2018). Începând cu anul 2018, după perioada studiului, au fost introduse măsuri pentru combaterea plăților informale.

**Contribuțiile suportate de utilizator (coplățile)** se aplică în cazul medicamentelor prescrise în ambulatoriu, al serviciilor stomatologice, al tratamentului balnear și de recuperare, și al serviciilor spitalicești. Contribuția personală este permisă în orice unitate privată iar plata pentru servicii suplimentare este permisă pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort în spitale și în unitățile pentru tratament balnear și de recuperare. Atât modul în care este concepută politica privind coplata, cât și contribuția personală și plata pentru servicii suplimentare cresc complexitatea politicii de acoperire.

Politica privind coplata are unele caracteristici de protecție: nu există coplăți pentru asistență medicală primară în ambulatoriu sau pentru consultații de specialitate și teste de diagnostic cu trimitere; aproximativ 70% din medicamentele din ambulatoriu incluse pe lista pozitivă sunt scutite de coplată; copiii, elevii, ucenicii și studenții sub 26 de ani sunt scutiți de majoritatea coplăților; alte grupuri de persoane (inclusiv femeile

însărcinate și veteranii) sunt scutite de unele coplăți; iar coplățile pentru internări sunt sub formă de plăți fixe, și nu de procente.

Cu toate acestea, lipsa excepției de la coplată pentru adulții cu venituri mici, lipsa unui plafon general pentru coplăți în funcție de venit și utilizarea coplăților procentuale reprezintă puncte slabe importante ale modului în care este gândită politica privind coplata. Aceste puncte slabe, împreună cu alți factori, pot contribui la dificultăți financiare și la nevoi nesatisfăcute privind medicamentele prescrise, mai ales pentru gospodăriile mai sărace și mai în vârstă.

Coplățile procentuale pot fi și inechitabile, și ineficiente, mai ales în cazul medicamentelor, deoarece expunerea persoanelor la plăți directe va depinde de prețul și cantitatea medicamentelor necesare. Dacă prețul nu este clar cunoscut de dinainte, oamenii se pot confrunta cu nesiguranța privind suma pe care trebuie să o plătească pentru acele medicamente. Efectul negativ al coplăților procentuale este amplificat în cazul unor prețuri relativ mari sau fluctuante și în cazurile în care medicii și farmaciștii nu sunt încurajați să prescrie și să elibereze alternative mai ieftine (Biroul Regional al OMS pentru Europa, 2019). Noua legislație din anul 2021 recomandă medicilor să prescrie alternative mai ieftine atunci când inițiază un tratament nou și să treacă la medicamente generice în unele cazuri, atunci când tratamentul este deja în desfășurare.

**Serviciile medicale** cu cele mai mari șanse să genereze dificultăți financiare în cele mai sărace două quintile, unde sunt concentrate cheltuielile catastrofale, sunt medicamentele din ambulatoriu, serviciile ambulatorii și testele de diagnostic (vezi Fig. 21). Cheltuielile catastrofale în gospodăriile mai bogate sunt cauzate de obicei de servicii stomatologice, medicamentele din ambulatoriu, și într-o măsură mult mai mică, de serviciile din ambulatoriu.

**Medicamentele din ambulatoriu** sunt de departe cel mai important factor determinant al dificultăților financiare în toate quintilele, cu excepția celei mai bogate quintile, unde sunt pe al doilea loc după serviciile stomatologice. Este probabil ca această situație să reflecte coplățile pentru medicamentele prescrise. Este posibil ca și utilizarea medicamentelor fără prescripție medicală să fie un factor important al cheltuielilor catastrofale, mai ales în rândul gospodăriilor mai sărace. Datele naționale arată că medicamentele fără prescripție medicală au reprezentat aproximativ o treime din medicamentele eliberate de farmacii în anul 2018 și două treimi (66%) din cheltuielile curente pentru medicamentele din ambulatoriu (Institutul Național de Statistică, 2021b). Datele OCDE arată faptul că, atunci când sunt măsurate în paritatea puterii de cumpărare per persoană, cheltuielile curente pentru medicamentele din ambulatoriu din România sunt printre cele mai mici din UE, însă cheltuielile curente pentru medicamentele fără rețetă sunt destul de mari, similare cu cele din Austria, Germania și Suedia în anul 2018 (OCDE & UE, 2021). De asemenea, ratele ridicate de autoadministrare a medicamentelor, în special în cazul antibioticelor, explică utilizarea semnificativă a medicamentelor fără prescripție medicală (Lescure et al., 2018).

Acest nivel ridicat al utilizării medicamentelor fără prescripție medicală poate fi explicat prin costurile de tranzacție (inclusiv timpul de așteptare)

ale obținerii unei rețete de la medicul de familie sau de la un specialist și prin faptul că rețetele pot necesita coplăți de peste 50% din prețul de referință, mai ales în situațiile în care nu există alternative mai ieftine. Deși prescrierea pe DCI este o cerință iar farmaciștii trebuie să prezinte clar și cea mai ieftină alternativă, dovezile anecdotice arată că utilizatorii aleg medicamentele mai scumpe considerând că sunt de calitate superioară, și ca urmare a publicității companiilor farmaceutice (Ion et al., 2020) și al conduitei privind eliberarea medicamentelor. În general, prețurile medicamentelor din România sunt mai mici decât în alte țări ale UE, dar sunt relativ ridicate în contextul național. Un studiu comparativ al prețurilor medicamentelor în țările UE efectuat între anii 2013 și 2015 a constatat că medicamentele cele mai ieftine nu au fost niciodată disponibile în cele mai sărace țări, inclusiv România (Zaprutko et al., 2017).

**Serviciile stomatologice** generează atât nevoi nesatisfăcute, cât și dificultăți financiare (vezi Fig. 2 și Fig. 21), indicând astfel o acoperire foarte limitată a serviciilor stomatologice, coplăți substanțiale și puncte slabe privind cumpărarea de către CNAS a serviciilor stomatologice. În anul 2019, CNAS a folosit doar 0,4% din bugetul său pentru servicii stomatologice (CNAS, 2019), existând foarte puține cabinete stomatologice care au contract cu CNAS. Drept urmare, majoritatea oamenilor trebuie să apeleze la medici stomatologi ce nu au contract cu CNAS și să plătească costul integral. Procentele mari de coplată (40% din preț) pentru serviciile stomatologice sunt probabil o barieră semnificativă privind accesul pentru persoanele care depind de medicii stomatologi contractați. Copiii, elevii, ucenicii și studenții cu vârste sub 26 de ani, veteranii sunt scutiți de coplăți pentru servicii stomatologice în unități publice, dar în anul 2019 doar 0,2% din cabinetele stomatologice erau publice (33 din 15.542) (Institutul Național de Statistică, 2021b).

Deși nu există coplăți pentru **serviciile din ambulatoriu și testele de diagnostic** acoperite, aceste servicii medicale au o contribuție la generarea cheltuielilor pentru sănătate catastrofale în toate quintilele de consum. Acest lucru poate indica: utilizarea serviciilor de către persoanele neasigurate, care trebuie să plătească integral pentru acestea; evitarea sistemului de trimiteri de către cei asigurați; listele de așteptare pentru unele teste de diagnostic, care determină persoanele să plătească direct pentru a avea acces mai rapid la unități private; și contribuția personală pentru serviciile de sănătate finanțate public de unitățile private, care sunt foarte răspândite în cazul serviciilor de ambulatoriu de specialitate prin policlinici și cabinete individuale. Începând cu iulie 2021, creșterea transparenței în ceea ce privește contribuția personală în unitățile spitalicești private ar putea reduce unele plăți directe pentru serviciile acoperite.

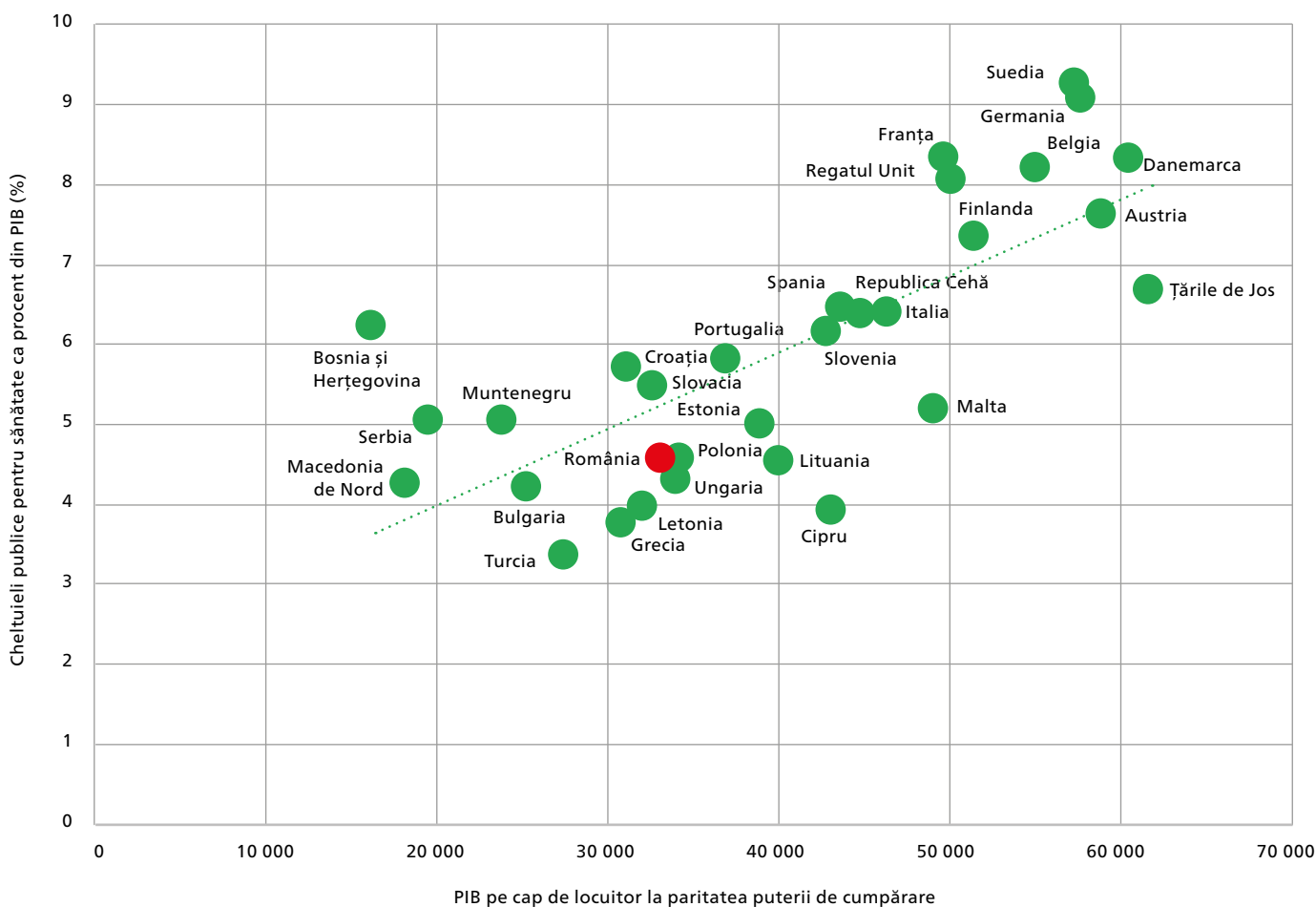
Cheltuielile catastrofale pentru **serviciile spitalicești** au scăzut de-a lungul timpului, iar în anul 2015 acestea s-au regăsit în principal în cea mai bogată quintilă. Aceasta poate fi consecința opiniilor publice cu privire la calitatea serviciilor, a plăților informale și a practicii duale. Calitatea este considerată o problemă în spitalele publice, fapt ce determină oamenii să utilizeze unitățile private, care de obicei sunt percepute ca oferind o calitate mai bună a serviciilor și care tind să fie folosite de oameni mai bogați. **Plățile informale** sunt frecvente în special în serviciile spitalicești, unde pot fi date direct personalului medical sau pentru medicamente și materiale. Practica duală este permisă, medicii putând

lucra atât în sectorul public, cât și în cel privat pentru servicii spitalicești și în ambulatoriu. Atât plățile informale, cât și practica duală au un posibil impact negativ asupra protecției financiare și a accesului la servicii de sănătate, mai ales pentru gospodăriile mai sărace și persoanele aflate în situații vulnerabile.

Creșterea cheltuielilor pentru sănătate catastrofale între anii 2010 și 2015 a fost determinată în totalitate de o incidență crescută în cele mai sărace trei quintile, alături de creșteri deosebit de accentuate în cele mai sărace două quintile (vezi Fig. 17). Acest lucru a fost determinat de o creștere substanțială a cheltuielilor pentru medicamentele din ambulatoriu în cea mai săracă quintilă (a se vedea Fig. 10, graficul superior).

Multe dintre aceste probleme sunt legate de nivelul relativ scăzut al **cheltuielilor publice pentru sănătate** din România. În anul 2019 – ultimul an pentru care sunt disponibile date comparabile la nivel internațional – cheltuielile publice pentru sănătate ca pondere din PIB au fost sub nivelul așteptat, ținând cont de valoarea PIB-ului din România pe cap de locuitor (Fig. 26). Nivelul acestora este mai mic în România (4,6%) decât media UE (6%) și decât în țările vecine care au valori similare sau mai mici ale PIB-ului pe cap de locuitor.

Fig. 26. Relația dintre PIB și cheltuielile publice pentru sănătate, UE și zona Balcanilor de Vest, 2019 Sursa: OMS (2021).



Acest nivel scăzut al investițiilor publice în sănătate indică trei aspecte: ponderea cheltuielilor guvernamentale alocate sănătății (12,8% în anul 2019) este sub media UE (14%) (Fig. 27); cheltuielile guvernamentale generale sunt foarte scăzute ca pondere din PIB și sunt printre cele mai scăzute din UE (Fig. 28).

Ca pondere din PIB, cheltuielile publice pentru sănătate au atins un vârf de 4,6% în anul 2010, au scăzut la 3,5% în anul 2011 din cauza unei reduceri substanțiale a bugetului pentru sănătate, ca parte a măsurilor mai ample de austeritate impuse de FMI și alte instituții financiare internaționale (Comisia Europeană, 2010) și au scăzut din nou între anii 2013 și 2016. O parte din creșterea din anul 2013 s-a datorat faptului că au fost plătite datoriile sistemului de sănătate acumulate în anii 2011 și 2012 (o cerință a FMI), și nu creșterii fondurilor pentru îngrijirea pacienților.

Procentul din PIB pentru cheltuielile publice pentru sănătate a crescut constant între anii 2016 și 2019 (Fig. 29). Aceasta a dus la scăderea

ponderii plăților directe din cheltuielile curente pentru sănătate (a se vedea Fig. 12). Cu toate acestea, incidența ridicată a cheltuielilor pentru sănătate catastrofale în România în comparație cu alte țări cu niveluri similare de plăți directe (a se vedea Fig. 22) indică în mod clar necesitatea mai multor investiții publice în sănătate și măsuri bune de protecție pentru cele mai sărace gospodării.

Fig. 27. Ponderea cheltuielilor guvernamentale alocate sănătății, UE, 2019

Sursa: OMS (2021).

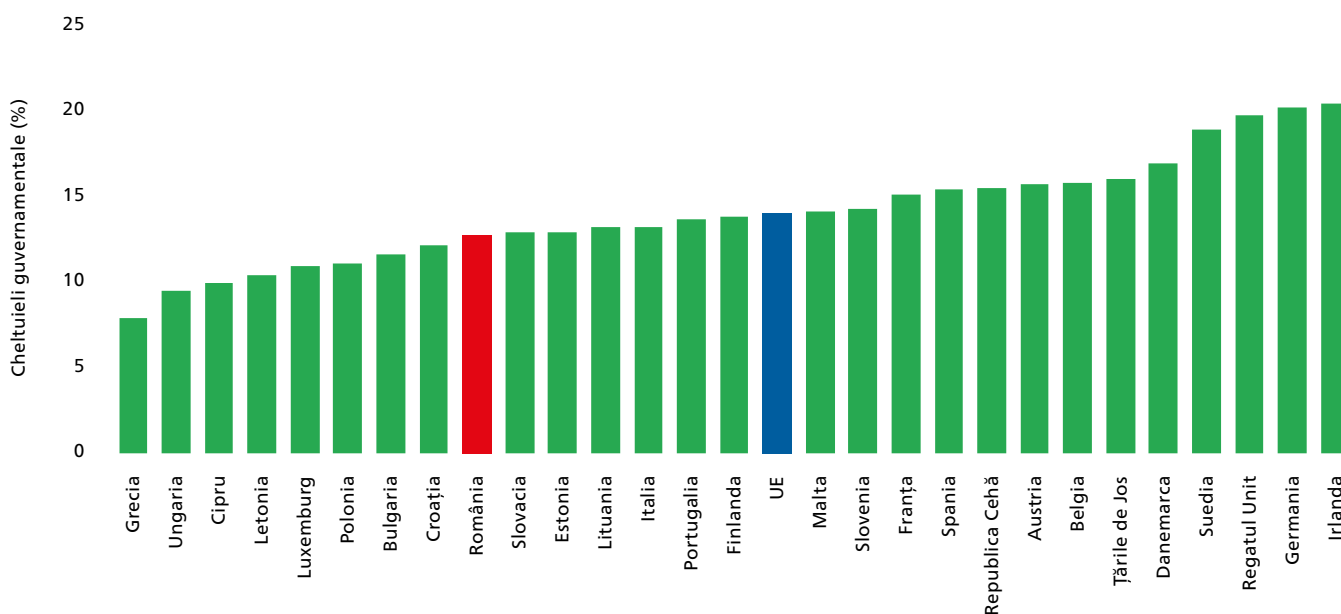


Fig. 28. Cheltuielile guvernamentale ca procent din PIB, UE, 2019

Sursa: OMS (2021).

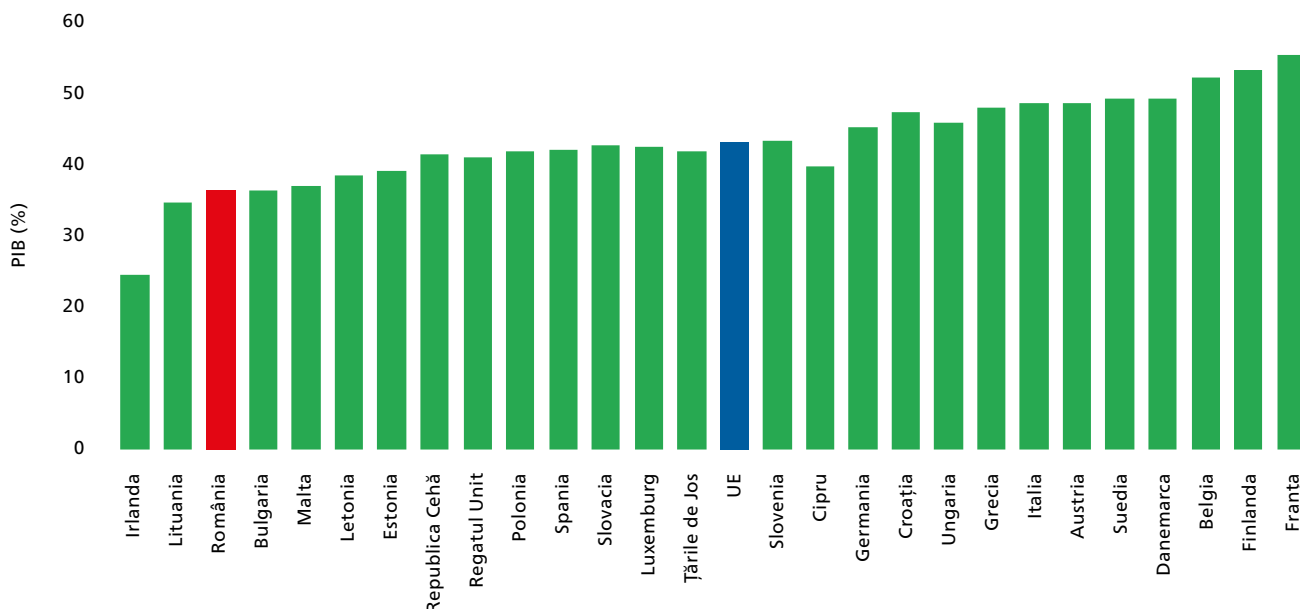
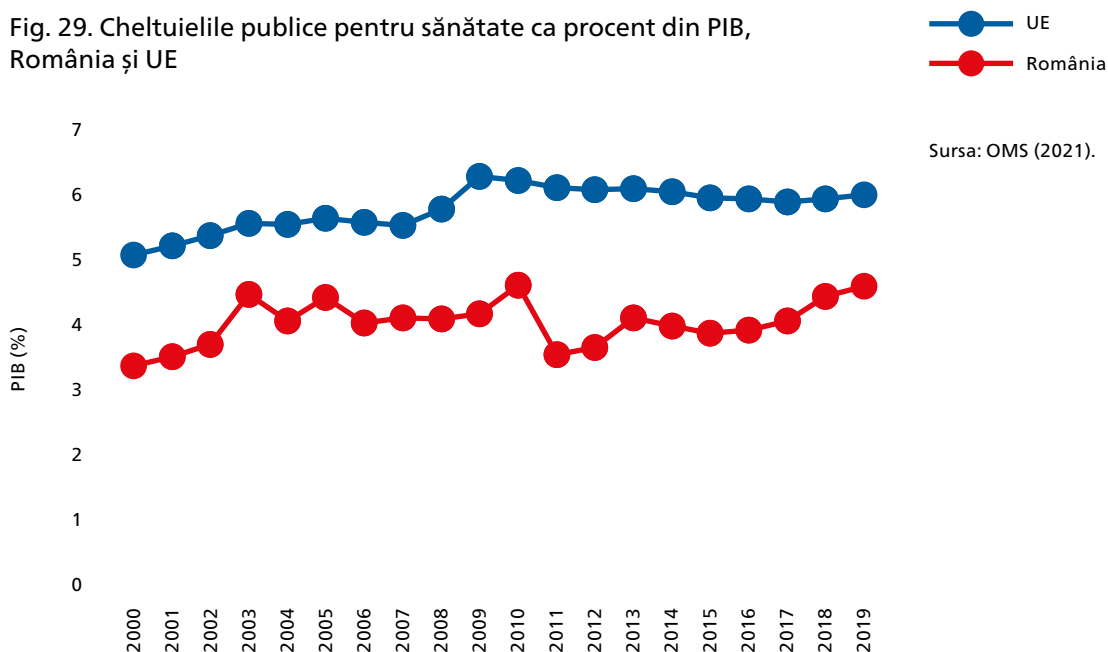


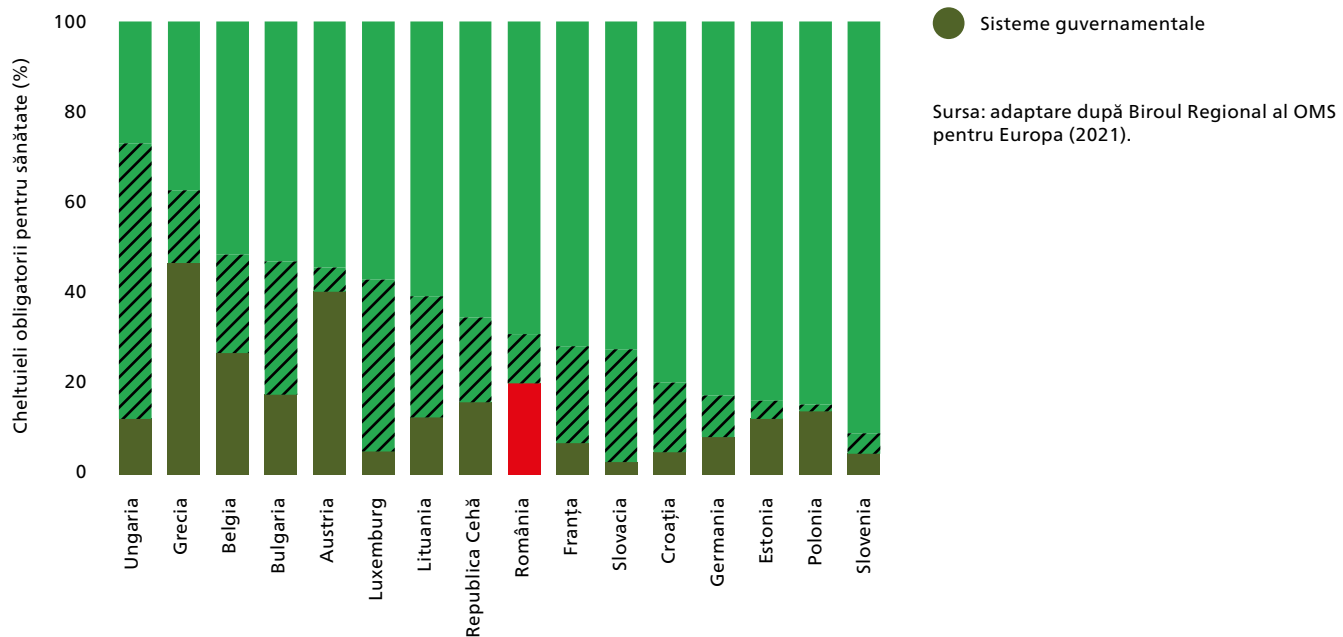


Fig. 29. Cheltuielile publice pentru sănătate ca procent din PIB, România și UE



Transferurile bugetare guvernamentale către CNAS reprezintă un posibil canal pentru creșterea investițiilor publice în sănătate. Aceste transferuri reprezintă un procent mult mai mic din veniturile CNAS în România în comparație cu alte țări UE și sistemele lor de ASS (Fig. 30). Acest dezechilibru se observă clar atunci când comparăm procentul veniturilor CNAS rezultate din transferuri bugetare guvernamentale (14% în anul 2018) cu ponderea persoanelor asigurate fără plata contribuției (66%), ce trebuie acoperite de CNAS.

Fig. 30. Structura cheltuielilor publice pentru sănătate în țările UE cu sisteme de ASS, 2018



## 6.3 Rezumat

Incidența ridicată în România a cheltuielilor pentru sănătate catastrofale arată existența lacunelor în toate cele trei dimensiuni ale acoperirii cu servicii de sănătate și alți factori.

Lacunele în acoperire sunt determinate de punctele slabe ale modului în care sunt concepute politicile.

O mare parte a populației (12%) nu este asigurată și are acces doar la câteva servicii de sănătate finanțate din fonduri publice. Este consecința faptului că accesul la serviciile acoperite de CNAS se bazează pe plata contribuțiilor, aspect problematic întrucât nu toată lumea cu venituri mici este exceptată de la plata contribuțiilor, și s-ar putea ca persoanele cu venituri mici să nu își permită să contribuie. Este posibil și ca unele persoane să nu știe cum pot beneficia de serviciile CNAS.

Accesul la serviciile stomatologice finanțate din fonduri publice este subminat de pachetul de beneficii limitat și de nivelurile scăzute ale cheltuielilor publice, ceea ce duce la contractarea a foarte puțini medici stomatologi de către CNAS. Serviciile stomatologice reprezintă mai puțin de 1% din bugetul CNAS, astfel încât aproape toate serviciile stomatologice sunt plătite direct de beneficiari. Acest lucru duce la nevoi nesatisfăcute, în special pentru gospodăriile mai sărace, și la dificultăți financiare.

Alte probleme legate de gradul de acoperire cu servicii sunt reprezentate de plățile informale (pentru personalul medical, pentru medicamente și materiale), calitatea serviciilor și infrastructura veche din spitalele publice, precum și accesul limitat la servicii în zonele rurale din cauza lipsei de unități sanitare și de personal.

Contribuțiile suportate de utilizator sub formă de coplăți procentuale se aplică în cazul medicamentelor din ambulatoriu, serviciilor stomatologice, serviciilor de tratament balnear și de recuperare. Deși pentru multe medicamente din ambulatoriu nu se percepe coplată, iar pentru celelalte există excepții de la plată pentru copii, elevi, ucenici, studenți și femei însărcinate, nu există excepții pentru adulții cu venituri mici și nu există un plafon general al contribuțiilor suportate de utilizator. Utilizarea coplăților procentuale este o problemă semnificativă atunci când prețurile sunt mari sau fluctuante și atunci când medicii și farmaciștii nu prescriu și nu oferă alternative mai ieftine.

Rezultatul punctelor slabe ale politicii CNAS privind cumpărarea de medicamente este nivelul relativ mare al cheltuielilor pentru medicamente fără prescripție, care reprezintă 66% din totalul cheltuielilor pentru medicamente din ambulatoriu. Majoritatea cheltuielilor pentru medicamentele fără prescripție sunt reprezentate de plăți directe.

Creșterea între anii 2010 și 2015 a cheltuielilor pentru sănătate catastrofale a fost determinată în totalitate de o incidență mărită în cele mai sărace trei quintile, alături de creșteri deosebit de accentuate în cele mai sărace două quintile. Acest lucru a fost determinat de o creștere substanțială a plăților directe pentru medicamentele din ambulatoriu în cea mai săracă quintilă.

Deteriorarea protecției financiare a coincis cu o scădere a cheltuielilor publice pentru sănătate. Acestea sunt mici în raport cu standardele UE, demonstrând transferurile bugetare guvernamentale inadecvate către CNAS.

# 7. Implicații privind politicile

**Dificultățile financiare asociate cu plățile directe sunt mari în România în comparație cu multe țări din UE, și sunt mai mari decât ar fi fost de așteptat, ținând cont de ponderea plăților directe la finanțarea sistemului de sănătate. Dificultățile financiare au crescut pe parcursul timpului.**

**Cheltuielile pentru sănătate catastrofale sunt concentrate puternic în cele mai sărace două quintile de consum și în rândul gospodăriilor mai în vârstă.** Creșterea incidenței cheltuielilor catastrofale între anii 2010 și 2015 a fost determinată de o creștere la nivelul celei mai sărace quintile.

**Medicamentele din ambulatoriu reprezintă cel mai semnificativ factor determinant al cheltuielilor catastrofale pentru toate persoanele, cu excepția celor din cea mai bogată quintilă.** Pentru cele mai bogate gospodării, serviciile stomatologice reprezintă principalul factor determinant al cheltuielilor catastrofale. Aproape toate serviciile stomatologice sunt plătite direct de beneficiari, fapt ce duce la nevoi nesatisfăcute în special pentru oamenii mai săraci, precum și la dificultăți financiare.

**Deși nivelul nevoilor pentru servicii medicale și stomatologice nesatisfăcute a scăzut în ultimii ani, acesta e în continuare peste media UE, existând inegalități semnificative de acces în funcție de venit.**

**Deteriorarea protecției financiare a coincis cu o scădere a cheltuielilor publice pentru sănătate în perioada 2008–2016.** Cheltuielile publice pentru sănătate ca procent din PIB sunt mici, fapt ce indică ponderea redusă a cheltuielilor guvernamentale alocate sănătății (mult sub media UE) și procentul mic din PIB alocat cheltuielilor guvernamentale (unul dintre cele mai scăzute din UE).

**Eforturile de a reduce nevoile nesatisfăcute și dificultățile financiare ar trebui să se concentreze asupra îmbunătățirii accesibilității ca preț la medicamentele din ambulatoriu și la serviciile stomatologice, în special în rândul gospodăriilor mai sărace și al persoanelor cu afecțiuni cronice.**

**Beneficiile CNAS ar trebui să acopere întreaga populație.** Deși procentul de persoane neasigurate a scăzut în timp, acesta rămâne destul de mare: aproximativ 12% din populație încă nu beneficiază de serviciile acoperite de CNAS. Este foarte posibil ca aceste persoane să fie cele care nu își permit să plătească contribuțiile necesare, dar nu au dreptul de a beneficia de contribuțiile pentru ASS plătite de Guvern deoarece nu sunt înregistrate oficial ca șomeri sau pentru alte ajutoare sociale. Este posibil ca unele persoane să nu știe cum să beneficieze de serviciile CNAS. Guvernul poate face mai multe pentru a se asigura că toată lumea este acoperită:

- ar putea cartografia persoanele neasigurate, cine sunt și care este numărul lor, pentru a înțelege de ce oamenii nu au asigurare;
- ar putea oferi informații mai multe și mai bune și ar putea simplifica procesul de obținere a acoperirii;
- să plătească contribuțiile ASS pentru persoanele care trăiesc sub pragul sărăciei și care nu au dreptul la ajutor social; și

- să ia în considerare deconectarea dreptului de a accesa servicii de plata contribuțiilor: penalizarea neplății contribuțiilor ASS prin restrângerea accesului la asistență medicală nu este în concordanță cu obiectivele acoperirii universale cu servicii de sănătate.

**Mecanismele pentru protejarea gospodăriilor față de coplăți ar trebui să ajute gospodăriile cu venituri mici și persoanele cu afecțiuni cronice.** Multe medicamente din ambulatoriu nu necesită coplată, iar copiii, elevii, ucenicii, studenții și femeile însărcinate sunt exceptați de la plata majorității coplăților. Cu toate acestea, nu există excepții de la coplată pentru adulții cu venituri mici și nu există un plafon pentru valoarea coplăților.

Extinderea excepțiilor de la coplată și la gospodăriile cu venituri mici ar putea reduce dificultățile financiare pentru persoanele mai sărace acoperite de CNAS.

Și introducerea unui plafon pentru toate coplățile ar spori protecția financiară. Impactul asupra bugetului CNAS ar putea fi minimizat prin stabilirea plafonului în funcție de venitul gospodăriilor, astfel încât să protejeze gospodăriile mai sărace mai mult decât pe cele mai bogate.

**CNAS ar trebui să continue să investească în îmbunătățirea modului de cumpărare a medicamentelor, inclusiv a medicamentelor fără prescripție.** Aici pot fi incluse strategii pentru: a se asigura că furnizorii de servicii medicale și farmaciștii oferă pacienților alternative mai ieftine; a reduce costurile de tranzație ale obținerii rețetelor de la medicii de familie și de la specialiști; și îmbunătățirea reglementării prețurilor pentru medicamentele cu și fără prescripție.

**Acoperirea și cumpărarea serviciilor stomatologice de către CNAS ar trebui îmbunătățite pentru a scădea nivelurile ridicate de nevoi nesatisfăcute, în special în rândul gospodăriilor mai sărace.** Acest lucru ar putea fi realizat prin creșterea bugetului CNAS pentru contractarea cabinetelor stomatologice, extinderea dreptului la servicii stomatologice, începând cu gospodăriile cu venituri mici, și printr-o contractare mai bună a serviciilor stomatologice de către CNAS.

**Printre alte acțiuni ce ar putea reduce dificultățile financiare se numără și monitorizarea și abordarea cauzelor mai profunde ale plăților informale, limitarea contribuției personale și a plăților pentru servicii suplimentare, și îmbunătățirea calității serviciilor în unitățile publice.**

**Pentru a îmbunătăți accesul și protecția financiară va fi nevoie de creșteri consecvente ale cheltuielilor publice pentru sănătate.** Acest lucru ar putea fi obținut prin creșterea transferurilor bugetare guvernamentale către CNAS și asigurarea faptului că toate fondurile suplimentare sunt alocate cu atenție pentru a soluționa inegalitățile socioeconomice privind accesul și protecția financiară, în conformitate cu obiectivele de echitate și eficiență.

## Bibliografie<sup>2</sup>

Arora V, Karanikolos M, Clair A, Reeves A, Stuckler D, McKee M (2015). Data resource profile: the European Union statistics on income and living conditions (EU-SILC) [Profilul resurselor de date: statisticile Uniunii Europene privind veniturile și condițiile de viață (EU-SILC)]. *Int J Epidemiol*. 44(2):451–61. doi:10.1093/ije/dyv069.

Banca Mondială (2021). The World Bank in Romania [Banca Mondială în România]. În: Banca Mondială [website]. București: Banca Mondială (<https://www.worldbank.org/en/country/romania/overview#1>).

Biroul regional al OMS pentru Europa (2019). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe [Își pot permite oamenii să plătească pentru servicii de sănătate? Noi dovezi privind protecția financiară în Europa]. Copenhaga: Biroul Regional al OMS pentru Europa (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/2019/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-europe-2019>).

Biroul Regional al OMS pentru Europa; (2021). Spending on health in Europe: entering a new era [Cheltuielile pentru sănătate în Europa: începutul unei noi ere]. Copenhaga: Biroul Regional al OMS pentru Europa (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/2021/spending-on-health-in-europe-entering-a-new-era-2021>).

Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) (2019). Bugetul fondului național unic de asigurări sociale de sănătate conform Legii nr. 50/2019 privind bugetul de stat pe anul 2019, cu modificările și completările aduse de OG nr. 12/2019 cu privire la rectificarea bugetului de stat pe anul 2019. București: Casa Națională de Asigurări de Sănătate ([http://www.casan.ro/casvl//media/files/Bugetul%20Anului%202019%20\(Actualizat%20la%2006.12.2019.pdf\)](http://www.casan.ro/casvl//media/files/Bugetul%20Anului%202019%20(Actualizat%20la%2006.12.2019.pdf))).

Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) (2021). Ghidul asiguratului. București: Casa Națională de Asigurări de Sănătate (<https://cnas.ro/ghidul-asiguratului/>).

Comisia Europeană (2010). Communication from the Commission to the Council. Assessment of the action taken by Lithuania and Romania in response to the Council. Recommendations of 16 February 2010 with a view to bringing an end to the situation of excessive government deficit [Comunicare a Comisiei către Consiliu. Evaluarea acțiunii întreprinse de Lituania și România ca răspuns către Consiliu. Recomandări din 16 februarie 2010 în vederea stopării situației de deficit public excesiv]. Bruxelles: European Commission (COM(2010) 495 final; [https://ec.europa.eu/economy\\_finance/economic\\_governance/sgp/pdf/30\\_edps/communication\\_to\\_the\\_council/2010-09-21\\_lt\\_ro\\_communication\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/economy_finance/economic_governance/sgp/pdf/30_edps/communication_to_the_council/2010-09-21_lt_ro_communication_en.pdf)).

---

2. Toate linkurile web au fost accesate la 16 decembrie 2021.



Comisia Europeană (2020). Corruption. Special Eurobarometer 502 report [Corupția. Raport special nr. 502 al Eurobarometrului]. Bruxelles: European Union (<https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/instruments/SPECIAL/surveyKy/2247>).

Curtea de Conturi a României (2020). Sinteza auditului de performanță privind eficacitatea și eficiența măsurilor de recuperare a creanțelor reprezentând Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, precum și utilizarea acestuia în perioada 2011–2019 la Casa Națională de Asigurări de Sănătate. București: Curtea de Conturi a României (<https://www.curteadeconturi.ro/comunicate-de-presa/sinteza-auditul-performantei-pentru-perioada-2011-2019-la-casa-nationala-de-asigurari-de-sanatate>).

Cylus J, Thomson S, Evetovits T (2018). Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods [Cheltuielile pentru sănătate catastrofale în Europa: implicațiile de echitate și politici ale diferitelor metode de calcul]. Bull World Health Organ. 96(9):599–609. doi:10.2471/BLT.18.209031.

Duguleană C (2011). Effects of the economic crisis in Romania [Efectele crizei economice în România]. Journal for Labour and Social Affairs in Eastern Europe 14(1):17–25.

Eurostat (2021). European statistical recovery dashboard [Tabloul de bord european privind recuperarea statistică]. În: Eurostat [website]. Bruxelles: European Commission (<https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/data/database>).

Grupul de experți al Comisiei Europene privind modalitățile eficiente de investiție în sănătate (2016). Report of the Expert Panel on effective ways of investing in health on access to health services in the European Union [Raportul Grupului de experți pentru modalitățile eficiente de investiții în sănătate privind accesul la serviciile de sănătate în Uniunea Europeană]. Bruxelles: European Commission ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert\\_panel/docs/015\\_access\\_healthservices\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert_panel/docs/015_access_healthservices_en.pdf)).

Grupul de experți al Comisiei Europene privind modalitățile eficiente de investiție în sănătate (2018). Benchmarking access to healthcare in the EU. Report of the Expert Panel on effective ways of investing in health [Evaluarea comparativă a accesului la asistență medicală în UE. Raportul Grupului de experți privind modalitățile eficiente de investiție în sănătate]. Luxemburg: Uniunea Europeană ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert\\_panel/docs/opinion\\_benchmarking\\_healthcareaccess\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert_panel/docs/opinion_benchmarking_healthcareaccess_en.pdf)).

Guvernul României (2016). Hotărârea nr. 161 din 16 martie 2016 (actualizată) pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016–2017. Monitorul Oficial al Guvernului României Nr. 215 (<https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/185360>).

Guvernul României (2020). Hotărârea nr. 720 din 9 iulie 2008 (republicată) pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate. Monitorul Oficial al Guvernului României Nr. 479 (<https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/95556>).

Horodnic AV, Mazilu S, Oprea L (2018). Drivers behind widespread informal payments in the Romanian public health care system: from tolerance to corruption to socio-economic and spatial patterns [Factorii determinanți din spatele plăților informale la scară largă în sistemul public de sănătate din România: de la toleranță la corupție la modele socioeconomice și spațiale]. *Int J Health Plann and Manage.* 33(2):e597–611. doi:10.1002/hpm.2509.

Institutul Național de Statistică (2010). Veniturile și cheltuielile gospodăriilor 2010. București: Institutul Național de Statistică (<https://insse.ro/cms/ro/content/veniturile-si-cheltuielile-gospodariilor>).

Institutul Național de Statistică (2015). Veniturile și cheltuielile gospodăriilor 2015. București: Institutul Național de Statistică (<https://insse.ro/cms/ro/content/veniturile-si-cheltuielile-gospodariilor>).

Institutul Național de Statistică (2020). Sistemul Conturilor de Sănătate (SCS) în România – anul 2018. București: Institutul Național de Statistică ([https://insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/sistemul\\_conturilor\\_de\\_sanatate\\_in\\_romania\\_in\\_anul\\_2018\\_editia\\_2020\\_0.pdf](https://insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/sistemul_conturilor_de_sanatate_in_romania_in_anul_2018_editia_2020_0.pdf)) .

Institutul Național de Statistică (2021a). Coordonate ale nivelului de trai în România. Veniturile și consumul populației în anul 2020. București: Institutul Național de Statistică ([https://insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/coordinates\\_of\\_living\\_standard\\_in\\_romania\\_population\\_income\\_and\\_consumption\\_in\\_2020.pdf](https://insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/coordinates_of_living_standard_in_romania_population_income_and_consumption_in_2020.pdf)).

Institutul Național de Statistică (2021b). Date statistice. În: Tempo Online [website]. București: Institutul Național de Statistică (<http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table>).

Ion LM, Vodă AI, Butnaru RC, Butnaru GI, Chirita GM (2020). Effect of pharmaceutical companies' corporate reputation on drug prescribing intents in Romania [Efectul reputației corporative a companiilor farmaceutice asupra intențiilor de prescriere a medicamentelor în România]. *Economic Research – Ekonomiska Istraživanja* 34(1):521–44. doi:10.1080/1331677X.2020.1798263.

Jakab M, Akkazieva B, Kutzin J (2016). Can reductions in informal payments be sustained? Evidence from Kyrgyzstan, 2001–2013. Health financing policy papers [Pot fi menținute reducerile plăților informale? Dovezi din Kârgâzstan, 2001–2013. Documente de politici de finanțare a sănătății]. Copenhaga: Biroul Regional al OMS pentru Europa (<https://www.euro.who.int/en/countries/kyrgyzstan/publications/can-reductions-in-informal-payments-be-sustained-evidence-from-kyrgyzstan,-20012013-2016>).

Lescure D, Paget J, Schellevis F, van Dijk L (2018). Determinants of self-medication with antibiotics in European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature [Determinanți ai automedicației cu antibiotice în țările europene și anglo-saxone: o revizuire sistematică a literaturii]. Front Public Health 6:370. doi:10.3389/fpubh.2018.00370.

Ministerul Sănătății (2018). În urma aplicării noii Legi a salarizării, salariile personalului medical vor înregistra creșteri semnificative. În: Ministerul Sănătății, Guvernul României [website]. București: Ministerul Sănătății (<http://www.ms.ro/2018/02/08/in-urma-aplicarii-noii-legi-a-salarizarii-salariile-personalului-medical-vor-inregistra-cresteri-semnificative/>).

OMS (2010). The world health report: health systems financing: the path to universal health coverage [Raportul privind sănătatea mondială: finanțarea sistemelor de sănătate: calea către acoperirea universală cu servicii de sănătate]. Geneva: Organizația Mondială a Sănătății (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44371>).

OMS (2021). Indicators and data. In: Global health expenditure database [Indicatori și date. În: Baza de date privind cheltuielile globale în sănătate] [bază de date online]. Geneva: Organizația Mondială a Sănătății (<http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>).

OMS, Banca Mondială (2015). Tracking universal health coverage: first global monitoring report [Monitorizarea acoperirii universale cu servicii de sănătate: primul raport global de monitorizare]. Geneva: Organizația Mondială a Sănătății (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564977>).

OMS, Banca Mondială (2017). Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report [Monitorizarea acoperirii universale cu servicii de sănătate Raport global de monitorizare 2017]. Geneva: Organizația Mondială a Sănătății (WHO/HIS/HGF/17.2; <https://www.who.int/publications/i/item/tracking-universal-health-coverage>).

Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE) (2019). Romania: country health profile 2019 [România: profilul de sănătate al țării 2019]. Paris: OECD Publishing (<https://www.oecd.org/publications/romania-country-health-profile-2019-f345b1db-en.htm>).

Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică, Uniunea Europeană (OCDE și UE) (2018). Health at a glance: Europe 2018. State of health in the EU cycle [Sănătatea pe scurt: Europa 2018. Starea sănătății în ciclul UE]. Paris: OECD Publishing ([https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)).

Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE) (2021). OECD health statistics 2021 [Statistici de sănătate OCDE 2021]. În: Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică [website]. Paris: Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (<https://www.oecd.org/health/health-data.htm>).

Parlamentul României (2006). Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 (republicată) privind reforma în domeniul sănătății. Monitorul Oficial al Guvernului României Nr. 652 (<https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/71139>).

Stranciu MA (2017). Abonamente medicale versus asigurări de sănătate private. În: Wall Street [website]. București: SC Internet Corp SRL (<https://www.wall-street.ro/articol/Finante-Banci/212732/abonamente-medicale-asigurari-de-sanatate-private-sanatatea-romanilor.html>).

Vlădescu C, Scîntee SG, Olsavszky V, Hernández-Quevedo C, Sagan A (2016). Romania: health system review [România: analiza sistemului de sănătate]. Health Syst Transit. 18(4):1–170. PMID:27603897.

Wagstaff A, van Doorslaer E (2003). Catastrophe and impoverishment in paying in health care: with applications to Vietnam 1993–98 [Catastrofă și sărăcie din cauza plăților pentru servicii de sănătate: cu aplicații în Vietnam 1993–98]. Health Econ. 12(11):921–34. doi:10.1002/hec.776.

Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T (2007). Protecting households from catastrophic health spending [Protejarea gospodăriilor de cheltuieli pentru sănătate catastrofale]. Health Aff. 26(4):972–83. doi:10.1377/hlthaff.26.4.972.

Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis [Cheltuielile pentru sănătate catastrofale ale gospodăriilor: o analiză multinațională]. Lancet 362(9378):111–7. doi:10.1016/S0140-6736(03)13861-5.

Yerramilli P, Fernández Ó, Thomson S (2018). Financial protection in Europe: a systematic review of the literature and mapping of data availability [Protecția financiară în Europa: o revizuire sistematică a literaturii de specialitate și cartografierea disponibilității datelor]. Health Policy 122(5):493–508. doi:10.1016/j.healthpol.2018.02.006.

Zaprutko T, Kopciuch D, Kus K, Merks P, Nowicka M, Augustyniak I et al. (2017). Affordability of medicines in the European Union [Accesibilitatea medicamentelor în Uniunea Europeană]. PLoS ONE 12(2):e0172753. doi:10.1371/journal.pone.0172753.

## Anexa 1. Anchete privind bugetul gospodăriilor în Europa

**Ce este ancheta privind bugetul gospodăriilor?** Anchetele privind bugetul gospodăriilor sunt anchete efectuate pe un eșantion reprezentativ la nivel național care urmăresc să măsoare consumul de bunuri și servicii al gospodăriilor pe o anumită perioadă de timp. Pe lângă informațiile despre cheltuielile de consum, acestea includ și informații despre caracteristicile gospodăriei.

**De ce sunt efectuate?** Anchetele privind bugetul gospodăriilor oferă informații utile despre modul în care societățile și oamenii folosesc bunurile și serviciile pentru a-și satisface nevoile și preferințele. În multe țări, scopul principal al unei anchete privind bugetul gospodăriilor este de a calcula ponderile pentru Indicele Prețurilor de Consum, ce măsoară rata inflației prețurilor, așa cum este resimțită și percepută de gospodării (Eurostat, 2015). Anchetele privind bugetul gospodăriilor sunt folosite și de guverne, de entități de cercetare și de firme private care doresc să înțeleagă condițiile de trai ale gospodăriilor și modelele de consum.

**Cine le realizează?** De obicei, institutele naționale de statistică au responsabilitatea de a efectua anchetele privind bugetul gospodăriilor.

**Sunt efectuate în toate țările?** Aproape toate țările din Europa efectuează ancheta privind bugetul gospodăriilor (Yerramilli et al., 2018).

**Cât de des sunt efectuate?** Țările din UE efectuează ancheta privind bugetul gospodăriilor cel puțin o dată la cinci ani, în mod voluntar, în urma unui acord informal încheiat în 1989 (Eurostat, 2015). Multe țări din Europa le efectuează la intervale mai mici (Yerramilli et al., 2018).

**Ce informații de sănătate sunt incluse?** Informațiile privind cheltuielile de consum ale gospodăriilor sunt colectate în mod structurat, utilizând de obicei Clasificarea Consumului Individual după Scop (COICOP) a Organizației Națiunilor Unite. În anul 2016 a fost introdusă o nouă versiune europeană a COICOP, cunoscută sub numele de ECOICOP, menită să încurajeze armonizarea ulterioară între țări (Eurostat, 2016).

Informațiile privind consumul legat de sănătate se încadrează în codul COICOP 6, care este împărțit în continuare în trei grupuri, după cum este prezentat în Tabelul A1.1. În acest studiu, informațiile legate de sănătate din anchetele privind bugetul gospodăriilor sunt împărțite în șase grupe (cu codurile COICOP corespunzătoare): medicamente (06.1.1), produse medicale (06.1.2 și 06.1.3), servicii în ambulatoriu (06.2.1), servicii stomatologice (06.2.2), teste de diagnostic (06.2.3) și servicii spitalicești (06.3).

În foarte puține țări din Europa (Belgia, Franța, Luxemburg și Elveția), persoanele care au dreptul la servicii medicale finanțate din fonduri publice pot plăti ele însele pentru tratament, apoi pot solicita sau primi o rambursare de la fondul lor de asigurări de sănătate finanțat din fonduri publice (OCDE, 2019). În mult mai multe țări, oamenii pot beneficia și de o rambursare din partea entităților care oferă asigurări voluntare de sănătate – de exemplu, companii private de asigurări sau sisteme de sănătatea muncii.

Pentru a evita situații în care gospodăriile raportează plăți ce sunt ulterior rambursate, multe cercetări privind bugetul gospodăriilor din Europa folosesc cheltuieli ale gospodăriilor pentru sănătate ce trebuie să reprezinte valoarea netă a oricărei rambursări de la o parte terță, cum ar fi Guvernul, un fond de asigurări de sănătate sau o companie privată de asigurări (Heijink et al., 2011).

Unele sondaje întreabă gospodăriile despre cheltuielile pentru asigurările voluntare de sănătate. Acest lucru se raportează sub un cod COICOP diferit (12.5.3 Asigurări de sănătate care acoperă „Taxe pentru asigurări private de boală și accidente”) (Divizia de Statistică a Națiunilor Unite, 2018).

#### **Anchetele privind bugetul gospodăriilor sunt comparabile între țări?**

Instrumentele de clasificare precum COICOP (și ECOICOP în Europa) susțin standardizarea, dar nu abordează variația instrumentelor utilizate pentru colectarea datelor (de exemplu jurnale, chestionare, interviuri, registre), ratele de răspuns și diferențele neobservabile, cum ar fi dacă eșantionul este cu adevărat reprezentativ la nivel național. Variațiile transnaționale ale instrumentelor de cercetare pot afecta nivelurile de cheltuieli și distribuția cheltuielilor între gospodării. Cu toate acestea, trebuie menționat că efectul lor asupra cheltuielilor pentru sănătate în raport cu consumul total – care este de fapt ceea ce se măsoară prin indicatorii de protecție financiară – poate să nu fie atât de mare.

O diferență metodologică importantă în termeni cantitativi este **chiria imputată proprietarului**. Nu toate țările impută chiria, iar cele care o fac folosesc metode de imputare ce pot varia substanțial (Eurostat, 2015). În această serie, chiria imputată este exclusă în vederea calculării consumului total al gospodăriilor.

Tabelul A1.1. Cheltuielile de consum pentru sănătate în anchetele privind bugetul gospodăriilor

Sursa: Divizia de Statistică a Națiunilor Unite (2018).

Coduri COICOP	Include	Nu include
<b>06.1 Produse, aparate și echipamente medicale</b> 06.1.1 Produse farmaceutice 06.1.2 Alte produse medicale 06.1.3 Aparate și echipamente terapeutice	În această categorie sunt incluse medicamentele, protezele, aparatele și echipamentele medicale și alte produse de sănătate achiziționate de persoane sau gospodării, cu sau fără prescripție medicală, de obicei de la farmaciști sau furnizori de echipamente medicale. Acestea sunt destinate consumului sau utilizării în afara unei unități sanitare.	Produsele furnizate pacienților în ambulatoriu de medici, stomatologi și paramedici sau pacienților internați de spitale și alte situații similare sunt incluse în serviciile de ambulatoriu (06.2) sau serviciile spitalicești (06.3).
<b>06.2 Servicii din ambulatoriu</b> 06.2.1 Servicii medicale 06.2.2 Servicii stomatologice 06.2.3 Servicii paramedicale	Aici sunt incluse serviciile medicale, stomatologice și paramedicale furnizate pacienților din ambulatoriu de către medici, stomatologi și paramedici. Serviciile pot fi furnizate la domiciliu sau în unități de consultare individuală sau de grup, în dispensare, în ambulatoriile spitalelor și alte facilități similare. Serviciile din ambulatoriu includ medicamentele, protezele, aparatele și echipamentele medicale și alte produse de sănătate furnizate direct pacienților în ambulatoriu de către personalul medical, stomatologi și paramedici și personalul auxiliar.	Serviciile medicale, stomatologice și paramedicale furnizate pacienților internați de către spitale și alte astfel de unități sunt incluse în serviciile spitalicești (06.3).
<b>06.3 Servicii spitalicești</b>	Conform definiției, spitalizarea este situația în care un pacient este cazat într-un spital pe durata tratamentului. Sunt incluse îngrijirile de zi din spital și tratamentul spitalicesc la domiciliu, dar și serviciile din centrele de îngrijiri paliative pentru pacienții terminali. Aici sunt incluse serviciile spitalelor generale și de specialitate, serviciile centrelor medicale, ale maternităților, ale căminelor-spital și ale caselor de convalescență care oferă în principal îngrijiri medicale pentru pacienți internați; serviciile instituțiilor care deservesc persoanele în vârstă, în care monitorizarea medicală este o componentă esențială; și serviciile centrelor de recuperare care furnizează îngrijire medicală și de recuperare în regim de internare cu scopul de a trata pacientul, și nu de a oferi sprijin pe termen lung. Spitalele sunt definite ca instituții care oferă îngrijiri spitalicești sub supravegherea directă a medicilor calificați. Și centrele medicale, de maternitate, căminele-spital și casele de convalescență oferă îngrijiri pentru pacienții internați, dar serviciile sunt supravegheate și adesea furnizate doar de personal medical cu o calificare inferioară medicilor.	În această categorie nu sunt incluse serviciile unităților (cum ar fi operațiile chirurgicale, clinicile și dispensarele) dedicate exclusiv îngrijirilor din ambulatoriu (06.2). Nu sunt incluse nici serviciile din căminele-spital pentru persoanele în vârstă, instituțiile pentru persoanele cu dizabilități și centrele de recuperare care oferă în primul rând sprijin pe termen lung (12.4).

### Bibliografie<sup>3</sup>

Divizia de Statistică a Națiunilor Unite (2018). Classification of Individual Consumption According to Purpose (COICOP) 2018 [Clasificarea Consumului Individual după Scop (COICOP) 2018]. New York, NY: Divizia de Statistică a Națiunilor Unite ([https://unstats.un.org/unsd/classifications/unsdclassifications/COICOP\\_2018\\_-\\_pre-edited\\_white\\_cover\\_version\\_-\\_2018-12-26.pdf](https://unstats.un.org/unsd/classifications/unsdclassifications/COICOP_2018_-_pre-edited_white_cover_version_-_2018-12-26.pdf)).

Eurostat (2015). Household Budget Survey 2010 Wave EU Quality report [Cercetare privind bugetul gospodăriilor din 2010 – Raport UE privind calitatea]. Bruxelles: Eurostat ([http://ec.europa.eu/eurostat/documents/54431/1966394/LC142-15EN\\_HBS\\_2010\\_Quality\\_Report\\_ver2+July+2015.pdf/fc3c8aca-c456-49ed-85e4-757d4342015f](http://ec.europa.eu/eurostat/documents/54431/1966394/LC142-15EN_HBS_2010_Quality_Report_ver2+July+2015.pdf/fc3c8aca-c456-49ed-85e4-757d4342015f)).

Eurostat (2016). Regulation (EU) 2016/792 of the European Parliament and of the Council of 11 May 2016 on harmonised indices of consumer prices and the house price index, and repealing Council Regulation (EC) No 2494/95. O. J. E. U. [Regulamentul (UE) 2016/792 al Parlamentului

3. Toate linkurile web au fost accesate la 16 decembrie 2021.

European și al Consiliului din 11 mai 2016 privind indicii armonizați ai prețurilor de consum și indicele prețului locuințelor, și de abrogare a Regulamentului (CE) nr. 2494/95 al Consiliului O. J. E. U.]. L135/11:1–28 (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0792&from=EN>).

Heijink R, Xu K, Saksena P, Evans D (2011). Validity and comparability of out-of-pocket health expenditure from household surveys: a review of the literature and current survey instruments [Validitatea și comparabilitatea cheltuielilor directe pentru sănătate din cercetările gospodăriilor: o prezentare a literaturii și a instrumentelor de cercetare actuale]. Geneva: Organizația Mondială a Sănătății (HSS/HSF/DP.E.11.1; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85711>).

Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE) (2019). Health systems characteristics survey 2016 [Cercetare privind caracteristicile sistemelor de sănătate 2016] [bază de date online]. Paris: Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (<https://qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc>).

Yerramilli P, Fernández Ó, Thomson S (2018). Financial protection in Europe: a systematic review of the literature and mapping of data availability [Protecția financiară în Europa: o revizuire sistematică a literaturii de specialitate și cartografierea disponibilității datelor]. Health Policy 122(5):493–508 (<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.02.006>).



## Anexa 2. Metode utilizate pentru măsurarea protecției financiare în Europa

### Context

Indicatorii utilizați pentru monitorizarea protecției financiare în Europa sunt adaptați pornind de la abordarea prezentată de Xu et al. (2003, 2007). Metoda se bazează și pe elemente ale abordării prezentate în Wagstaff & Eozenou (2014). Pentru mai multe informații despre motivarea dezvoltării unui indicator îmbunătățit pentru Europa, consultați Thomson et al. (2016) și Biroul Regional al OMS pentru Europa (2019).

### Surse de date și cerințe

Pentru a pregăti estimările la nivel de țară pentru indicatorii de protecție financiară este nevoie de date reprezentative la nivel național din anchetele pe gospodării, care să includă informații despre componența gospodăriei sau numărul de membri ai gospodăriei.

Este nevoie de următoarele variabile la nivel de gospodărie:

- cheltuielile totale de consum ale gospodăriei;
- cheltuieli alimentare (fără tutun și alcool dacă se poate);
- cheltuieli cu locuința, dezagregate în funcție de chirie și utilități (cum ar fi apă, gaze, electricitate și încălzire); și
- cheltuieli pentru sănătate (plăți directe), dezagregate în funcție de tipul de bun și de serviciu pentru sănătate.

Informațiile privind cheltuielile de consum ale gospodăriilor sunt colectate în mod structurat, utilizând de obicei Clasificarea Consumului Individual după Scop (COICOP) a Organizației Națiunilor Unite (Divizia de Statistică a Națiunilor Unite, 2018).

Dacă ancheta include o variabilă de pondere a eșantionării gospodăriilor, calculele trebuie să ia în considerare ponderea respectivă în toate circumstanțele. Informațiile despre caracteristicile gospodăriei sau cele la nivel individual, cum ar fi vârsta, sexul, nivelul de educație și locația, sunt utile pentru o analiză suplimentară a echității.

### Definirea variabilelor de cheltuieli pentru consumul gospodăriilor

Datele cercetării pot avea diferite unități de timp, adesea în funcție de durata perioadei de raportare, care poate fi de 7 zile, 2 săptămâni, 1 lună, 3 luni, 6 luni sau 1 an. Trebuie convertite toate variabilele pentru cheltuieli

de consum ale gospodăriilor într-o unitate de timp comună. Pentru a facilita compararea cu alți indicatori la nivel național, ar putea fi mai utilă o analiză a tuturor datelor sondajului. Dacă datele cercetării sunt clasificate pe ani, este important să nu se raporteze nivelul mediu al plăților directe doar în rândul gospodăriilor cu plăți directe, întrucât acest lucru va duce la valori inexacte.

#### Cheltuielile totale de consum ale gospodăriilor, fără chiria imputată

Cheltuielile de consum ale gospodăriilor cuprind atât plățile monetare, cât și cele în natură pentru toate bunurile și serviciile (inclusiv plățile directe) și valoarea monetară a consumului de produse casnice. Multe anchete privind bugetul gospodăriilor nu calculează chiria imputată. Pentru a menține comparabilitatea cu țările care nu calculează chiria imputată, aceasta (cod COICOP 04.2) ar trebui să fie scăzută din consumul total, dacă este inclusă în anchetă.

#### Cheltuieli pentru alimente

Cheltuielile pentru alimente ale unei gospodării reprezintă suma cheltuită pentru toate produsele alimentare de către gospodărie plus valoarea propriei producții alimentare a familiei ce este consumată de gospodărie. Nu trebuie incluse cheltuielile pentru băuturi alcoolice și produse din tutun. Cheltuielile pentru alimente corespund codului COICOP 01.

#### Cheltuieli pentru locuință – chirie și utilități

Cheltuielile pentru chirie și utilități reprezintă suma cheltuită de gospodării pentru chirii (doar pentru gospodăriile care declară că plătesc chirie) și pentru utilități (doar în rândul gospodăriilor ce raportează plata utilităților), inclusiv electricitate, încălzire și apă. Aceste date ar trebui dezagregate pentru a corespunde codurilor COICOP 04.1 (chirie) și 04.4 și 04.5 (utilități). Trebuie avut grijă să se excludă cheltuielile pentru locuințe secundare. Chiria imputată (cod COICOP 04.2) nu este disponibilă în toate anchetele privind bugetul gospodăriilor și nu ar trebui folosită în această analiză.

#### Cheltuieli pentru sănătate (plăți directe)

Plățile directe reprezintă toate plățile formale și informale efectuate de persoane în momentul utilizării oricărui serviciu de sănătate oferit de orice tip de furnizor (cod COICOP 06). Servicii de sănătate înseamnă orice bun sau serviciu furnizat în cadrul sistemului de sănătate. De obicei acestea cuprind tarife pentru consultații, plata pentru medicamente și alte consumabile medicale, plata pentru teste de diagnostic și de laborator și plăți efectuate pe durata spitalizării. Acestea din urmă pot presupune diferite tipuri de plăți, cum ar fi către spital, către personalul medical (medici, asistente medicale, anesteziști, etc.) și pentru analize. Trebuie incluse atât plățile în numerar, cât și plățile în natură, dacă acestea sunt cuantificate ca valoare monetară. Trebuie incluse și plățile formale, și cele informale. Deși plățile directe includ cheltuielile pentru medicină alternativă sau tradițională, ele nu includ și cheltuieli pentru transport și nutriție specială asociate serviciilor de sănătate. De asemenea, trebuie menționat că plățile directe exclud sumele reprezentând rambursări acordate gospodăriilor din partea Guvernului, a fondurilor de asigurări de sănătate sau din partea companiilor private de asigurări.

## **Estimarea cheltuielilor pentru nevoi de bază și capacitatea de plată pentru servicii de sănătate**

Noțiunea de cheltuieli pentru nevoile de bază reprezintă un prag minim de cheltuieli recunoscut la nivel social, ce este considerat necesar pentru asigurarea mijloacelor de subsistență și a altor nevoi de bază. Acest raport calculează nivelurile cheltuielilor pentru nevoi de bază specifice gospodăriilor, pentru a estima capacitatea de plată pentru servicii de sănătate a unei gospodării. Gospodăriile ale căror cheltuieli totale sunt mai mici decât nivelul cheltuielilor pentru nevoi de bază conform pragului nevoilor de bază sunt considerate sărace.

### Definirea pragului de nevoi de bază

Nevoile de bază pot fi definite în diferite moduri. Acest raport consideră alimentele, utilitățile și chiria nevoi de bază, și face distincție între:

- gospodăriile care nu raportează cheltuieli cu utilități sau chiria; nevoile lor de bază includ alimentele;
- gospodăriile care nu raportează cheltuieli cu chiria (gospodăriile care dețin locuința sau au plăți pentru un credit ipotecar, care nu sunt incluse în datele privind cheltuielile de consum), dar raportează cheltuieli pentru utilități; nevoile lor de bază includ alimentele și utilitățile;
- gospodăriile care plătesc chiria, dar nu raportează cheltuieli pentru utilități (de exemplu, dacă perioada de raportare este atât de scurtă încât nu se suprapune cu facturarea unor utilități și nu există o raportare alternativă a achizițiilor neregulate); nevoile lor de bază includ alimentele și chiria;
- gospodăriile care raportează că plătesc și utilități, și chirie, astfel încât nevoile lor de bază includ alimentele, utilitățile și chiria.

Ajustarea capacității gospodăriilor de a plăti chiria (la nivelul chiriașilor) este importantă. Anchetele privind bugetul gospodăriilor consideră creditele ipotecare drept investiții și nu cheltuieli de consum. Din acest motiv, majoritatea anchetelor nu colectează date despre cheltuielile gospodăriei pentru credite ipotecare. Fără scăderea unei anumite părți a cheltuielilor cu chiria în rândul celor care închiriază, chiriașii vor părea sistematic mai bogați (și cu o capacitate de plată mai mare) decât gospodăriile identice, dar cu credite ipotecare.

Pentru a estima nivelurile (normative) standard ale cheltuielilor pentru nevoile de bază, toate gospodăriile sunt clasificate conform cheltuielilor totale de consum per persoană (echivalentă). Gospodăriile care se află între percentilele 25 și 35 din eșantionul total sunt considerate eșantion reprezentativ pentru estimarea cheltuielilor pentru nevoile de bază. Se presupune că acestea sunt capabile să satisfacă nevoile de bază de alimente, utilități și chirie, dar nu neapărat să le și depășească.

În unele țări se obișnuiește ca pentru plățile directe să se folosească sume economisite sau împrumutate, fapt ce ar putea umfla artificial consumul unei gospodării și ar putea afecta clasamentul gospodăriilor.

În aceste situații, ar putea fi mai bună o clasificare a gospodăriilor în funcție de cheltuielile de consum pentru plățile ce nu sunt directe per persoană echivalentă.

#### Metoda de calcul a pragului nevoilor de bază

Pentru a calcula nevoile de bază, trebuie folosită o scală de echivalență pentru gospodării care să reflecte scara economică a consumului gospodăriilor. Scala de echivalență a Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE) (scala Oxford) se folosește pentru a genera dimensiunea echivalentă a gospodăriei pentru fiecare gospodărie:

$$\text{dimensiunea echivalentă a gospodăriei} = 1 + 0,7 * (\text{număr de adulți} - 1) + 0,5 * (\text{număr de copii sub 13 ani})$$

Cheltuielile totale de consum ale fiecărei gospodării (cu excepția chiriei imputate), cheltuielile pentru alimente, cheltuielile pentru utilități și chirie se împart la dimensiunea echivalentă a gospodăriei pentru a obține nivelurile echivalente respective ale cheltuielilor.

Se consideră că gospodăriile ale căror cheltuieli totale echivalente de consum sunt între percentilele 25 și 35 la nivelul întregului eșantion ponderat sunt gospodăriile reprezentative ce vor fi folosite pentru a calcula pragurile normative ale nevoilor de bază. Folosind ponderile anchetei, media ponderată a cheltuielilor pentru alimente, utilități și chirie în rândul gospodăriilor reprezentative care raportează valori pozitive ale cheltuielilor pentru alimente, utilități și chirie, se vor obține cheltuielile pentru nevoile de bază per persoană (echivalentă) pentru alimente, utilități și chirie.

Trebuie evidențiat din nou faptul că gospodăriile care nu raportează cheltuielile pentru alimente nu sunt incluse, întrucât ar putea indica erori de raportare. În cazul gospodăriilor care nu raportează cheltuieli pentru chirie sau utilități, se vor folosi numai cheltuielile pentru nevoile de bază cu alimente ponderate la nivelul eșantionului pentru a indica cheltuielile totale pentru nevoile de bază per persoană (echivalentă). În cazul gospodăriilor care raportează cheltuieli pentru utilități, dar nu și cheltuieli pentru chirie, se va face suma celor două tipuri de cheltuieli pentru nevoi de bază, alimente și utilități, ponderate la nivelul eșantionului, pentru a calcula cheltuielile totale pentru nevoile de bază per persoană (echivalentă). În cazul gospodăriilor care raportează cheltuieli pentru chirie, dar nu și cheltuieli pentru utilități, se va face suma celor două tipuri de cheltuieli pentru nevoi de bază, alimente și chirie, ponderate la nivelul eșantionului, pentru a calcula cheltuielile totale pentru nevoile de bază per persoană (echivalentă). În cazul gospodăriilor care raportează atât cheltuieli pentru chirie, cât și pentru utilități, se va face suma celor trei tipuri de cheltuieli pentru nevoi de bază, alimente, chirie și utilități, ponderate la nivelul eșantionului, pentru a calcula cheltuielile totale pentru nevoile de bază per persoană (echivalentă).

#### Calcularea nivelurilor de cheltuieli pentru nevoi de bază specifice fiecărei gospodării

Ca să se calculeze cheltuielile pentru nevoile de bază specifice fiecărei gospodării se vor înmulți cheltuielile totale pentru nevoile de bază

per persoană (echivalentă), calculate mai sus, cu scala de echivalență a fiecărei gospodării. De reținut că o gospodărie este considerată săracă dacă cheltuielile totale de consum sunt mai mici decât cheltuielile pentru nevoile de bază.

#### Capacitatea de plată pentru servicii medicale

Conform definiției, aceasta reprezintă resurse care nu sunt pentru nevoi de bază, dar sunt folosite pentru cheltuieli de consum. E posibil ca unele gospodării să raporteze cheltuieli totale de consum mai mici decât cheltuielile pentru nevoile de bază, fapt ce le va încadra drept sărace. Trebuie remarcat faptul că, dacă o gospodărie este clasificată drept săracă, capacitatea ei de plată va fi negativă după scăderea nivelului nevoilor de bază.

#### **Estimarea plăților directe care adâncesc nivelul de sărăcie**

Măsurarea cheltuielilor pentru sănătate care adâncesc nivelul sărăciei are scopul de a cuantifica impactul plăților directe asupra sărăciei. Pentru acest indicator, gospodăriile sunt împărțite în cinci categorii în funcție de nivelul cheltuielilor directe pentru sănătate în raport cu pragul sărăciei (pragul nevoilor de bază):

- fără plăți directe: gospodăriile care nu raportează plăți directe;
- fără risc de sărăcie după plățile directe: gospodăriile care nu sunt sărace (cele cu un nivel de cheltuieli totale pentru consum per persoană echivalentă mai mare decât pragul sărăciei) cu plăți directe care nu le aduc sub 120% din pragul sărăciei (adică gospodării al căror consum net per persoană echivalentă pentru plățile directe este mai mare sau egal cu 120% din pragul sărăciei);
- la risc de sărăcie după plățile directe: gospodăriile care nu sunt sărace cu plăți directe care le aduc sub 120% din pragul sărăciei; această analiză folosește un multiplu de 120%, dar s-au făcut estimări și pentru pragurile de 105% și 110% din pragul sărăciei;
- devenite sărace după plățile directe: gospodăriile care nu erau sărace înainte de plățile directe, dar care sunt aduse sub pragul sărăciei după plățile directe; în cazuri excepționale, în care capacitatea de plată este zero și plățile directe sunt mai mari de zero, gospodăriile vor fi considerate sărace din cauza plăților directe; și
- devenite și mai sărace după plățile directe: gospodăriile sărace (cele cu consum total per persoană echivalentă sub pragul sărăciei) care au de efectuat plăți directe.

#### **Estimarea plăților directe catastrofale**

Plățile directe catastrofale sunt calculate ca plăți directe care sunt mai mari sau egale cu un anumit prag al capacității de plată pentru servicii de sănătate a unei gospodării. Pragurile sunt arbitrare. Pragul folosit cel mai

des pentru măsurarea capacității de plată este de 40%. Această analiză folosește pragul de 40% din motive de raportare, dar au fost realizate estimări și pentru praguri de 20%, 25% și 30%.

Gospodăriile cu plăți directe catastrofale sunt clasificate astfel:

- gospodării cu plăți directe mai mari de 40% din capacitatea lor de plată; adică toate gospodăriile care devin sărace după plățile directe, deoarece valoarea plăților directe este mai mare decât capacitatea lor de plată pentru servicii de sănătate; și
- gospodării cu plăți directe care au un raport între plățile directe și capacitatea de plată mai mic decât zero (negativ); adică toate gospodăriile care devin și mai sărace din cauza plăților directe, pentru că nu au deloc capacitate de plată pentru servicii de sănătate.

Gospodăriile cu plăți directe necatastrofale sunt definite ca gospodării care au plăți directe, dar acestea sunt mai mici decât pragul predefinit de cheltuieli catastrofale.

Din perspectiva politicilor, ar fi utilă identificarea grupurilor de persoane care sunt afectate mai mult sau mai puțin de plățile directe catastrofale (echitatea) și a serviciilor de sănătate care sunt responsabile într-o măsură mai mare sau mai mică pentru plățile directe catastrofale.

#### Distribuția plăților directe catastrofale

Prima dimensiune a echității este quintila de cheltuieli. Quintilele de cheltuieli sunt determinate pe baza cheltuielilor gospodăriilor per persoană echivalentă. În cazul grupării populației pe quintile, trebuie folosite ponderile gospodăriilor. Țările ar putea dori să analizeze și alte dimensiuni ale echității, cum ar fi diferențele dintre urban și rural, între regiuni, între bărbați și femei, între grupuri de vârstă și între tipuri de gospodării.

În unele țări se obișnuiește ca pentru plățile directe să se folosească sume economisite sau împrumutate, fapt ce ar putea umfla artificial consumul unei gospodării și ar putea afecta clasamentul gospodăriilor. În acest caz, ar fi preferabil să se calculeze quintilele pe baza cheltuielilor nonmedicale per persoană echivalentă ale gospodăriei.

#### Structura plăților directe catastrofale

Pentru gospodăriile din fiecare categorie a protecției financiare trebuie raportat procentul plăților directe pentru diferite tipuri de bunuri și servicii de sănătate, în măsura în care mărimea eșantionului permite acest lucru, pe următoarele categorii, conform clasificării COICOP: medicamente (06.1.1), produse medicale (06.1.2 și 06.1.3), servicii din ambulatoriu (06.2.1), servicii stomatologice (06.2.2), teste de diagnostic (06.2.3) și servicii spitalicești (06.3). Unde este posibil, ar trebui făcută diferența între medicamente cu și fără prescripție medicală.

## Bibliografie<sup>4</sup>

Biroul Regional al OMS pentru Europa (2019). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe [Își pot permite oamenii să plătească pentru servicii de sănătate? Noi dovezi privind protecția financiară în Europa]. Copenhaga: Biroul Regional al OMS pentru Europa (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311654>).

Divizia de Statistică a Națiunilor Unite (2018). Classification of Individual Consumption According to Purpose (COICOP) 2018 [Clasificarea Consumului Individual după Scop (COICOP) 2018]. New York, NY: Divizia de Statistică a Națiunilor Unite ([https://unstats.un.org/unsd/classifications/unsdclassifications/COICOP\\_2018\\_-\\_pre-edited\\_white\\_cover\\_version\\_-\\_2018-12-26.pdf](https://unstats.un.org/unsd/classifications/unsdclassifications/COICOP_2018_-_pre-edited_white_cover_version_-_2018-12-26.pdf)).

Thomson S, Evetovits T, Cylus J, Jakab M (2016). Monitoring financial protection to assess progress towards universal health coverage in Europe [Monitorizarea protecției financiare pentru a evalua progresul către acoperirea universală cu servicii de sănătate în Europa]. Public Health Panorama. 2(3):357–66 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325385>).

Wagstaff A, Eozenou P (2014). CATA meets IMPOV: a unified approach to measuring financial protection in health [Între CATA și IMPOV: o abordare unificată pentru măsurarea protecției financiare în sănătate]. Washington (DC): Banca Mondială (Document de Lucru pentru Politică de Cercetare Nr. 6861).

Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T (2007). Protecting households from catastrophic health spending [Protejarea gospodăriilor de cheltuieli pentru sănătate catastrofale]. Health Aff. 26(4):972–83. doi:10.1377/hlthaff.26.4.972.

Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis [Cheltuielile pentru sănătate catastrofale ale gospodăriilor: o analiză multinațională]. Lancet 362(9378):111–7. doi:10.1016/S0140-6736(03)13861-5.

---

4. Toate linkurile web au fost accesate la 16 decembrie 2021.

## Anexa 3. Indicatori regionali și globali de protecție financiară

OMS folosește indicatori regionali și globali pentru a monitoriza protecția financiară în Regiunea Europeană, după cum se prezintă în Tabelul A3.1.

Tabelul A3.1. Indicatori regionali și globali de protecție financiară în Regiunea Europeană

Indicatori regionali	+	Indicatori globali
<b>Plăți directe care duc la sărăcie</b>		
Riscul de sărăcie din cauza plăților directe: proporția gospodăriilor care au devenit și mai sărace, sărace, la risc de sărăcie sau care nu sunt la risc de sărăcie după plățile directe folosind praguri specifice țării bazate pe cheltuielile gospodăriilor pentru a satisface nevoile de bază (alimente, locuință și utilități)		Schimbări ale incidenței și severității sărăciei cauzate de cheltuielile gospodăriilor pentru sănătate folosind: <ul style="list-style-type: none"> <li>• un prag de sărăcie extremă de 1,90 USD pe persoană pe zi, ajustat în funcție de PPP</li> <li>• un prag de sărăcie de 3,10 USD pe persoană pe zi, ajustat în funcție de PPP</li> <li>• un prag de sărăcie relativă de 60% din mediana consumului sau a venitului pe persoană pe zi</li> </ul>
<b>Plăți directe catastrofale</b>		
Proporția gospodăriilor cu plăți directe mai mari de 40% din capacitatea de plată pentru servicii de sănătate a gospodăriei		Proporția populației cu cheltuieli mari pentru sănătate la nivel de gospodărie ca pondere din consumul sau venitul total al gospodăriei (peste 10% sau 25% din consumul sau venitul total al gospodăriei)

Notă: PPP: paritatea puterii de cumpărare.

Surse: Sediul Central OMS și Biroul Regional al OMS pentru Europa.

### Indicatori regionali

Indicatorii regionali reprezintă un angajament față de nevoile Statelor Membre din Uniunea Europeană. Aceștia au fost dezvoltati de Biroul OMS din Barcelona pentru Consolidarea Sistemelor de Sănătate (parte a Diviziei de Sisteme de Sănătate și Sănătate Publică din Biroul Regional al OMS pentru Europa), la solicitarea Directorului Regional al OMS pentru Europa, pentru a răspunde cererii Statelor Membre privind măsuri de performanță mai potrivite pentru țările cu venituri mari și medii și cu un accent mai puternic pe politicile care să ajute persoanele sărace, în conformitate cu rezoluțiile Comitetului Regional (a se vedea Anexa 2).

La nivel regional, sprijinul OMS pentru monitorizarea protecției financiare este susținut de Carta de la Tallinn: Sistemele de sănătate pentru sănătate și bunăstare, Sănătate 2020, și rezoluția EUR/RC65/R5 privind prioritățile pentru consolidarea sistemelor de sănătate în Regiunea Europeană a OMS pentru 2015–2020, toate acestea incluzând angajamentul de a de a contribui pentru a avea o Europă fără plăți directe pentru sănătate care să ducă gospodăriile la sărăcie.



## Indicatori globali

Indicatorii globali reprezintă angajamentul față de monitorizarea globală. Aceștia permit ca performanța Statelor Membre din Regiunea Europeană să poată fi comparată cu ușurință cu performanța Statelor Membre din restul lumii.

La nivel global, sprijinul acordat de OMS pentru monitorizarea protecției financiare este susținut de rezoluția WHA64.9 a Adunării Mondiale a Sănătății privind structurile de finanțare a sănătății durabile și acoperirea universală cu servicii de sănătate, care a fost adoptată de Statele Membre în mai 2011. Mai recent, odată cu adoptarea simultană a Agendei 2030 pentru Dezvoltare Durabilă și a Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă (ODD) în anul 2015, Națiunile Unite au recunoscut OMS ca agenție-custode pentru ODD3 (Sănătate și bunăstare: asigurarea unei vieți sănătoase și promovarea bunăstării tuturor, la toate vârstele) și în special pentru obiectivul 3.8 privind atingerea acoperirii universale cu servicii de sănătate, inclusiv protecția împotriva riscurilor financiare, accesul la servicii de sănătate esențiale, de calitate și accesul la medicamente și vaccinuri esențiale sigure, eficiente, de calitate și la prețuri accesibile pentru toți. Ținta 3.8 are doi indicatori: 3.8.1, privind acoperirea cu servicii de sănătate esențiale și 3.8.2, privind protecția financiară la utilizarea serviciilor de sănătate.

## Alegerea indicatorului global sau regional are implicații asupra politicilor

Indicatorii globali și regionali oferă informații despre incidența și amploarea dificultăților financiare asociate cu plățile directe pentru sănătate în moduri diferite. Drept urmare, pot avea implicații diferite pentru politici și pot sugera diferite răspunsuri din perspectiva politicilor.

De exemplu, indicatorul global clasifică plățile directe drept catastrofale atunci când acestea depășesc un anumit procent din consumul sau venitul unei gospodării (bugetul acesteia). Aplicarea aceluiași prag procentual pentru toate gospodăriile, indiferent de valoarea averii lor, înseamnă că gospodăriile foarte sărace și gospodăriile foarte bogate care cheltuiesc aceeași parte din bugetul lor pentru sănătate se vor confrunța cu același nivel de dificultăți financiare.

Studiile globale au constatat că o astfel de abordare duce la plăți directe catastrofale care apar în formă mai concentrată în rândul gospodăriilor mai bogate (sau mai puțin concentrate în rândul gospodăriilor mai sărace) (OMS și Banca Mondială 2015; 2017). Cu o astfel de distribuție, impactul asupra politicilor este că gospodăriile mai bogate au șanse mai mari să se confrunte cu dificultăți financiare decât gospodăriile mai sărace. Încă nu este clar care este cel mai adecvat răspuns politic pentru această constatare.

În schimb, pentru a identifica gospodăriile cu plăți directe catastrofale, indicatorul regional scade o sumă standard care reprezintă cheltuielile pentru trei nevoi de bază – alimente, locuință (chirie) și utilități – din cheltuielile de consum ale fiecărei gospodării. Apoi se aplică același prag procentual fix pentru suma rămasă (care va fi denumită „capacitatea de plată pentru servicii de sănătate a gospodăriei”). Ca urmare, deși se aplică

același prag pentru toate gospodăriile, valoarea căreia i se aplică este acum semnificativ mai mică decât consumul total al gospodăriilor mai sărace, dar este mai aproape de consumul total al gospodăriilor mai bogate. Acest lucru înseamnă că gospodăriile foarte sărace care cheltuiesc sume mici pentru plăți directe, ce reprezintă o parte relativ mică din bugetul total, se pot confrunța cu dificultăți financiare, însă se presupune că gospodăriile mai bogate nu se confruntă cu dificultăți financiare până când nu cheltuie o parte relativ mai mare din bugetul lor pentru plăți directe.

Abordarea utilizată în Regiunea Europeană are ca rezultat o concentrare puternică a plăților directe catastrofale în rândul gospodăriilor sărace din toate țările (Cylus et al., 2018). Pentru țările care doresc să-și îmbunătățească protecția financiară, răspunsul adecvat la acest tip de distribuție este clar: elaborarea unor politici care să protejeze gospodăriile sărace mai mult decât gospodăriile mai bogate.

Cel mai des, studiile globale raportează plățile directe care duc la sărăcie folosind pragurile absolute ale sărăciei stabilite ca 1,90 USD sau 3,10 USD pe zi la paritatea puterii de cumpărare (OMS și Banca Mondială 2015; 2017). Se consideră că aceste praguri ale sărăciei sunt prea scăzute pentru Europa, chiar și în cazul țărilor cu venituri medii. De exemplu, cel mai recent raport de monitorizare globală arată că în anul 2010 doar 0,1% din populația din Regiunea Europeană a OMS a devenit mai săracă după plățile directe, raport ce a folosit pragul sărăciei de 1,90 USD pe zi (0,2% pentru 3,10 USD pe zi) (OMS și Banca Mondială, 2017).

Studiile europene folosesc mai mult pragurile naționale ale sărăciei sau praguri de sărăcie dezvoltate pentru a reflecta tiparele naționale de consum (Yerramilli et al., 2018). Deși pragul național de sărăcie variază de la o țară la alta, fapt ce îngreunează comparația internațională, pragurile de sărăcie elaborate pentru a reflecta tiparele naționale de consum – cum ar fi cel care este folosit ca prag de sărăcie pentru indicatorul regional – facilitează comparațiile internaționale (Saksena et al., 2014).

## Bibliografie<sup>5</sup>

Cylus J, Thomson S, Evetovits T (2018). Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods [Cheltuielile pentru sănătate catastrofale în Europa: implicațiile de echitate și politici ale diferitelor metode de calcul]. Bull World Health Organ. 96(9):599–609. doi:10.2471/BLT.18.209031.

OMS, Banca Mondială (2015). Tracking universal health coverage: first global monitoring report [Monitorizarea acoperirii universale cu servicii de sănătate: primul raport global de monitorizare]. Geneva: Organizația Mondială a Sănătății (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/174536>).

OMS, Banca Mondială (2017). Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report [Monitorizarea acoperirii universale cu servicii de sănătate: Raport global de monitorizare 2017]. Geneva: Organizația Mondială a Sănătății (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259817>).

---

5. Toate linkurile web au fost accesate la 16 decembrie 2021.

Saksena P, Smith T, Tediosi F (2014). Inputs for universal health coverage: a methodological contribution to finding proxy indicators for financial hardship due to health expenditure [Informații pentru acoperirea universală cu servicii de sănătate: o contribuție metodologică la identificarea indicatorilor proxy pentru dificultățile financiare cauzate de cheltuielile pentru sănătate]. *BMC Health Serv Res.* 14:577.

Yerramilli P, Fernández Ó, Thomson S (2018). Financial protection in Europe: a systematic review of the literature and mapping of data availability [Protecția financiară în Europa: o revizuire sistematică a literaturii de specialitate și cartografierea disponibilității datelor]. *Health Policy* 122(5):493–508 (<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.02.006>).

## Anexa 4. Glosar de termeni

**Abilitatea de a plăti pentru serviciile de sănătate:** Abilitatea de a plăti se referă la toate resursele financiare aflate la dispoziția unei gospodării. Atunci când se monitorizează protecția financiară, abordarea în materie de abilitate de plată presupune că toate resursele unei gospodării sunt disponibile pentru a plăti pentru serviciile de sănătate, spre deosebire de abordarea în materie de capacitate de plată (a se vedea mai jos), care presupune că o parte din resursele unei gospodării trebuie să se îndrepte spre satisfacerea necesităților de bază. În practică, cuantumul abilității de plată sunt adesea derivate din datele anchetelor privind bugetul gospodăriilor asupra nivelurilor raportate ale cheltuielilor de consum sau ale veniturilor într-o perioadă dată. Datele disponibile rareori captează toate resursele financiare disponibile pentru o gospodărie – de exemplu, resursele sub formă de economii și investiții.

**Acoperirea universală cu servicii de sănătate:** Oricine poate folosi serviciile de sănătate de calitate care îi sunt necesare fără a se confrunta cu dificultăți financiare.

**Ancheta privind bugetul gospodăriilor:** De regulă, anchete pe eșantioane reprezentative la nivel de țară, deseori realizate de birourile naționale de statistică, pentru a măsura consumul gospodăriilor într-o anumită perioadă de timp. Uneori, denumite „anchete privind cheltuielile de consum ale gospodăriei” sau „anchete privind cheltuielile gospodăriei”. Țările din Uniunea Europeană trebuie să efectueze o anchetă privind bugetul gospodăriilor cel puțin o dată la cinci ani.

**Buget:** A se vedea bugetul gospodăriei.

**Bugetul gospodăriei:** Denumit și „consumul total al gospodăriei”. Suma valorii monetare a tuturor articolelor consumate de gospodărie într-o anumită perioadă și a valorii imputate a articolelor care nu sunt achiziționate, dar sunt obținute pentru consum în alte moduri.

**Capacitatea de plată pentru servicii de sănătate:** În acest studiu, capacitatea de plată este măsurată prin consumul unei gospodării minus o sumă normativă (standard) pentru acoperirea nevoilor de bază, cum ar fi alimentele, locuința și utilitățile. Această sumă este dedusă consecvent pentru toate gospodăriile. Este denumită „pragul sărăciei” sau „pragul nevoilor de bază”.

**Consum:** De asemenea, denumit „cheltuieli de consum”. Consumul total al gospodăriei este valoarea monetară a tuturor articolelor consumate de o gospodărie într-o anumită perioadă. Include valoarea imputată a articolelor care nu sunt achiziționate, dar sunt obținute pentru consum în alte moduri (de exemplu, produse cultivate în gospodărie).

**Contribuții suportate de utilizator:** Denumite și „tarife plătite de utilizator”. A se vedea coplăți.

**Coplăți (contribuții suportate de utilizator sau tarife plătite de utilizator):**

Banii care trebuie achitați în momentul utilizării serviciilor medicale acoperite de o parte terță, cum ar fi Guvernul, un fond de asigurări de sănătate sau o companie de asigurări private. *Coplățile fixe* reprezintă o sumă forfetară pentru fiecare bun sau serviciu; *coplățile procentuale* (denumite și coasigurare) impun utilizatorului să plătească o parte din prețul bunului sau serviciului; *deductibilele* solicită utilizatorilor să plătească mai întâi până la o sumă fixă, înainte ca terțul să acopere vreun cost. Alte tipuri de contribuții suportate de utilizator includ *contribuția personală* (un sistem în care furnizorilor li se permite să perceapă de la pacienți mai mult decât prețul sau tariful stabilit de către plătitorul terț), *contravaloarea serviciilor suplimentare* (facturare pentru servicii care nu sunt incluse în pachetul de beneficii) și *prețurile de referință* (un sistem în care persoanele sunt obligate să plătească orice diferență dintre prețul sau tariful determinat de terț-plătitorul – prețul de referință – și prețul de vânzare).

**Dificultăți financiare:** Persoanele întâmpină dificultăți financiare atunci când plățile directe sunt mari în raport cu capacitatea lor de a plăti pentru servicii de sănătate.

**Excepțiile de la plata contribuțiilor utilizatorului (coplăți):** Un mecanism de protecție a persoanelor față de plățile directe. Excepțiile se pot aplica pentru grupuri de persoane, afecțiuni, boli, bunuri sau servicii.

**Gospodării care au devenit sărace:** Gospodăriile care nu erau sărace înainte de achitarea plăților directe, dar sunt împinse sub pragul sărăciei sau pragul nevoilor de bază după efectuarea plăților directe.

**Gospodării care au devenit și mai sărace:** Gospodăriile sărace (cele al căror consum total pe o persoană echivalentă este sub pragul sărăciei sau pragul necesităților de bază) care suportă plăți directe.

**Nevoia de servicii de sănătate nesatisfăcută:** Indicator al accesului la serviciile de sănătate. Cazurile în care persoanele au nevoie de servicii de sănătate, dar nu le primesc din cauza barierelor de acces.

**Nevoi de bază:** Resursele minime necesare pentru subzistență, deseori înțelese drept consumul de bunuri precum alimente, îmbrăcăminte și adăpost.

**Persoană echivalentă:** Comparațiile dintre cheltuielile gospodăriilor trebuie să ia în considerare diferențele de dimensiune și componență a gospodăriilor, de aceea se utilizează scale de echivalență pentru a calcula nivelurile de cheltuieli pentru un adult echivalent într-o gospodărie. Prezenta analiză utilizează scala Oxford (cunoscută și sub denumirea de „scală a echivalenței a Organizației pentru Cooperare Economică și Dezvoltare”), în care primul adult dintr-o gospodărie se numără ca un adult echivalent, membrii ulteriori ai gospodăriei, cu vârstă de 13 ani sau mai mult, se numără ca 0,7 adulți echivalenți, iar copiii sub 13 ani se numără ca 0,5 adulți echivalenți.

**Plafon pentru beneficii:** Mecanism pentru protejarea terț-plătitorilor, cum ar fi Guvernul, un fond de asigurări de sănătate sau o companie de asigurări private. Plafonul pentru beneficii este suma maximă pe care un terț-plătitor este obligat să o acopere pentru fiecare articol sau serviciu sau într-o perioadă de timp dată. De obicei este definit ca o sumă absolută. După ce suma este atinsă, utilizatorul trebuie să plătească toate costurile rămase. Uneori, este denumit ca „beneficiul maxim”.

**Plafon pentru contribuțiile suportate de utilizator (coplăți):** Mecanism de protecție a persoanelor față de plățile directe. Plafonul pentru contribuțiile suportate de utilizator reprezintă suma maximă pe care o persoană sau o gospodărie este obligată să o plătească sub formă de contribuție de utilizator per articol sau serviciu sau într-o perioadă de timp dată. Poate fi definit ca o sumă absolută sau ca o cotă din veniturile unei persoane. Uneori este denumit ca „plată directă maximă”.

**Plată informală:** Contribuție directă efectuată suplimentar oricărei contribuții determinate de dreptul la servicii, în numerar sau în natură, efectuată de către pacienți sau alte persoane care acționează în numele lor, către furnizorii de servicii de sănătate, pentru serviciile la care au dreptul pacienții.

**Plăți directe catastrofale:** Denumite și „cheltuieli pentru sănătate catastrofale”. Un indicator al protecției financiare. Plățile directe catastrofale pot fi măsurate în moduri diferite. Prezentul studiu le definește ca plăți directe care depășesc 40% din capacitatea unei gospodării de a plăti pentru servicii de sănătate. Incidența cheltuielilor catastrofale pentru sănătate include gospodăriile care au devenit sărace și gospodăriile care au devenit și mai sărace.

**Plăți directe:** De asemenea, denumite „cheltuieli ale gospodăriei pentru sănătate”. Orice plată efectuată de persoane în momentul utilizării oricărui bun sau serviciu de sănătate oferit de orice tip de furnizor. Plățile directe includ: coplățile formale (contribuții suportate de utilizator sau tarife plătite de utilizator) pentru bunurile și serviciile acoperite; plăți formale pentru achiziționarea de bunuri și servicii private; și plăți informale pentru bunurile și serviciile acoperite din fonduri publice sau achitate în mod privat. Acestea exclud plata în prealabil (de exemplu, taxele, contribuțiile sau primele de asigurare) și rambursarea cheltuielilor de către o terță parte, precum Guvernul, un fond de asigurări de sănătate sau o companie de asigurări private.

**Plăți directe care duc la sărăcie:** De asemenea, denumite „cheltuieli de sănătate care sporesc nivelul sărăciei”. Un indicator al protecției financiare. Plăți directe care împing persoanele spre sărăcie sau le accentuează sărăcia. O gospodărie este calificată ca fiind ajunsă la sărăcie atunci când consumul său total era peste pragul național sau internațional al sărăciei sau peste pragul nevoilor de bază înainte de efectuarea plăților directe și ajunge sub prag după achitarea acestora.

**Pragul nevoilor de bază:** O măsură a nivelului venitului sau consumului persoanei sau gospodăriei necesar pentru a răspunde nevoilor de bază, cum ar fi alimente, locuință și utilități. Pragurile nevoilor de bază, cum ar fi pragurile sărăciei, pot fi definite în moduri diferite. Acestea sunt utilizate pentru a estima plățile directe care duc la sărăcie. În acest studiu, pragul nevoilor de bază este definit ca suma medie cheltuită pentru produse alimentare, locuință și utilități de către gospodăriile situate între percentilele 25 și 35 din distribuția consumului gospodăriei, ajustată la dimensiunea și componența gospodăriei. Pragul nevoilor de bază și pragul sărăciei sunt utilizate în mod interschimbabil. A se vedea pragul sărăciei.

**Pragul sărăciei:** Nivelul de venit sau consum al persoanei sau al gospodăriei sub care acea persoană sau gospodărie este clasificată ca fiind săracă. Pragurile sărăciei sunt definite în moduri diferite. Prezenta analiză utilizează în mod interschimbabil pragul nevoilor de bază și pragul sărăciei. A se vedea pragul nevoilor de bază.

**Protecție financiară:** Absența dificultăților financiare atunci când sunt utilizate serviciile de sănătate. În cazul în care sistemele de sănătate nu oferă o protecție financiară adecvată, este posibil ca gospodăriile să nu dețină suficiente resurse pentru a plăti pentru servicii de sănătate sau pentru a-și satisface alte nevoi de bază. Lipsa protecției financiare poate duce la o serie de consecințe negative pentru sănătate și economie, reducând potențialul accesului la servicii de sănătate, subminând starea de sănătate, accentuând sărăcia și exacerbând inegalitățile de sănătate și socioeconomice.

**Quintilă:** Unul din cele cinci grupuri egale (cincimi) dintr-o populație. Prezenta analiză împarte în mod obișnuit gospodăriile în quintile pe baza consumului gospodăriei pe o persoană echivalentă. Prima quintilă este a cincea dintre gospodăriile cu cel mai mic consum, menționată în analiză drept cea mai săracă quintilă; cea de-a cincea quintilă are cel mai mare consum, menționată în studiu drept cea mai bogată quintilă.

**Riscul de sărăcie după efectuarea plăților directe:** După efectuarea plăților directe pentru servicii de sănătate, gospodăria poate deveni și mai săracă, săracă, la risc de sărăcie sau fără risc de sărăcie. O gospodărie este (sau nu este) la risc de sărăcie atunci când cheltuielile sale totale după efectuarea plăților directe se apropie (sau nu) de pragul sărăciei sau pragul nevoilor de bază.

**Servicii de sănătate:** Orice bun sau serviciu furnizat în sistemul de sănătate, inclusiv medicamente, produse medicale, teste de diagnostic, servicii stomatologice, servicii ambulatorii și servicii spitalicești. Utilizat interschimbabil cu asistența medicală.

**Utilități:** Apa, electricitatea și combustibilul folosit pentru gătit și încălzire.





**Organizația Mondială a Sănătății  
Biroul Regional pentru Europa**

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) este o agenție de specialitate a Organizației Națiunilor Unite fondată în 1948, având ca responsabilitate principală problemele internaționale de sănătate și sănătatea publică. Biroul Regional al OMS pentru Europa este unul dintre cele șase Birouri Regionale din întreaga lume, fiecare cu propriul program bazat pe condițiile de sănătate specifice ale țărilor pe care le deservește.

**World Health Organization  
Regional Office for Europe**

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark  
Tel.: +45 45 33 70 00 Fax: +45 45 33 70 01  
Email: [eurocontact@who.int](mailto:eurocontact@who.int)  
Website: [www.who.int/europe](http://www.who.int/europe)

**Statele Membre**

Albania  
Andorra  
Armenia  
Austria  
Azerbaidjan  
Belarus  
Belgia  
Bosnia și Herțegovina  
Bulgaria  
Croația  
Cipru  
Danemarca  
Elveția  
Estonia

Federația Rusă  
Finlanda  
Franța  
Georgia  
Germania  
Grecia  
Irlanda  
Islanda  
Israel  
Italia  
Kazahstan  
Kârgâzstan  
Letonia  
Lituania

Luxemburg  
Macedonia de Nord  
Malta  
Monaco  
Muntenegru  
Norvegia  
Polonia  
Portugalia  
Regatul Unit  
Republica Cehă  
Republica Moldova  
România  
San Marino  
Serbia

Slovația  
Slovenia  
Spania  
Suedia  
Țările de Jos  
Tadjikistan  
Turcia  
Turkmenistan  
Ucraina  
Ungaria  
Uzbekistan