



# ANALIZA DE SITUAȚIE

**Ziua Mondială a Sănătății - 7 Aprilie 2018**

**Acoperirea universală cu servicii de sănătate – Sănătate pentru toți!**

## 1. Definiții. Importanța acoperirii universale cu servicii de sănătate

### 1.1 Definiții

Conform Organizației Mondiale a Sănătății, prin acoperirea universală cu servicii de sănătate - (En. Universal Health Coverage – **UHC**) se înțelege asigurarea accesului tuturor persoanelor la servicii de promovare a sănătății, de prevenire a îmbolnăvirilor, curative, de reabilitare și paliative de o calitate suficientă astfel încât să fie eficiente, menținând în același timp o povară financiară cât mai scăzută în rândul populației în urma accesării acestor servicii <sup>1</sup>.

Această definiție încorporează **trei obiective principale**:

1. **Echitate în accesul la servicii de sănătate** – oricine are nevoie de servicii ar trebui să le poată accesa, nu doar cei care pot plăti;
2. **Calitatea serviciilor de sănătate** trebuie să fie destul de ridicată astfel încât să îmbunătățească sănătatea persoanelor care beneficiază de ele;
3. **Protejarea populației împotriva riscurilor financiare**, prin asigurarea unor servicii de sănătate cu costuri care nu reprezintă o povară sau un prejudiciu financiar <sup>2</sup>.

Acoperirea universală a populației cu servicii de sănătate a fost una dintre prioritățile stabilite de Organizația Națiunilor Unite în anul 2015, atunci când au fost adoptate Obiectivele de Dezvoltare Durabilă (ODD). Astfel, în cadrul ODD numărul 3-Sănătate și bunăstare, se urmărește: asigurarea unei vieți sănătoase și promovarea bunăstării tuturor, la orice vârstă <sup>3</sup>. Una dintre țintele specifice pentru atingerea ODD 3 este Atingerea UHC, inclusiv protecția față de riscul financiar, accesul la servicii esențiale de sănătate de calitate și accesul la medicamente și vaccinuri sigure, eficiente, calitative și la prețuri accesibile pentru toate persoanele <sup>4</sup>. Cei doi indicatori utilizați pentru monitorizarea progresului în atingerea acestei ținte specifice sunt: 3.8.1: Nivelul de acoperire a serviciilor esențiale de sănătate și 3.8.2: Nivelul de protecție financiară în urma utilizării serviciilor de sănătate.

<sup>1</sup> [http://www.who.int/health\\_financing/universal\\_coverage\\_definition/en/](http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/)

<sup>2</sup> <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/en/>

<sup>3</sup> <http://www.euractiv.ro/we-develop/ce-reprezinta-cele-17-obiective-de-dezvoltare-durabila-odd-incluse-pe-agenda-2030-6402>

<sup>4</sup> <http://www.who.int/sdg/targets/en/>

Indicatorul 3.8.1. cuprinde 4 categorii de subindicatori, care conțin la rândul lor 16 indicatori specifici, respectiv:

I. **Sănătatea reproducerii, a mamei, a nou-născutului și copilului** (servicii de planificare familială, 4+ vizite medicale prenatale, imunizare DTP3, adresabilitate servicii medicale în cazul copiilor suspecți de pneumonie);

II. **Boli infecțioase** (tratament HIV, tratament TB eficient, plase tratate cu insecticid pentru prevenirea malariei, accesul la servicii sanitare de bază-apă potabilă curentă și canalizare);

III. **Boli cronice** (prevalența absenței fumatului, tensiunea arterială în valori normale, glicemia a jeun în valori normale);

IV. **Capacitatea și accesibilitatea serviciilor de sănătate** (numărul de paturi de spital/10.000 de locuitori, numărul de medici/1000 locuitori, numărul de medici psihiatri/100.000 locuitori, numărul de chirurghi/100.000 de locuitori, indexul de capacitate IHR%)<sup>5,6</sup>.

Indicatorul 3.8.2 (care cuprinde numărul de persoane asigurate printr-o asigurare socială de sănătate/100 de locuitori) se monitorizează prin intermediul a trei subindicatori, respectiv:

I. Proporția (%) din populație care suportă **mai mult de 10% sau 25%** din totalul veniturilor gospodăriei pentru plata serviciilor de sănătate;

II. Proporția (%) din populație care este împinsă **sub pragul sărăciei** (de 1.90\$ sau 3.10\$ pe zi) ca urmare a cheltuielilor suportate pentru plata serviciilor de sănătate;

III. **Creșterea pragului de sărăcie** ca urmare a cheltuielilor cu plata serviciilor de sănătate<sup>7</sup>. Această prezentare în detaliu a indicatorilor de evaluare a nivelului de UHC va facilita înțelegerea statisticilor de progres în domeniul UHC la nivel internațional, european și național, prezentate în continuare.

Cele trei dimensiuni ale UHC, respectiv disponibilitatea serviciilor de sănătate (eficiente), absența poverii financiare și adresabilitatea în rândul întregii populații au fost reprezentate grafic, pentru o mai bună înțelegere, prin intermediul unui cub al acoperirii (serviciilor de sănătate), Fig.1. Fiecare țară trebuie să încerce să umple cubul, respectiv să extindă procentul din populație care are acces la servicii de sănătate, să extindă gama de servicii de sănătate disponibile și să crească nivelul de finanțare a sistemului de sănătate, scăzând astfel procentul de co-plată sau plată per serviciu care ar trebui să fie suportate de către populație<sup>8</sup>.

<sup>5</sup> <http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp>

<sup>6</sup> [http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/chi\\_2015\\_125\\_ihr\\_core\\_capacity.pdf](http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/chi_2015_125_ihr_core_capacity.pdf)

<sup>7</sup> <http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp>

<sup>8</sup> [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977_eng.pdf?ua=1)

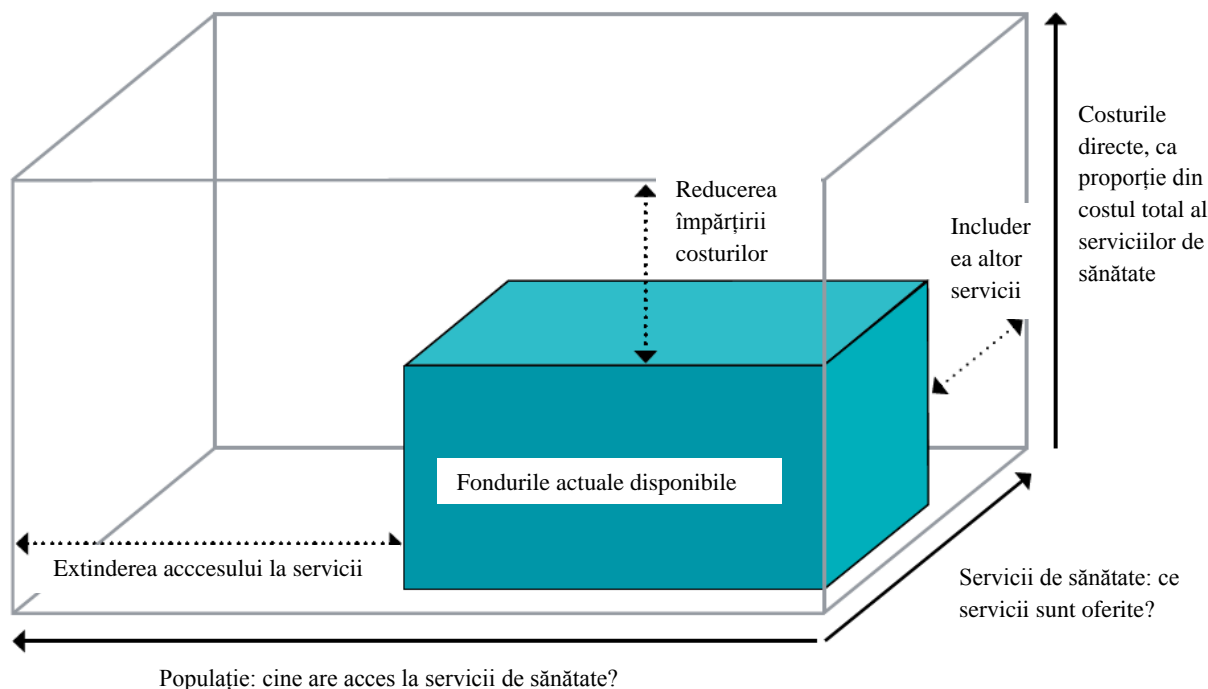


Figura 1. Cele trei dimensiuni ale UHC. Adaptat după *Tracking Universal Health Coverage. First Global Monitoring Report. World Health Organization, 2015.*

## 1.2 Importanța UHC

Accesul la servicii esențiale de sănătate de calitate și la protecție financiară în procesul de accesare a acestor servicii îmbunătățesc sănătatea populației, cresc speranța de viață, protejează țările de apariția unor epidemii, reduc sărăcia și riscul de foamete, creează locuri de muncă, susțin creșterea economică și egalitatea de gen. Țările care investesc în UHC își asigură o dezvoltare sănătoasă a capitalului uman național. Din acest considerent, în ultimele decenii UHC a devenit o strategie cheie pentru atingerea progresului în ceea ce privește indicatorii din sănătate și din alte domenii de dezvoltare<sup>9</sup>.

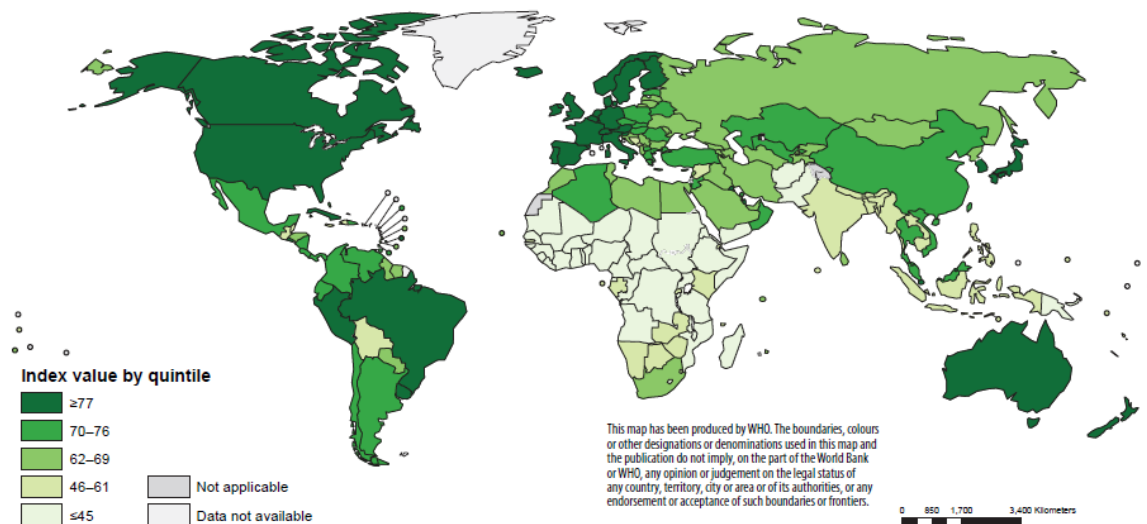
## 2. Date statistice la nivel internațional și european

Progresul în atingerea UHC reprezintă un proces în continuă schimbare, ca răspuns la schimbările demografice, trendurile tehnologice și epidemiologice, dar și expectanțele populației (cu privire la calitatea serviciilor de sănătate). Pentru măsurarea progresului țărilor în atingerea UHC, a fost dezvoltat **un indice de acoperire a serviciilor de sănătate** (En. UHC service coverage index). Acest indice este calculat prin urmărirea evoluției celor 16 indicatori de acoperire cu servicii esențiale de sănătate<sup>10</sup>. După cum se poate observa din Fig. 2, cel mai ridicat indice al acoperirii serviciilor de sănătate este atins în Asia de Est, America

<sup>9</sup> <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2018/campaign-essentials/en/>

<sup>10</sup> [http://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/UHC\\_WHS2016\\_TechnicalNote\\_May2016.pdf](http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/UHC_WHS2016_TechnicalNote_May2016.pdf)

de Nord și Europa (fiecare dintre cele trei zone având un index de 77). Cel mai scăzut indice este identificat în Asia de Sud Est -53 și respectiv Africa Sub-Sahariană - 42.



SDG: Sustainable Development Goal; UHC: universal health coverage.

Figura 2. Indicele de acoperire a serviciilor de sănătate, 2015: conform indicatorului ODD 3.8.1. Preluat din *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report. World Health Organization and the International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank 2017.*

Acest indice se corelează cu rata de mortalitate sub 5 ani, speranța de viață și indicele de dezvoltare umană. Pornind de la valoarea cea mai scăzută, de 22, a indicelui de acoperire a serviciilor de sănătate și ajungând la valoarea maximă observată de 86, se poate observa o diferență de 21 de ani în speranța de viață, după ce au fost excluse din asociere variabilele de confuzie: produsul intern brut per capita și media anilor de educație în rândul populației adulte.

Acoperirea cu servicii esențiale de sănătate la nivel mondial s-a îmbunătățit față de anul de referință 2000. Chiar dacă nu se pot calcula tendințe în indexul de acoperire a serviciilor de sănătate (datorită stabilirii de dată mai recentă a acestui index), se poate totuși aprecia acoperirea medie a unui subset de 9 indicatori (din cei 16) utilizați în calcularea indexului. Astfel, se observă o creștere de 1.3% pe an, ceea ce reprezintă aproximativ 20% din anul 2000 în 2015. Dintre acești 9 indicatori cele mai rapide creșteri s-au înregistrat în acoperirea cu tratament HIV anti-retroviral (de la 2% în 2000 la 53% în 2016) și în utilizarea plaselor tratate cu insecticid pentru prevenirea malariei (de la 1% în 2000 la 54% în 2016)<sup>11</sup>.

A doua componentă esențială în definirea și respectiv monitorizarea UHC este reprezentată de **povara financiară la care sunt supuși indivizii ca urmare a accesării serviciilor de sănătate și care este evaluată prin cei trei subindicatori aferenți indicatorului ODD 3.8.2**, prezentați anterior. Astfel, este estimat faptul că în anul 2010, la nivel mondial, 808 milioane de persoane (aprox. 11.7% din populația lumii) au plătit din propriul buzunar

<sup>11</sup>[http://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2017\\_global\\_monitoring\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017_global_monitoring_report.pdf?ua=1)

(En. Out-of-pocket payments) peste 10% din venitul total al gospodăriei pentru servicii de sănătate (Fig. 3), în timp ce 179 de milioane (aprox. 2.6% din populația lumii) a depășit cu 25% venitul total al gospodăriei pentru a achita servicii de sănătate. Aceste cheltuieli sunt denumite cheltuieli "catastrofale", prin impactul negativ major pe care îl au asupra accesului populației la servicii de sănătate.

În anul 2015, la nivel mondial, a fost înregistrată o incidență de 9.2% a plăților serviciilor de sănătate care depășesc cu 10% venitul total al gospodăriei, incidența plăților care depășesc cu 25% acest prag fiind de 1,8%, așadar, ambele valori în scădere față de anul 2010.

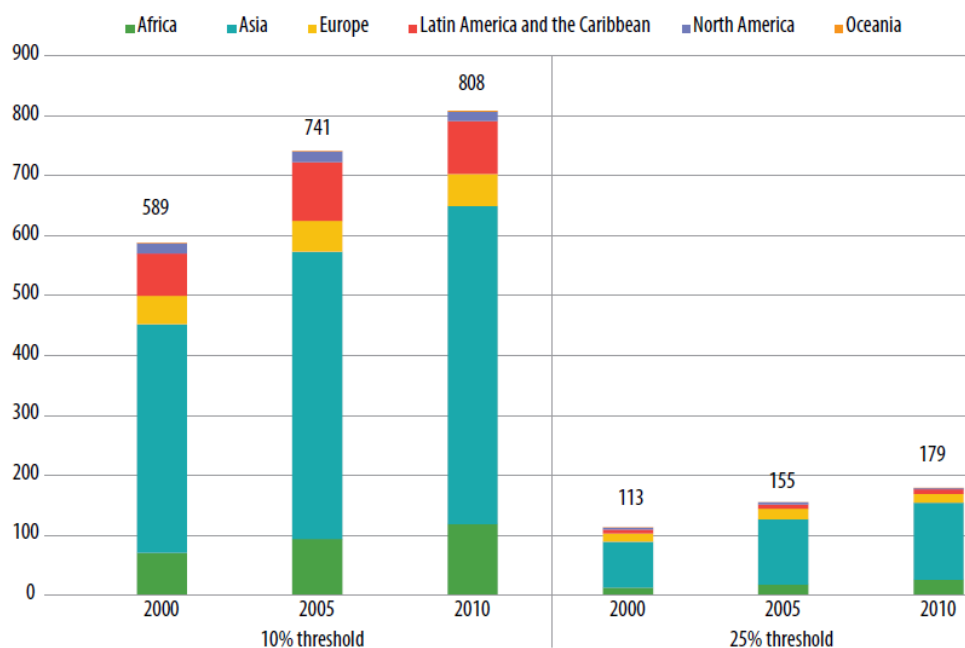


Figura 3. Incidența plăților personale "catastrofale" pentru servicii de sănătate, care depășesc cu 10% și respectiv 25% venitul total al gospodăriei în anul 2010.

Preluat din *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report. World Health Organization and the International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank 2017.*

În ceea ce privește situația UHC la nivel European, conform raportului de monitorizare a UHC, în Regiunea Europeană a Organizației Mondiale a Sănătății, s-a înregistrat în anul 2015 un indice de acoperire a serviciilor de sănătate de 73 (doar al treilea cel mai mare, după cel din Regiunea Americilor – 78 și respectiv Regiunea Pacificului de Vest – 75).

În ceea ce privește povara financiară consecutivă accesării serviciilor de sănătate, la nivelul Regiunii Europene a OMS, în anul 2000, 6.6% (56.9 mil) din populație cheltuia cu 10% mai mult față de venitul total al gospodăriei și 1% (8.4 mil) cu 25% mai mult. În anul 2010, aceste incidențe erau de 7% (62.2 mil) și respectiv 1% (8.9 mil) <sup>11</sup>.

### 3. Date statistice la nivel național: dinamica ultimilor 10 ani

În România, conform Raportului OMS de monitorizarea progresului în ceea ce privește UHC, indicele de acoperire a serviciilor de sănătate era de 72 în anul 2015 (față de 73, media în regiunea europeană a OMS), în timp ce incidența plăților "catastrofale" pentru servicii de sănătate era de 12% pentru cheltuieli mai mari de 10% din venitul total al familiei și de 2.3% pentru cheltuieli mai mari de 25% din venitul total al familiei. În Fig. 4 se pot observa nivelurile atinse de România pentru indicatorii specifici care fac parte din **subindicatorul numărul I, Sănătatea reproducerii, a mamei, a nou-născutului și copilului**, respectiv: nivelul de acoperire al serviciilor de planificare familială, numărul de 4+ vizite medicale prenatale, nivelul de imunizare DTP3 și adresabilitatea serviciilor medicale în cazul copiilor suspecțai de pneumonie. De asemenea, se poate identifica poziția României în raport cu țările vecine sau din regiune și se poate observa trendul în ceea ce privește fiecare indicator, în perioada 2000-2015 (obținut din analiza unor date primare sau secundare).

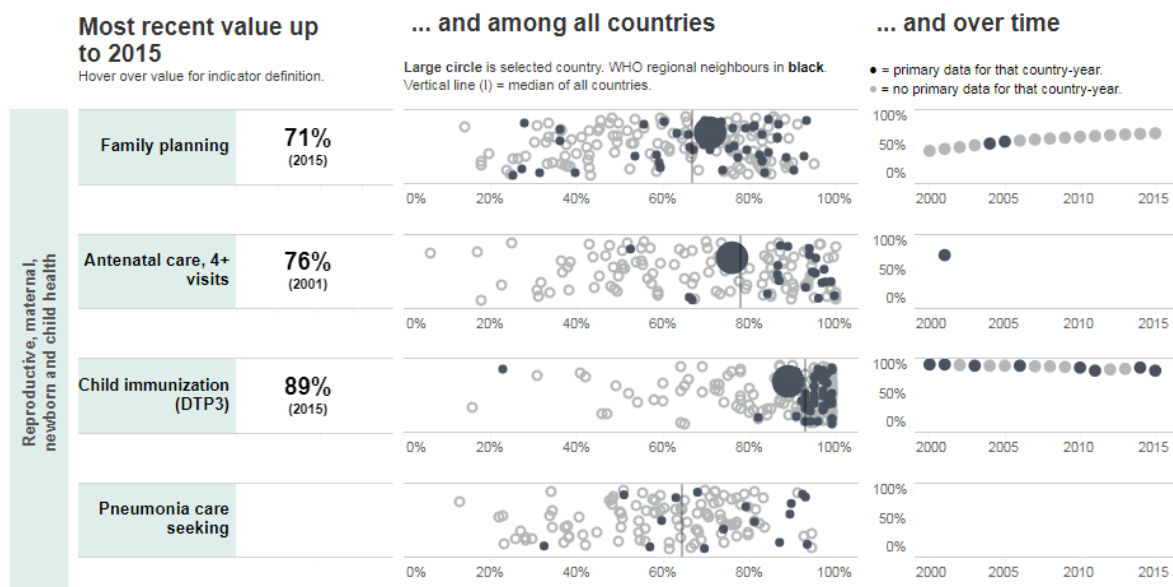


Figura 4. Nivelurile și evoluția indicatorilor specifici aferenți subindicatorului Sănătatea reproducerii, a mamei, a nou-născutului și copilului, componentă a evaluării progresului către atingerea UHC în România.

Preluat de pe site-ul OMS – Universal Health Coverage Data Portal - <http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc-service-coverage.jsp>

După cum se poate observa în Fig. 4, în România s-a înregistrat o evoluție ascendentă în ceea ce privește acoperirea serviciilor de planificare familială și o evoluție staționară și ușor descendentă a acoperirii vaccinale DTP3. În ceea ce privește numărul vizitelor medicale prenatale și adresabilitatea serviciilor medicale în cazul copiilor suspecțai de pneumonie se poate nota absența datelor în evoluție.

În ceea ce privește **subindicatorul numărul II, Boli infecțioase**, se pot observa (Fig. 5) evoluții ascendente atât pentru acoperirea populațională cu tratament HIV, cât și cu tratament

anti-TB eficient, în timp ce accesul la servicii sanitare de bază-apă potabilă curentă și canalizare înregistrează o evoluție staționară în intervalul 2005-2015.

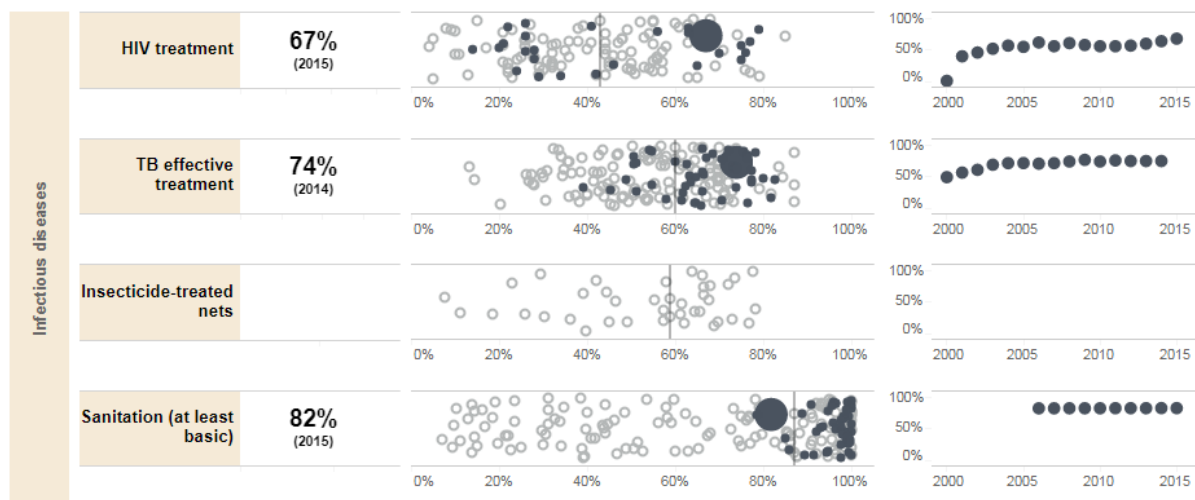


Figura 5. Nivelurile și evoluția indicatorilor specifici aferenți subindicatorului Boli infecțioase, componentă a evaluării progresului către atingerea UHC în România.

Preluat de pe site-ul OMS – Universal Health Coverage Data Portal - <http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc-service-coverage.jsp>

Pentru **subindicatorul III, Boli cronice** (Fig. 6), se pot nota evoluții relativ staționare (dar și absența datelor primare) în ceea ce privește nivelurile tensiunii arteriale în valori normale și a glicemiei a jeun în valori normale în rândul populației, precum și o valoare de 87% în ceea ce privește prevalența standardizată în funcție de vârstă a adulților > 15 ani care nu fumează.

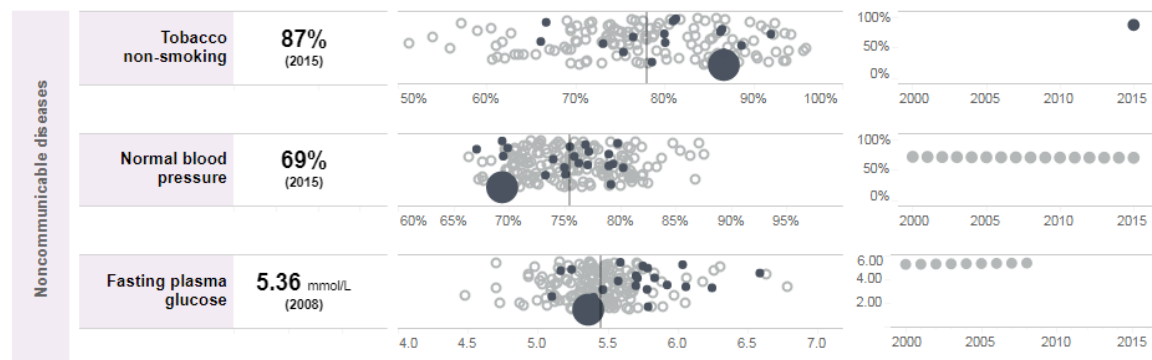


Figura 6. Nivelurile și evoluția indicatorilor specifici aferenți subindicatorului Boli cronice, componentă a evaluării progresului către atingerea UHC în România.

Preluat de pe site-ul OMS – Universal Health Coverage Data Portal - <http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc-service-coverage.jsp>

Pentru **subindicatorul IV, Capacitatea și accesibilitatea serviciilor de sănătate**, se pot observa (Figura 7), în perioada 2000-2015, o evoluție ascendentă a numărului de paturi de spital/10.000 de locuitori și a numărul de medici/1000 locuitori, în timp ce pentru numărul de medici psihiatri/100.000 locuitori și numărul de chirurgi/100.000 de locuitori sunt foarte puține date disponibile. Nu în ultimul rând, indexul de capacitate IHR, care denotă gradul de siguranță la nivelul sistemului de sănătate, prezintă o evoluție sinusoidală.

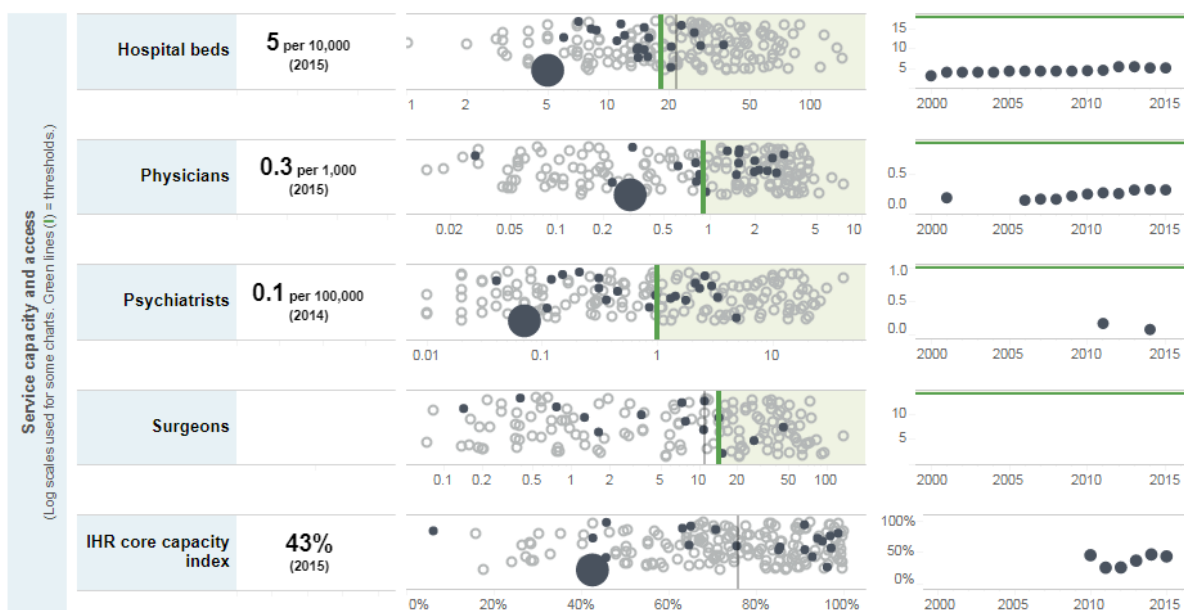


Figura 7. Nivelurile și evoluția indicatorilor specifici aferenți subindicatorului Capacitatea și accesibilitatea serviciilor de sănătate, componentă a evaluării progresului către atingerea UHC în România.

Preluat de pe site-ul OMS – Universal Health Coverage Data Portal - <http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc-service-coverage.jsp>

În ceea ce privește nivelul poverii financiare în rândul populației în urma accesării serviciilor de sănătate, în România (Fig. 8), proporția (%) din populație care suportă cheltuieli ”catastrofale”, respectiv mai mult de 10% sau 25% din totalul veniturilor gospodăriei pentru plata serviciilor de sănătate a prezentat un trend ușor (dar constant) ascendent în perioada 2000-2012.

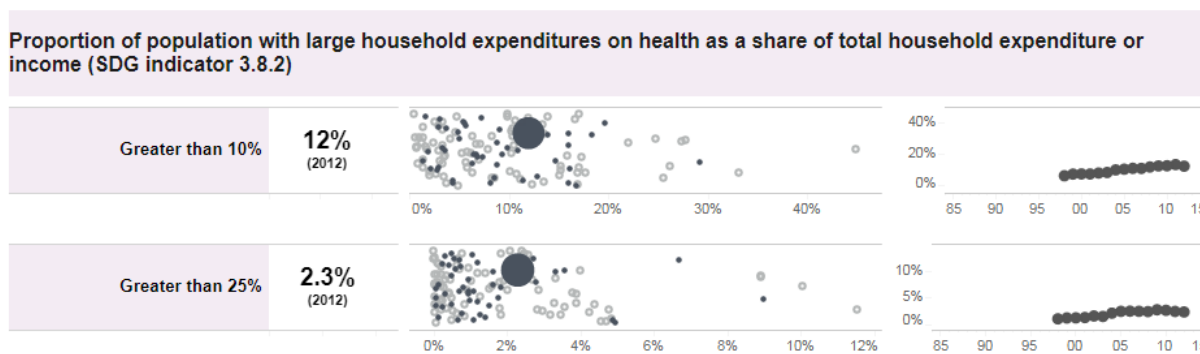


Figura 8. Nivelurile și evoluția indicatorilor specifici aferenți subindicatorului Proportia (%) din populație care suportă mai mult de 10% sau 25% din totalul veniturilor gospodăriei pentru plata serviciilor de sănătate, componentă a evaluării progresului către atingerea UHC în România.

Preluat de pe site-ul OMS – Universal Health Coverage Data Portal - <http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc-service-coverage.jsp>



#### 4. Evidențe utile pentru intervenții: ghiduri, recomandări

Toate țările pot lua măsuri pentru a atinge UHC sau pentru a menține progresul pe care l-au făcut deja. Atingerea UHC necesită consolidarea sistemelor de sănătate. Structurile robuste de finanțare sunt esențiale. Atunci când oamenii trebuie să plătească cea mai mare parte a costurilor pentru serviciile de sănătate din buzunarele lor, persoanele cu status economic scăzut sunt adesea incapabile să acceseze serviciile medicale de care au nevoie și chiar și cei cu un status socio-economic ridicat pot fi expuși unor dificultăți financiare în cazul unor boli grave sau de lungă durată. Colectarea fondurilor provenind din surse de finanțare obligatorii (cum ar fi contribuțiile de asigurări sociale) poate elimina riscurile financiare asociate tratamentului bolilor și în general serviciilor de sănătate în rândul populațiilor.

Îmbunătățirea nivelului de acoperire a serviciilor de sănătate și a rezultatelor în materie de sănătate depind de disponibilitatea, accesibilitatea și capacitatea lucrătorilor din domeniul sănătății de a furniza o asistență integrată, centrată pe calitate. Investițiile în forța de muncă din domeniul sănătății sunt cele mai necesare și rentabile măsuri ce pot fi adoptate pentru îmbunătățirea echității în ceea ce privește accesul la serviciile esențiale de sănătate. Buna guvernare, sisteme sănătoase de achiziții și furnizare de medicamente și tehnologii de sănătate și sisteme de informare în materie de sănătate care funcționează bine sunt alte elemente esențiale pentru atingerea UHC.

UHC subliniază nu numai ce servicii sunt acoperite, ci și modul în care sunt finanțate, gestionate și livrate. Este necesară o schimbare fundamentală în furnizarea serviciilor, astfel încât serviciile să fie integrate și să se concentreze asupra nevoilor oamenilor și comunităților. Aceasta include reorientarea serviciilor de sănătate către asigurarea unei asistențe medicale în cel mai adecvat cadru, cu echilibrul adecvat între asistența externă și cea internă și consolidarea coordonării asistenței medicale. Serviciile de sănătate, inclusiv serviciile de medicină tradițională și complementară, organizate în jurul nevoilor și așteptărilor globale ale oamenilor și comunităților pot sprijini aceste categorii în asumarea unui rol mai activ în ceea ce privește propria sănătate dar și sistemul de sănătate care îi deservește<sup>2</sup>.

Pentru stabilirea gradului de progres al unei țări în atingerea UHC, este foarte importantă monitorizarea indicatorilor pe baza cărora se calculează acest progres. Recomandările OMS în ceea ce privește asigurarea unei bune monitorizări a progresului în atingerea UHC includ: asigurarea existenței și a funcționalității unui sistem anual de evaluare a performanței sistemului de sănătate; includerea monitorizării UHC în cadrul sistemului național de monitorizare și evaluare; selectarea unui set de indicatori de evaluare a acoperirii serviciilor de sănătate și a protecției financiare, cu indicatori dedicați serviciilor de promovare, prevenție și tratament; asigurarea acordării unei atenții deosebite asupra calității intervențiilor; stabilirea unor ținte pentru indicatorii de acoperire a intervențiilor, bazate pe evoluția anterioară, noile investiții, țintele internaționale; considerarea unei monitorizări suplimentare a utilizării generale a serviciilor de sănătate prin evaluarea accesului la servicii pe baza categoriilor de venituri; desfășurarea unor evaluări periodice a progresului (în implementarea intervențiilor de atingere a UHC) cu punerea accentului asupra progresului atins în rândul celor mai dezavantajate categorii populaționale; investirea în surse de date specifice, complete și disponibile în timp util asupra infrastructurii din sistemul de sănătate, dar și într-o examinare

periodică a sănătății populației, în cadrul căreia se colectează informații cu privire la aspectele prioritare de sănătate în rândul populației <sup>12</sup>.

## 5. Politici, strategii, planuri de acțiune

În 12 decembrie 2012, în cadrul celei de-a 53 a Adunări Generale a Națiunilor Unite (ONU), a fost adoptată de către 193 de țări rezoluția privind acoperirea universală de sănătate (Universal Health Coverage – UHC) <sup>13</sup>. Prin semnarea acesteia, statele membre ale ONU și-au asumat răspunderea de a accelera eforturile în procesul de atingere a UHC, de a asigura accesul tuturor persoanelor la servicii de sănătate de care au nevoie fără a fi expuse la o povară financiară sau la cheltuieli ”catastrofale” pentru plata acestor servicii <sup>14</sup>.

În 25 septembrie 2015, a fost făcut un alt pas important pentru promovarea UHC, prin intermediul includerii conceptului de UHC ca indicator de evaluare a atingerii unia dintre cele 17 Obiective de Dezvoltare Durabilă, respectiv a obiectivului numărul 3: Sănătate și Bunăstare <sup>15</sup>.

Consecutiv adoptării acestor documente strategice la nivel politic, au fost dezvoltate o serie de recomandări adresate diverselor regiuni ale Organizației Mondiale a Sănătății, cuprinzând evaluării ale stadiului de atingere a UHC și propuneri specifice pentru continuarea progresului în realizarea acestui deziderat. Prin acestea, amintim: ”UHC in Africa – A Framework for Action” <sup>16</sup>, ”Strategy of Universal Access to Health and Universal Health Coverage – Toward consensus in the Region of the Americas” <sup>17</sup> sau ”Regional Strategy for Universal Health Coverage” in the South-East Asia region <sup>18</sup>.

De asemenea a fost publicat un ghid UHC pentru decidenți, în care sunt prezentate cele mai recente date din literatura de specialitate cu privire la: modalitățile de atingere a UHC prin alegerea unor servicii de sănătate adaptate la nevoile și posibilitățile populației, precum și modalitățile de finanțare și de implementare ale UHC <sup>19</sup>.

Exprimarea angajamentului României în procesul de atingere a UHC a fost realizată prin intermediul unei declarații realizate în data de 5 mai 2014 în cadrul întâlnirii realizate în cadrul ONU. În cadrul acestei declarații este inclus, în cadrul Ariei de interes numărul 3 – Sănătate și dinamica populațională, obiectivul de ”atingere a UHC, inclusiv protecția față de riscul financiar, cu o atenție sporită acordată grupurilor marginalizate” <sup>20</sup>.

<sup>12</sup> <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001728>

<sup>13</sup> [http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/67/81](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/81)

<sup>14</sup> <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/news/news/2016/12/universal-health-coverage-day-building-efficient-health-systems-that-provide-access-to-quality-care-without-financial-hardship>

<sup>15</sup> <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>

<sup>16</sup> <http://documents.worldbank.org/curated/en/735071472096342073/pdf/108008-v1-REVISED-PUBLIC-Main-report-TICAD-UHC-Framework-FINAL.pdf>

<sup>17</sup> [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&Itemid=270&gid=27440&lang=fr](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=27440&lang=fr)

<sup>18</sup> [http://www.searo.who.int/entity/health\\_situation\\_trends/sear\\_strategy\\_for\\_uhc1.pdf?ua=1](http://www.searo.who.int/entity/health_situation_trends/sear_strategy_for_uhc1.pdf?ua=1)

<sup>19</sup> <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/public/Universal-health-coverage.pdf>

<sup>20</sup> <https://sustainabledevelopment.un.org/index.php?page=view&type=255&nr=9034&menu=35#>



Pe parcursul documentării efectuate ca parte a realizării acestei analize de situație nu au putut fi identificate strategii sau politici naționale pentru atingerea UHC consecutive acestei declarații.

## 6. Concluzii

Ziua Mondială a Sănătății 2018 are ca temă acoperirea universală de sănătate (universal health coverage – UHC).

Importanța abordării acestei teme în cadrul ZMS este legată de necesitatea creșterii gradului de contientizare și promovarea în rândul factorilor de decizie dar și a populației a importanței accesului la servicii medicale de calitate și limitarea poverii financiare consecutive accesării acestora.

De asemenea, se recomandă creșterea nivelului de cunoaștere asupra progresului în atingerea UHC, prin procese de monitorizare și evaluare care să ofere date utile pentru planificarea strategică în sănătate cu scopul final de alocare eficientă a resurselor și realizarea dezideratului #sănătatepentrutoti (#Healthforall).