Accelerarea implementării Strategiei Naționale pentru combaterea bolilor cardiovasculare și cerebrovasculare 2025-2030 în contextul EU Safe Hearts Plan

Document de poziție privind prioritățile de implementare

ROMANIA AMCHAM
AMERICAN CHAMBER OF COMMERCE IN ROMANIA

Cuprins

1. **Sumar executiv** 3
2. **De ce este necesară accelerarea implementării** 4
   - 2.1 Povara bolilor cardiovasculare (BCV) 4
   - 2.2 România dispune deja de o bază strategică, iar contextul european creează o oportunitate pentru accelerarea implementării 5
3. **Principalele direcții de acțiune pentru implementare** 6
   - 3.1 Accelerarea implementării și monitorizării Strategiei 6
   - 3.2 Valorificarea și optimizarea mecanismelor existente 6
   - 3.3 Consolidarea evaluării și managementului riscului cardiovascular 7
   - 3.4 Asigurarea continuității îngrijirii 7
   - 3.7 Date, finanțare și accesul la inovație 10
4. **Implementarea Strategiei este o alegere de eficiență, nu doar o obligație de politică publică** 11
5. **Concluzii** 12
   - A. Evaluarea standardizată a riscului cardiovascular (health checks) 13
   - B. Elemente orientative pentru monitorizarea și managementul pacienților 14
   - C. Elemente orientative pentru prevenția secundară și reabilitare 14
   - D. Elemente orientative privind vaccinarea în prevenția cardiovasculară 14
   - E. Indicatori orientativi pentru monitorizarea implementării Strategiei 15

1. Sumar executiv

România se află într-un moment favorabil pentru accelerarea implementării politicilor de sănătate cardiovasculară. Adoptarea Strategiei Naționale pentru combaterea bolilor cardiovasculare și cerebrovasculare 2025–2030 prin HG nr. 582/2025 oferă cadrul strategic necesar pentru acțiune, iar evoluțiile recente de la nivel european, inclusiv EU Safe Hearts Plan, rezoluția Parlamentului European privind o strategie europeană pentru bolile cardiovasculare și propunerea de Recomandare a Consiliului privind evaluările de sănătate cardiovasculară, creează o oportunitate fără precedent pentru consolidarea prevenției, identificării timpurii a riscului și continuității îngrijirii.

În acest context, provocarea principală nu mai este definirea unor noi direcții strategice, ci transformarea obiectivelor deja asumate în măsuri concrete, finanțate și monitorizabile. Acest proces presupune prioritizarea intervențiilor cu impact ridicat, valorificarea mecanismelor deja existente, clarificarea responsabilităților instituționale și dezvoltarea unor instrumente care să permită monitorizarea progresului și evaluarea rezultatelor. Totodată, dezvoltarea unor intervenții suplimentare trebuie fundamentată pe evaluarea mecanismelor existente și pe analize tehnice și financiare care să susțină utilizarea eficientă a resurselor disponibile.

Documentul prezintă o analiză a situației actuale, bazată pe date epidemiologice, economice și de sistem relevante pentru contextul național și european, și formulează un set de recomandări prioritare adresate factorilor de decizie. Recomandările vizează parcursul pacientului cu risc cardiovascular sau cu boală cardiovasculară diagnosticată, de la prevenție și identificarea timpurie a riscului până la tratament, monitorizare continuă, prevenție secundară și reabilitare.

Documentul nu urmărește redefinirea obiectivelor Strategiei și nici modificarea cadrului normativ existent. Scopul său este de a contribui la accelerarea implementării Strategiei Naționale prin identificarea principalelor blocaje organizaționale, financiare și informaționale și prin propunerea unor măsuri care să faciliteze transformarea obiectivelor asumate în rezultate concrete pentru pacienți și pentru sistemul de sănătate.

Priorități pentru implementare:

Direcțiile de acțiune detaliate sunt prezentate în Capitolul 3 și sunt grupate în jurul următoarelor priorități:

1. **Accelerarea implementării și monitorizării Strategiei:** operaționalizarea Strategiei și a Planului de Acțiune prin responsabilități instituționale clare, indicatori de implementare și rezultat, mecanisme de coordonare și monitorizare și raportare periodică.
2. **Valorificarea și optimizarea mecanismelor existente:** evaluarea și optimizarea mecanismelor deja disponibile în Contractul-cadru, inclusiv consultațiile preventive, riscograma și instrumentele de evaluare a factorilor de risc cardiovascular, ca bază pentru dezvoltarea ulterioară a intervențiilor.

3. Consolidarea evaluării și managementului riscului cardiovascular: dezvoltarea unui model structurat de evaluare și stratificare a riscului cardiovascular, integrat în medicina de familie și medicina muncii și conectat cu ambulatoriul și spitalul, utilizând o abordare cardio-reno-metabolică și recomandările societăților profesionale.

4. Continuitatea îngrijirii și managementul pe termen lung: standardizarea traseelor pacientului, consolidarea monitorizării factorilor de risc și aplicarea principiului treat-to-target, împreună cu dezvoltarea prevenirii secundare și a reabilitării cardiovasculare.

5. Vaccinarea ca element al prevenției cardiovasculare: integrarea vaccinării în traseele de îngrijire ale pacienților eligibili și promovarea vaccinării ca măsură complementară de prevenire a complicațiilor cardiovasculare asociate infecțiilor.

6. Participarea la prevenție și alfabetizarea în sănătate: creșterea participării la evaluarea riscului cardiovascular și la serviciile preventive, inclusiv prin intervenții de educație pentru sănătate și măsuri dedicate grupurilor vulnerabile și comunităților insuficient deservite.

7. Date, finanțare și acces la inovație: dezvoltarea registrelor și a mecanismelor de monitorizare a rezultatelor, finanțarea etapelor-cheie ale traseului cardiovascular și îmbunătățirea accesului la investigații, tehnologii și medicamente inovatoare relevante pentru managementul bolilor cardiovasculare.

2. De ce este necesară accelerarea implementării

2.1 Povara bolilor cardiovasculare (BCV)

BCV rămân principala cauză de mortalitate și dizabilitate în Uniunea Europeană, fiind responsabile pentru aproximativ 1,7 milioane de decese anual. [1] Acestea afectează peste 60 de milioane de persoane și generează costuri estimate la peste 282 miliarde EUR pe an, echivalentul a aproximativ 2% din PIB-ul UE. [2] În 2025, aproximativ 1 din 3 decese din Uniunea Europeană au fost atribuite BCV, ceea ce corespunde la aproximativ 4.600 de decese în fiecare zi. [3] Impactul acestor patologii se reflectă nu doar în mortalitate și dizabilitate, ci și în costuri evitabile semnificative pentru sistemul de sănătate, generate de evenimente acute și complicații care pot fi prevenite. Fiecare eveniment cardiovascular major este asociat, în medie, cu aproximativ 59 de zile de muncă pierdute pentru pacient, la care se pot adăuga pierderi suplimentare pentru aparținători.[4]

În România, povara BCV este și mai pronunțată decât media europeană. Aproximativ 55% din totalul deceselor sunt cauzate de BCV [5], reprezentând principala cauză de mortalitate, iar impactul economic total este estimat la aproximativ 6,42 miliarde EUR anual.[6] România se numără printre statele membre cu cea mai mare mortalitate evitabilă și tratabilă din Uniunea Europeană, iar bolile cardiovasculare continuă să fie principala cauză de deces și una dintre principalele cauze de dizabilitate.

Controlul insuficient al factorilor de risc cardiovascular contribuie semnificativ la această povară. Aproximativ 1 din 3 adulți din România este hipertensiv, iar 3 din 4 pacienți tratați rămân necontrolați, cu

---

[1] European Society of Cardiology. EU-27 Cardiovascular Realities 2025; Luengo-Fernandez R, Walli-Attaei M, Gray A, et al. Economic burden of cardiovascular diseases in the European Union: a population-based cost study. European Heart Journal. 2023;44(45):4752–4767. doi:10.1093/eurheartj/ehad583.

[2] Council of the European Union. Conclusions on the improvement of cardiovascular health in the European Union. Brussels; 2024.

[3] European Society of Cardiology, EU-27 Cardiovascular Realities. 2026.Available from: https://www.flipsnack.com/escardio/eu-27-cardiovascular-realities-2025/full-view.html.

[4] Kotseva K, Gerlier L, Sidelnikov E, et al. Patient and caregiver productivity loss and indirect costs associated with cardiovascular events in Europe. European Journal of Preventive Cardiology. 2019;26(11):1150–1157.

[5] OECD. Romania: Country Health Profile 2025

[6] European Society of Cardiology. EU-27 Cardiovascular Realities 2025; Luengo-Fernandez R, Walli-Attaei M, Gray A, et al. Economic burden of cardiovascular diseases in the European Union: a population-based cost study. European Heart Journal. 2023;44(45):4752–4767. doi:10.1093/eurheartj/ehad583.

77,5% dintre pacienți prezentând inerție terapeutică în ciuda îngrijirii conforme cu ghidurile clinice (SEPHAR IV, 2024).[7] Hipertensiunea necontrolată crește riscul de accident vascular cerebral de 2,2 ori, iar România se numără printre țările cu cea mai ridicată rată de mortalitate la 30 de zile după AVC ischemic din comparațiile OECD. [8] În același timp, dislipidemiile sunt larg răspândite, peste jumătate dintre adulți prezentând valori crescute ale LDL-colesterolului, principalul factor cauzal al bolii cardiovasculare aterosclerotice.[9] ,[10]

Datele disponibile arată că eliminarea principalilor factori de risc cardiovascular comportamentali și metabolici ar putea reduce decesele prin BCV cu peste 80% până în 2050.[11] De exemplu, intervențiile existente pentru controlul colesterolului pot reduce incidența infarctului miocardic cu aproximativ 30% și a accidentului vascular cerebral cu până la 60%. [12] Mai mult, la nivel european, peste 1 milion de evenimente cardiovasculare fatale ar putea fi evitate în următorii 10 ani dacă aproximativ 70% dintre pacienții cu BCV ar avea factorii de risc controlați conform ghidurilor.[13]

2.2 România dispune deja de o bază strategică, iar contextul european creează o oportunitate pentru accelerarea implementării

În ultimii ani, sănătatea cardiovasculară a devenit o prioritate tot mai vizibilă la nivel european. După adoptarea **concluziilor Consiliului UE privind îmbunătățirea sănătății cardiovasculare[14]** în 2024, Comisia Europeană a lansat în decembrie 2025 ***EU Safe Hearts Plan***[15], primul cadru european dedicat sănătății cardiovasculare. În septembrie 2026, Parlamentul European a adoptat **rezoluția privind o strategie europeană pentru bolile cardiovasculare[16]**, iar Comisia Europeană a publicat **propunerea de Recomandare a Consiliului privind evaluările de sănătate cardiovasculară** (cardiovascular health checks)[17], consolidând astfel cadrul european de acțiune în domeniul cardiovascular. Aceste inițiative promovează prevenția, depistarea precoce, tratamentul, reabilitarea, utilizarea datelor și reducerea inegalităților și încurajează dezvoltarea unor abordări standardizate pentru identificarea timpurie a persoanelor la risc și integrarea acestora în trasee de monitorizare și îngrijire.

În paralel, România a adoptat deja Strategia Națională pentru combaterea bolilor cardiovasculare și cerebrovasculare 2025-2030, iar în septembrie 2026 Camera Deputaților și-a exprimat sprijinul pentru obiectivele și direcțiile promovate prin EU Safe Hearts Plan, inclusiv în domeniul prevenției, depistării precoce, medicinei de familie, evaluării riscului cardiovascular, interoperabilității datelor și reducerii inegalităților de acces.[18]

---

[7] Vintilă AM, Dolofan BM, Trambitas N, Vittos O. Real-world data regarding blood pressure control rates in hypertensive obese patients: a prospective, observational multicentric study performed in Romania. European Journal of Preventive Cardiology. https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwae175.173

[8] OECD (2025). OECD Health Statistics 2025. OECD Publishing, Paris.

[9] "Ancheta europeană de evaluare a stării de sănătate prin examinare. Raport final România.," 2024. [Online]. Available: https://insp.gov.ro/wp-content/uploads/2026/06/1.-Raport-EHES-adulti.pdf.

[10] K. K. Ray, B. A. Ference and T. Severin, "World Heart Federation. Cholesterol Roadmap 2022.," Global Heart, vol. 17, no. 1, p. 75, 2022.

[11] Zaman S, Wasfy J, Kapil V, et al. 2025. The Lancet Commission on rethinking coronary artery disease: moving from ischaemia to atheroma. The Lancet 205: 1264-31

[12] van Halewijn G, Deckers J, Tay HY, et al. Lessons from contemporary trials of cardiovascular prevention and rehabilitation: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Cardiology. 2017;232:294–303.

[13] Jennifer Gill, Aurelio Miracolo, Konstantina Politopoulou, Sahan Jayawardana, Alex Carter, Efstratios Apostolou and Panos Kanavos 2024. 'How can we Improve Secondary Prevention of Cardiovascular Disease?' London School of Economics and Political Science. DOI https://doi.org/10.21953/lse.f81e9y7znju1

[14] Council of the European Union. 2024. Conclusions on the improvement of cardiovascular health in the European Union.

[15] European Commission. 2025. EU Cardiovascular Health Plan: The Safe Hearts Plan.

[16] European Parliament. 2026. An EU cardiovascular diseases strategy

[17] Proposal for a COUNCIL RECOMMENDATION on cardiovascular health checks: an EU approach to early detection and screening

[18] Hotărârea Camerei Deputaților nr. 63/23.09.2026. Hotărâre privind adoptarea opiniei referitoare la Comunicarea Comisiei către Parlamentul European, Consiliu, Comitetul Economic și Social European și Comitetul Regiunilor privind un plan al UE pentru sănătatea cardiovasculară: Planul pentru sănătatea inimii

Din această perspectivă, România dispune deja atât de o bază strategică națională, cât și de un context european favorabil. Tema centrală nu mai este definirea unei noi direcții strategice, ci transformarea obiectivelor deja asumate în măsuri concrete, finanțate și monitorizabile.

Contractul-cadru include deja mecanisme relevante pentru prevenția cardiovasculară și evaluarea factorilor de risc, inclusiv consultații preventive, riscogramă și monitorizarea unor parametri esențiali precum tensiunea arterială, profilul lipidic, statusul glicemic și funcția renală. Cu toate acestea, aceste instrumente nu sunt încă utilizate la întregul lor potențial și nu funcționează într-un model integrat și standardizat de identificare, monitorizare și management al riscului cardiovascular. **În consecință, accelerarea implementării Strategiei presupune atât valorificarea și optimizarea mecanismelor existente, cât și dezvoltarea graduală a unor abordări standardizate care să sprijine identificarea timpurie a persoanelor la risc, continuitatea îngrijirii și monitorizarea rezultatelor.** *Exemple de elemente tehnice orientative relevante pentru aceste abordări sunt prezentate în Anexa 1.*

3. Principalele direcții de acțiune pentru implementare

În Uniunea Europeană persistă decalaje importante în evaluarea și monitorizarea factorilor de risc cardiovascular. Datele OECD arată că persistă decalaje importante de screening la nivel european: în grupa de vârstă 45–54 de ani, aproximativ 1 din 10 adulți nu și-au verificat glicemia sau colesterolul în ultimii 5 ani, iar aproape 3 din 10 adulți nu și-au măsurat tensiunea arterială în ultimul an.[19] În contextul României, unde mortalitatea cardiovasculară este semnificativ mai mare decât media europeană, lipsa unei identificări sistematice a persoanelor la risc și a unor mecanisme standardizate de evaluare timpurie poate întârzia intervenția și poate contribui la menținerea unui nivel ridicat de evenimente cardiovasculare evitabile.

În prezent, organizarea serviciilor este orientată predominant către gestionarea episodului acut, în timp ce prevenția, identificarea timpurie a riscului, monitorizarea pe termen lung și continuitatea îngrijirii nu sunt suficient integrate. Pentru a accelera implementarea Strategiei, este necesară abordarea unor provocări de organizare, finanțare, monitorizare și acces, prezentate în continuare.

3.1 Accelerarea implementării și monitorizării Strategiei

Provocare: Deși Strategia Națională și Planul de Acțiune au stabilit obiectivele și măsurile necesare, rămân necesare mecanisme clare de prioritizare, coordonare interinstituțională, alocare a resurselor și monitorizare periodică pentru a asigura implementarea consecventă și măsurabilă a intervențiilor asumate.

Direcții de acțiune:

- **Operaționalizarea implementării Strategiei și a Planului de Acțiune**, prin responsabilități instituționale clare, termene, indicatori de implementare și rezultat, aliniați, acolo unde este relevant, la direcțiile și obiectivele promovate prin EU Safe Hearts Plan.

[19] OECD. The State of Cardiovascular Health in the European Union. Paris: OECD Publishing; 2025.

- **Elaborarea unui plan operațional și a unei foi de parcurs pentru primele 6-12 luni**, cu măsuri prioritare, instrumente de implementare, responsabili și mecanisme de monitorizare, corelate cu instrumentele existente, inclusiv Contractul-cadru.
- **Instituirea unui mecanism de coordonare și monitorizare a implementării**, care să includă raportare periodică, informarea comisiilor parlamentare de specialitate și dialog între autorități, profesioniști, organizații de pacienți și alți actori relevanți. *Exemple de indicatori orientativi sunt prezentate în Anexa 1.*

Impact: Asigură implementarea consecventă a Strategiei, facilitează monitorizarea progresului și a rezultatelor și contribuie la menținerea sănătății cardiovasculare ca prioritate de politică publică.

3.2 Valorificarea și optimizarea mecanismelor existente

Provocare: Contractul-cadru include deja o serie de servicii și mecanisme relevante pentru prevenția cardiovasculară, evaluarea factorilor de risc și monitorizarea pacienților. Cu toate acestea, gradul de utilizare a acestor instrumente și contribuția lor la identificarea și managementul persoanelor cu risc cardiovascular nu sunt evaluate sistematic. În lipsa unei astfel de analize, există riscul dezvoltării unor mecanisme noi fără o înțelegere suficientă a modului în care cadrul existent răspunde deja nevoilor identificate.

Direcții de acțiune

- **Evaluarea, împreună cu CNAS, a gradului de utilizare și a performanței mecanismelor existente din Contractul-cadru**, inclusiv consultațiile preventive, riscograma și pachetele de evaluare a factorilor de risc cardiovascular, precum și identificarea blocajelor administrative, operaționale și organizaționale care limitează utilizarea acestora la capacitate maximă.
- **Implementarea măsurilor necesare pentru optimizarea mecanismelor existente** și utilizarea rezultatelor acestei evaluări pentru fundamentarea etapelor ulterioare de dezvoltare a evaluării și managementului riscului cardiovascular.

Impact: Permite utilizarea mai eficientă a instrumentelor deja disponibile în sistem și facilitează identificarea unor soluții cu impact rapid asupra prevenției și managementului riscului cardiovascular. Totodată, contribuie la fundamentarea deciziilor viitoare privind dezvoltarea unor mecanisme suplimentare pe baza nevoilor reale ale sistemului și a dovezilor disponibile.

3.3 Consolidarea evaluării și managementului riscului cardiovascular

Provocare: Evaluarea riscului cardiovascular nu este organizată în prezent ca un serviciu standardizat, cu populație țintă clar definită, protocoale unitare și trasee bine definite de continuare a investigațiilor și managementului. Identificarea persoanelor la risc rămâne predominant oportunistică, ceea ce poate întârzia intervenția și controlul factorilor de risc cardiovascular.

Direcții de acțiune:

- **Valorificarea mecanismelor existente și dezvoltarea unui model structurat de evaluare și stratificare a riscului cardiovascular**, integrat în medicina de familie și medicina muncii și conectat

cu ambulatoriul și spitalul, pe baza evaluării mecanismelor existente, a recomandărilor societăților profesionale și a evaluărilor tehnice și financiare relevante.

- **Dezvoltarea unor abordări standardizate pentru identificarea precoce a persoanelor cu risc cardiovascular crescut și foarte crescut,** utilizând o abordare integrată cardio-reno-metabolică (CVRM) și metode moderne de stratificare a riscului, în concordanță cu recomandările societăților profesionale și cu evoluțiile europene privind cardiovascular health checks.
- **Evaluarea fezabilității unei abordări naționale structurate de evaluare a riscului cardiovascular** (cardiovascular health checks), cu populații țintă, mecanisme de trimitere și follow-up și integrarea progresivă a componentelor relevante în sistemul de sănătate.

Exemple de elemente tehnice orientative pentru evaluarea și stratificarea riscului cardiovascular sunt prezentate în Anexa 1, în concordanță cu recomandările formulate de societățile profesionale românești și europene privind cardiovascular health checks. [20,21]

Impact: Contribuie la trecerea de la o abordare predominant reactivă, centrată pe tratarea complicațiilor, la una orientată către identificarea timpurie a riscului cardiovascular și intervenția precoce. Susține integrarea prevenției cardiovasculare într-un model standardizat și monitorizabil și facilitează identificarea persoanelor cu risc crescut înainte de apariția evenimentelor cardiovasculare majore.

3.4 Asigurarea continuității îngrijirii

3.4.1. Continuitatea îngrijirii și traseele pacientului

Provocare: Coordonarea între medicina de familie, ambulatoriu și spital este limitată, fără mecanisme clare și consecvente de trimitere, urmărire și monitorizare a pacienților. În multe situații, identificarea riscului cardiovascular nu este urmată în mod sistematic de investigații, tratament și monitorizare adecvate.

Direcții de acțiune:

- **Definirea și implementarea unor trasee standardizate între medicina de familie, ambulatoriu și spital**, inclusiv criterii de trimitere, responsabilități clare pentru urmărirea pacientului, implicarea, unde este relevant, a altor profesioniști din sănătate în consiliere, monitorizare și susținerea aderenței și mecanisme de continuitate după externare.
- **Corelarea traseelor de îngrijire cu mecanismele de contractare și monitorizare**, astfel încât identificarea riscului cardiovascular să fie urmată în mod consecvent de investigații, tratament și follow-up adecvate, în conformitate cu recomandările ghidurilor clinice și cu obligații explicite de urmărire pentru pacienții cu risc înalt și pentru cei post-eveniment cardiovascular.
- **Extinderea utilizării și finanțării soluțiilor de diagnostic și testare la punctul de îngrijire (Point-of-Care)** în medicina de familie și în ambulatoriu, pentru a facilita accesul la evaluare, accelerarea deciziei clinice și reducerea inegalităților geografice.

Impact: Îmbunătățește coordonarea între nivelurile de îngrijire și reduce fragmentarea traseului pacientului, facilitând accesul mai rapid la investigații, tratament și monitorizare.

---

[20] Feedback-ul comun al societăților române de cardiologie, diabet, nefrologie și medicină de familie transmis Comisiei Europene în cadrul consultării privind cardiovascular health checks: Feedback from: Romanian Society of Cardiology

[21] European Society for Cardiology – Expert Task Force Recommendations for EU-wide cardiometabolic health checks – available here Recommendations for EU-wide cardiometabolic health checks

3.4.2. Controlul factorilor de risc și managementul pe termen lung

Provocare: Controlul factorilor de risc cardiovascular și cardiometabolic, inclusiv tensiunea arterială, dislipidemiile, diabetul și obezitatea, nu este urmărit sistematic, iar aplicarea recomandărilor din ghidurile clinice variază între furnizori și niveluri de îngrijire. Ca rezultat, după identificarea riscului sau stabilirea diagnosticului, inițierea și intensificarea tratamentului, atingerea țintelor terapeutice, monitorizarea periodică și escaladarea către specialist nu sunt realizate în mod consecvent.

Direcții de acțiune:

- **Elaborarea și implementarea unor consensuri și trasee clinice multidisciplinare**, aliniate la ghidurile europene și adaptate contextului național, care să definească evaluarea riscului, inițierea și intensificarea tratamentului, țintele terapeutice, momentele de reevaluare și criteriile de trimitere către specialist.
- **Implementarea unui model standardizat de monitorizare bazat pe principiul „treat-to-target”**, care să urmărească atingerea țintelor terapeutice, controlul factorilor de risc și continuitatea monitorizării, utilizând indicatori comuni pentru evaluarea aplicării în practică a recomandărilor și îmbunătățirea rezultatelor.

Impact: Reduce variația practicii clinice, crește coerența deciziilor terapeutice și contribuie la îmbunătățirea controlului bolii, reducerea complicațiilor și creșterea proporției pacienților care ating țintele terapeutice recomandate.

3.4.3. Prevenția secundară și reabilitarea

Provocare: După un eveniment cardiovascular major, accesul la prevenție secundară, reabilitare cardiacă și monitorizare pe termen lung nu este asigurat în mod sistematic la nivelul întregului sistem de sănătate.

Direcții de acțiune:

- **Standardizarea traseelor de îngrijire după evenimente cardiovasculare majore**, incluzând tranziția dintre spital și ambulatoriu, monitorizarea periodică, sprijinul pentru aderență și integrarea mecanismelor deja existente de prevenție și monitorizare din Contractul-cadru.
- **Asigurarea monitorizării pe termen lung a pacienților post-eveniment cardiovascular**, prin evaluarea riscului de recurență, urmărirea factorilor de risc și a atingerii obiectivelor terapeutice și facilitarea accesului la consultațiile și investigațiile necesare monitorizării.
- **Facilitarea accesului la servicii de reabilitare cardiacă și individualizarea măsurilor de prevenție și management**, inclusiv pentru persoanele cu suspiciune de risc cardiovascular ereditar crescut, în concordanță cu recomandările profesionale relevante.

Impact: Contribuie la reducerea recurenței evenimentelor cardiovasculare și cerebrovasculare, la creșterea aderenței la tratament și la îmbunătățirea rezultatelor pe termen lung.

3.5. Vaccinarea ca element al prevenției cardiovasculare

Provocare: Vaccinarea nu este recunoscută și utilizată sistematic ca parte a prevenției cardiovasculare, deși dovezile recente arată că anumite infecții respiratorii pot crește riscul de evenimente cardiovasculare la persoanele cu boală cardiovasculară sau risc cardiovascular crescut.[22]

Direcții de acțiune:

- **Recunoașterea explicită a vaccinării ca element al prevenției** cardiovasculare în implementarea Strategiei Naționale, în concordanță cu evoluțiile europene și recomandările profesionale relevante.[23]
- **Integrarea evaluării statusului vaccinal și a recomandării de vaccinare** în traseele de îngrijire și în abordarea personalizată de prevenție destinate pacienților cu boală cardiovasculară sau risc cardiovascular crescut.
- Integrarea evaluării statutului vaccinal în cadrul controalelor medicale pentru bolile cardiovasculare, ca element al identificării riscului și al prevenirii personalizate.
- **Definirea unui pachet minim de vaccinuri recomandate pentru pacienții cu risc cardiovascular**, în conformitate cu recomandările ESC și ACC/AHA, incluzând vaccinarea antigripală anuală, antipneumococică, RSV pentru grupele eligibile, COVID-19 conform recomandărilor în vigoare și vaccinarea împotriva herpesului zoster.
- **Dezvoltarea unor mecanisme care să permită recomandarea și, unde este posibil, administrarea vaccinurilor** relevante prin medicina de familie, ambulatoriu, la externarea din spital și în cadrul serviciilor de reabilitare.
- **Consolidarea monitorizării și promovarea vaccinării în rândul pacienților eligibili**, prin includerea acoperirii vaccinale în setul de indicatori-cheie de implementare a Strategiei și prin dezvoltarea unor intervenții de comunicare și informare în colaborare cu autoritățile, societățile profesionale și organizațiile de pacienți.

Impact: Contribuie la reducerea riscului de evenimente cardiovasculare asociate infecțiilor respiratorii, la scăderea spitalizărilor evitabile și la consolidarea prevenției pentru persoanele cu risc cardiovascular crescut.

3.6. Participarea la prevenție și alfabetizarea în sănătate

Provocare: Participarea populației la activități de prevenție și monitorizare a riscului cardiovascular rămâne limitată, iar nivelul de alfabetizare în sănătate este insuficient pentru a susține identificarea precoce a riscului, accesarea serviciilor preventive și respectarea recomandărilor medicale. Aceste provocări pot contribui la prezentarea tardivă la medic, la controlul insuficient al factorilor de risc și la utilizarea redusă a serviciilor de prevenție disponibile.

Direcții de acțiune:

---

[22] Heidecker B, Libby P, Vassiliou VS, et al. Vaccination as a new form of cardiovascular prevention: a European Society of Cardiology clinical consensus statement. European Heart Journal. 2025; Council of the European Union. Conclusions on the improvement of cardiovascular health in the European Union. 2024; Global Heart Hub. Submission to the EU Cardiovascular Health Plan Call for Evidence. 2025.

[23] Bettina Heidecker, Peter Libby, Vassilios S Vassiliou, François Roubille, Orly Vardeny, Christian Hassager, Michael A Gatzoulis, Mamas A Mamas, Leslie T Cooper, Felix Schoenrath, Marco Metra, Offer Amir, Scott D Solomon, Ulf Landmesser, Thomas F Lüscher, Vaccination as a new form of cardiovascular prevention: a European Society of Cardiology clinical consensus statement: With the contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC), the Association for Acute CardioVascular Care (ACVC), and the Heart Failure Association (HFA) of the ESC, European Heart Journal, Volume 46, Issue 36, 21 September 2025, Pages 3518–3531, https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf384

- **Dezvoltarea unor intervenții susținute de informare și educație pentru populație**, care să crească gradul de conștientizare privind bolile cardiovasculare și principalii factori de risc modificabili și să încurajeze utilizarea serviciilor preventive disponibile, inclusiv prin oportunitățile existente în medicina de familie și în alte puncte de contact cu sistemul de sănătate.
- Promovarea unei culturi a prevenției pe tot parcursul vieții, care să includă evaluarea periodică a riscului cardiovascular și adoptarea măsurilor preventive recomandate, inclusiv vaccinarea.
- **Implementarea unor campanii recurente de tip „Know Your Numbers”** [24], care să promoveze verificarea periodică a principalilor factori de risc cardiovascular și cardiometabolic și să încurajeze prezentarea timpurie la medic și monitorizarea pe termen lung a persoanelor la risc.
- **Dezvoltarea unor intervenții specifice pentru grupurile vulnerabile și comunitățile insuficient deservite**, în vederea reducerii inegalităților de acces la prevenție, depistare precoce și managementul factorilor de risc cardiovascular.

Impact: Crește participarea la activități de prevenție și evaluare a riscului cardiovascular, facilitează identificarea precoce a persoanelor la risc și susține controlul mai bun al principalilor factori de risc cardiovascular la nivelul populației.

3.7 Date, finanțare și accesul la inovație

3.7.1. Accesul la inovație

Provocare: Accesul la medicamente inovatoare rămâne întârziat comparativ cu alte state membre ale Uniunii Europene. Pacienții români așteaptă aproximativ 1.100 de zile pentru acces la medicamente inovatoare, iar numai o parte dintre terapiile aprobate la nivel european sunt disponibile prin mecanismele de compensare.[25]

Direcții de acțiune:

- **Reducerea întârzierilor în accesul la medicamente inovatoare**, prin creșterea predictibilității proceselor de evaluare și finanțare, eficientizarea actualizării listelor de compensare și prioritizarea intervențiilor cu impact demonstrat asupra mortalității și morbidității cardiovasculare.
- **Facilitarea alinierii mai rapide la dovezile clinice și la recomandările ghidurilor europene** relevante pentru managementul bolilor cardiovasculare.

Impact: Contribuie la îmbunătățirea managementului bolilor cardiovasculare și la reducerea mortalității și dizabilității evitabile.

3.7.2. Finanțarea serviciilor cardiovasculare

Provocare: Finanțarea actuală este orientată predominant către tratamentul episodului acut, în timp ce serviciile de prevenție, evaluare a riscului, monitorizare continuă, prevenție secundară și reabilitare nu sunt suficient definite și stimulate financiar.

Direcții de acțiune:

[24] PwC. Unlocking the Value of Cardiovascular Health Checks. May 2026.
[25] EFPIA W.A.I.T. Indicator 2025

- **Definirea și finanțarea explicită a etapelor-cheie ale traseului cardiovascular,** inclusiv evaluarea riscului, monitorizarea periodică, prevenția secundară și reabilitarea, utilizând complementar resurse naționale și, acolo unde este fezabil, fonduri europene pentru prevenție, digitalizare, registre și infrastructura de date.
- **Actualizarea Contractului-cadru și a mecanismelor de finanțare**, pentru a susține accesul la investigațiile și evaluările relevante pentru monitorizarea riscului cardiovascular, în concordanță cu ghidurile și dovezile disponibile, inclusiv prin evitarea duplicării investigațiilor care necesită o singură determinare pe parcursul vieții.

Impact: Permite utilizarea mai eficientă a resurselor disponibile și susține dezvoltarea unui model de îngrijire orientat către prevenție și management pe termen lung.

3.7.3. Date, registre și monitorizarea rezultatelor

Provocare: Datele disponibile nu sunt utilizate sistematic pentru urmărirea traseului pacientului, evaluarea calității îngrijirii și monitorizarea implementării Strategiei. În lipsa unui cadru robust de colectare și utilizare a datelor, evaluarea impactului măsurilor implementate și fundamentarea politicilor publice rămân limitate.

Direcții de acțiune:

- **Dezvoltarea și utilizarea registrelor naționale și a seturilor de date interoperabile** pentru monitorizarea implementării Strategiei, a traseului pacientului, a calității îngrijirii și a rezultatelor clinice.
- **Definirea și utilizarea unui set comun de indicatori de implementare, proces și rezultat**, inclusiv pentru monitorizarea variațiilor regionale și a inegalităților de acces, în vederea fundamentării politicilor publice și a planificării resurselor. *Exemple de indicatori orientativi de implementare, proces și rezultat sunt prezentate în Anexa 1.*
- **Încurajarea utilizării securizate și etice a datelor**, pentru cercetare, evaluarea impactului politicilor publice și participarea la inițiative europene relevante, inclusiv European Health Data Space.

Impact: Permite luarea deciziilor bazate pe date reale, susține monitorizarea implementării Strategiei și contribuie la îmbunătățirea eficienței sistemului și a rezultatelor pentru pacienți.

Aceste provocări se suprapun peste o serie de vulnerabilități sistemice deja cunoscute în România, inclusiv acces inegal la servicii, nevoi medicale nesatisfăcute din cauza costului, distanței sau timpului de așteptare, distribuție inegală a resursei umane și un nivel general de finanțare a sănătății sub media Uniunii Europene.

Experiența europeană arată că, în lipsa unor mecanisme de echitate integrate încă din faza de proiectare, intervențiile de prevenție cardiovasculară tind să beneficieze cu prioritate populațiile care au deja acces mai bun la servicii și un nivel mai ridicat de alfabetizare în sănătate, în timp ce persoanele cu cel mai mare risc pot rămâne insuficient acoperite.

În consecință, implementarea Strategiei trebuie să urmărească atât eficiența intervențiilor, cât și accesul echitabil la acestea, prin măsuri etapizate, fezabile și adaptate nevoilor comunităților insuficient deservite.

4. Implementarea Strategiei este o alegere de eficiență, nu doar o obligație de politică publică

Investiția în prevenție, diagnostic precoce și management continuu al bolilor cardiovasculare nu trebuie privită exclusiv ca o presiune suplimentară asupra bugetului, ci ca o oportunitate de a reduce costurile generate de evenimente cardiovasculare prevenibile și de complicațiile asociate acestora. În prezent, o parte semnificativă a resurselor este utilizată pentru gestionarea evenimentelor acute, a spitalizărilor și a recurențelor, în timp ce o proporție importantă a acestor costuri ar putea fi evitată prin intervenții mai timpurii și printr-o monitorizare mai eficientă a persoanelor la risc.

Implementarea Strategiei oferă oportunitatea unei utilizări mai eficiente a resurselor existente, prin valorificarea serviciilor de prevenție și monitorizare deja disponibile, îmbunătățirea continuității îngrijirii și reducerea variațiilor de acces și rezultate. Reorientarea graduală a atenției către identificarea precoce a riscului, monitorizarea pacienților și prevenirea complicațiilor poate contribui la reducerea internărilor evitabile, a recurențelor și a costurilor asociate dizabilității și pierderii productivității.

În acest context, anumite instrumente de evaluare și stratificare a riscului cardiovascular pot contribui la direcționarea mai eficientă a măsurilor preventive și a resurselor disponibile către persoanele cu cel mai mare risc. De exemplu, determinarea Lp(a), efectuată o singură dată pe parcursul vieții, poate sprijini identificarea persoanelor cu risc cardiovascular ereditar crescut și poate orienta intervenții preventive și de monitorizare mai adecvate atunci când este relevant clinic.

Experiența altor state membre arată că astfel de măsuri sunt fezabile și pot fi implementate la scară largă, inclusiv în sisteme cu provocări structurale:[26]

- **În Grecia,** programul național *I Prevent* a introdus evaluări cardiovasculare gratuite, susținute prin invitații digitale și trimitere către investigații suplimentare pe baza profilului de risc.
- **În Polonia**, programul *My Health* folosește o abordare etapizată, pornind de la evaluarea inițială a riscului și continuând cu investigații și follow-up în medicina primară.
- **În Cehia**, testarea Lp(a) este integrată în evaluările preventive de rutină gestionate de medicii de familie și finanțate prin sistemul public de asigurări, oferind un model avansat pentru etapa a doua de implementare sistematică în România.
- Alte exemple europene, precum **NHS Health Check din Regatul Unit** sau programele de prevenție pe termen lung din **Finlanda** și **Suedia**, arată că rezultatele sunt mai bune atunci când evaluarea riscului este integrată în medicina primară, repetată periodic și conectată cu tratament și monitorizare.

Pentru România, aceste exemple nu reprezintă modele care trebuie replicate integral, ci dovezi că direcția propusă este realistă și poate fi adaptată contextului național prin valorificarea mecanismelor existente și implementarea graduală a măsurilor prevăzute în Strategia Națională.

5. Concluzii

România dispune astăzi atât de o bază strategică națională, cât și de un context european favorabil pentru accelerarea controlului bolilor cardiovasculare. Prioritatea nu mai este definirea unor noi obiective strategice, ci implementarea consecventă a celor deja asumate prin măsuri concrete, finanțate și monitorizabile.

[26] PwC. Unlocking the Value of Cardiovascular Health Checks: Evidence to inform prevention, early detection and care. May 2026.

Accelerarea implementării Strategiei presupune valorificarea mecanismelor deja existente, consolidarea evaluării și managementului riscului cardiovascular, dezvoltarea unor trasee integrate de îngrijire și utilizarea sistematică a datelor pentru monitorizarea rezultatelor și reducerea inegalităților de acces. **Succesul Strategiei va depinde de capacitatea sistemului de a identifica mai devreme persoanele la risc, de a asigura continuitatea îngrijirii și de a susține controlul pe termen lung al principalilor factori de risc cardiovascular.**

Implementarea consecventă a măsurilor propuse poate contribui la reducerea mortalității și dizabilității evitabile, la îmbunătățirea rezultatelor pentru pacienți și la utilizarea mai eficientă a resurselor sistemului de sănătate.

Industria farmaceutică își exprimă disponibilitatea de a contribui, în parteneriat cu autoritățile, profesioniștii din sănătate, organizațiile de pacienți și ceilalți actori relevanți, la identificarea și susținerea unor soluții bazate pe dovezi care să sprijine implementarea eficientă a Strategiei Naționale și îmbunătățirea rezultatelor pentru pacienți.

6. Anexa 1: Elemente tehnice orientative pentru implementarea Strategiei Naționale pentru combaterea bolilor cardiovasculare și cerebrovasculare

Prezenta anexă are rol orientativ și reunește exemple de elemente tehnice care pot sprijini operaționalizarea Strategiei Naționale, în concordanță cu recomandările societăților profesionale, evoluțiile europene privind health checks și abordarea integrată cardio-reno-metabolică (CVRM)

A. Evaluarea standardizată a riscului cardiovascular (health checks)

În concordanță cu recomandările europene și cu abordarea integrată cardio-reno-metabolică (CVRM), evaluarea riscului cardiovascular ar trebui să permită identificarea precoce a persoanelor cu risc crescut și orientarea acestora către investigații suplimentare, monitorizare și management adecvat.

Abordare etapizată a evaluării riscului cardiovascular

O abordare etapizată pe parcursul vieții poate crește fezabilitatea implementării programelor de evaluare a riscului cardiovascular și poate facilita utilizarea eficientă a resurselor disponibile. Exemple orientative includ:

- evaluare de bază înainte de vârsta de 35 de ani;
- evaluări periodice între 35 și 65 de ani, la aproximativ 5 ani;
- evaluări la fiecare 3–5 ani după vârsta de 65 de ani;
- frecvență mai ridicată pentru persoanele cu risc cardiovascular crescut;
- identificarea oportunistă și evaluarea persoanelor neacoperite prin alte puncte de contact cu sistemul de sănătate, inclusiv medicina muncii, ambulatoriul și spitalul.

Exemple orientative de elemente incluse în evaluarea riscului cardiovascular

Domeniu de evaluare	Exemple
Evaluare clinică și factori de risc	• Tensiune arterială • Indice de masă corporală (IMC) și circumferința abdominală;

	• statut de fumător; • nivel de activitate fizică; • istoric familial relevant de boală cardiovasculară prematură; • Simptome sugestive pentru boală cardiovasculară și insuficiență cardiacă; • evaluarea riscului prin SCORE2 și SCORE2-OP;
Evaluare biologică și funcțională	• glicemie plasmatică à jeun; • hemoglobină glicată (HbA1c); • creatinină serică; • rata estimată de filtrare glomerulară (eGFR); • raport albumină-creatinină urinară (UACR), atunci când este indicat; • NT-proBNP la persoanele cu risc crescut sau cu suspiciune clinică de insuficiență cardiacă; • troponina cardiacă de înaltă sensibilitate și evaluarea hipertrofiei ventriculare stângi prin ECG conform recomandărilor profesionale aplicabile; • Pentru anumite categorii clinice, pot fi avute în vedere instrumente validate de estimare a riscului de insuficiență cardiacă, precum WATCH-DM în cazul persoanelor cu diabet zaharat de tip 2, în măsura în care utilizarea acestora este susținută de ghidurile și recomandările profesionale aplicabile.
Profil lipidic și biomarkeri pentru stratificarea riscului	• colesterol total; • LDL-colesterol (LDL-C); • HDL-colesterol (HDL-C); • non-HDL colesterol; • trigliceride; • Apolipoproteina B (ApoB); • Lipoproteina(a) [Lp(a)] – determinare unică pe parcursul vieții • hs-CRP în categoriile de pacienți pentru care utilizarea este susținută de ghiduri.

B. Elemente orientative pentru monitorizarea și managementul pacienților

Monitorizarea periodică a pacienților cu risc cardiovascular sau cu boală cardiovasculară diagnosticată ar trebui să urmărească aplicarea principiului „treat-to-target”, prin evaluarea sistematică a atingerii țintelor terapeutice și ajustarea intervențiilor atunci când acestea nu sunt atinse. Aspecte care pot fi urmărite în mod sistematic:

- controlul tensiunii arteriale;
- controlul glicemic;
- controlul profilului lipidic;
- funcția renală;
- atingerea țintelor terapeutice recomandate de ghidurile clinice;
- aderența la tratament;
- necesitatea intensificării intervenției terapeutice;
- necesitatea trimiterii către specialist;

- continuitatea monitorizării după externare sau după modificarea tratamentului.

C. Elemente orientative pentru prevenția secundară și reabilitare

Pentru pacienții care au suferit infarct miocardic, accident vascular cerebral sau alte evenimente cardiovasculare majore, traseele de îngrijire ar trebui să asigure continuitatea managementului după externare și reducerea riscului de recurență. Componente orientative:

- integrarea recomandărilor din scrisoarea medicală în planul de îngrijire;
- monitorizarea activă a principalilor factori de risc cardiovascular și cardio-reno-metabolic;
- evaluarea periodică a riscului de recurență;
- monitorizarea atingerii obiectivelor terapeutice;
- acces la investigații și consultații de monitorizare în ambulatoriu;
- acces la programe de reabilitare cardiacă;
- măsuri de susținere a aderenței terapeutice;
- integrarea vaccinării conform recomandărilor clinice aplicabile persoanelor cu risc cardiovascular crescut.

D. Elemente orientative privind vaccinarea în prevenția cardiovasculară

Evaluarea statusului vaccinal și recomandarea vaccinării pot fi integrate în setul minim de elemente analizate în cadrul controalelor medicale pentru bolile cardiovasculare și al planurilor personalizate de prevenție pentru categoriile eligibile, inclusiv:

- pacienți cu boală coronariană și sindroame coronariene cronice;
- pacienți cu insuficiență cardiacă;
- pacienți după infarct miocardic, accident vascular cerebral sau alte evenimente cardiovasculare majore;
- persoane cu boală cardiacă congenitală sau după transplant cardiac;
- adulți cu factori de risc cardiovascular multipli.

Recomandările concrete trebuie adaptate vârstei, profilului de risc și cadrului național de vaccinare în vigoare.

E. Indicatori orientativi pentru monitorizarea implementării Strategiei

Implementarea Strategiei ar trebui monitorizată printr-un set de indicatori standardizați, care să urmărească atât progresul implementării, cât și impactul asupra pacienților și performanței sistemului de sănătate.

Categorie	Exemple orientative
Indicatori de implementare	• adoptarea planului operațional; • publicarea normelor metodologice aferente Strategiei; • dezvoltarea și operaționalizarea registrelor relevante; • integrarea indicatorilor de monitorizare în mecanismele de contractare și raportare;

	• integrarea prevenirii secundare și a vaccinării în traseele de îngrijire și protocoalele relevante.
Indicatori de proces	**Evaluarea riscului cardiovascular** • proporția populației eligibile evaluată; • rata evaluării principalilor factori de risc cardiovascular; • numărul și proporția persoanelor identificate cu risc cardiovascular crescut; • proporția persoanelor identificate care beneficiază de investigații suplimentare, monitorizare și management adecvat. **Continuitatea îngrijirii** • proporția pacienților incluși în programe de prevenție secundară și reabilitare; • proporția pacienților cardiovasculari care beneficiază de monitorizare periodică conform traseului de îngrijire; • proporția pacienților post-eveniment cardiovascular care beneficiază de follow-up structurat. **Prevenția prin vaccinare** • acoperirea vaccinală în grupele eligibile cu risc cardiovascular crescut. • proporția pacienților cu risc cardiovascular crescut care au statusul vaccinal documentat; • proporția pacienților eligibili care primesc recomandare de vaccinare în cadrul controalelor medicale pentru bolile cardiovasculare sau al traseelor de îngrijire.
Indicatori de rezultat	**Controlul factorilor de risc** • proporția pacienților care ating țintele terapeutice recomandate pentru principalii factori de risc cardiovascular; • reducerea complicațiilor asociate bolilor cardiovasculare și cerebrovasculare. **Rezultate clinice** • mortalitate cardiovasculară prematură; • spitalizări cardiovasculare evitabile; • recurențe după infarct miocardic sau accident vascular cerebral. **Echitatea accesului** • reducerea variațiilor regionale în accesul la servicii și rezultate; • reducerea diferențelor dintre mediul urban și rural; • reducerea diferențelor între grupurile vulnerabile și populația generală în ceea ce privește accesul la evaluarea riscului, monitorizare și prevenție.