

**Sistemul actual de acordare
a medicamentelor
în regim gratuit și compensat**

**Decembrie
2013**

Cuprins

1. Principii europene în domeniul politicilor de sănătate publică.....	3
2. Sistemul de sănătate în România.....	8
2.1. Prezentare generală.....	8
2.2. Acordarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.....	16
2.2.1. Prevederi legislative.....	16
2.2.2. Disfuncționalități.....	22
3. Concluzii.....	27
4. Propuneri	31
<i>Bibliografie</i>	37

Capitolul 1

PRINCIPII EUROPENE ÎN DOMENIUL POLITICILOR DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

Sistemele de sănătate, având ca scop satisfacerea nevoilor populației în materie de servicii medicale, urmăresc trei axe fundamentale: **nevoile sanitare și cererea de sănătate** - care condiționează misiunea actuală și viitoare a sistemelor de sănătate, **finanțarea și organizarea** sectoarelor de sănătate, precum și **infrastructura sistemelor de sănătate**. Toate acestea sunt importante pentru a înțelege natura, structura și caracteristicile individuale ale sistemelor de sănătate ale statelor Uniunii Europene.

În prezent, finanțarea și organizarea sistemului de sănătate în statele membre ale UE urmăresc tradițiile instituționale, politice și socio-economice naționale. Acestea se concretizează într-o serie de obiective sociale în materie de finanțare și de oferte de servicii de îngrijire medicală eficiente și la un preț abordabil. Printre criteriile utilizate pentru a evalua amploarea și natura nevoilor de asistență medicală figurează caracteristicile populației, precum și indicatorii de sănătate cum ar fi speranța de viață, morbiditatea și mortalitatea. Acești indicatori se pot considera și indicatori ai sistemelor de sănătate.

Pentru finanțarea unui sistem de sănătate este necesar să se colecteze bani de la populație pentru a putea contracta furnizorii de servicii medicale. Obiectivul principal al sistemelor este acela de a repartiza costurile serviciilor medicale între persoanele bolnave și cele sănătoase și de a modula a lor în funcție de resursele de care se dispune. Valoarea relativă, repartizată pe fiecare obiectiv, variază într-o manieră considerabilă de la țară la țară, potrivit sistemelor naționale, la fel ca și între sectorul de sănătate și celelalte sectoare de acțiune ale puterii publice. Acest mecanism de solidaritate reflectă consensul care se întâlnește în cadrul țărilor Uniunii Europene și

reflectă principiul conform căruia **sănătatea nu poate fi lăsată pe seama mecanismelor pieței.**

Sistemele de sănătate în țările Uniunii Europene sunt finanțate prin contribuții publice sau prin contribuții directe. Fiecare stat membru și-a dezvoltat propriile mecanisme de finanțare. Toate sistemele sunt mai mult sau mai puțin hibride, în măsura în care acestea se sprijină pe o combinație de surse de finanțare, dar majoritatea fondurilor sunt controlate direct sau indirect de către stat. Numai într-o mică proporție serviciile sunt plătite în mod direct de către beneficiari.

În conjunctura în care serviciul național de sănătate se afla în plină dezvoltare, resursele și serviciile medicale sunt furnizate, în principal, de serviciile publice și accesul la acestea este gratuit. Nici un sistem de sănătate din statele membre ale UE nu este în exclusivitate de stat. În majoritatea țărilor din UE îngrijirile medicale primare sunt scutite de plată în cadrul unui sistem mixt care combină medicina liberală privată cu medicina publică. Importanța acordării îngrijirilor medicale primare variază în funcție de sistemul de sănătate, așa cum reiese din ponderile diferite de medici generaliști în totalul personalului medical. Câteva state membre sunt tentate să diminueze numărul specialiștilor, ale căror servicii sunt în general mai costisitoare, și să consolideze rolul medicinei generale. Așteptările marelui public în materie de infrastructuri și de îngrijiri medicale sunt consecințe majore ale politicii de sănătate: pe de o parte aceste așteptări sunt considerate ca un factor de evaluare a cheltuielilor, iar pe de altă parte gradul de satisfacere al utilizatorilor este un element de evaluare și de aplicare a reformelor în sistemele de sănătate.

Nivelul de satisfacție al utilizatorilor este într-o măsură sigură, proporțional cu nivelul cheltuielilor aferente sănătății, mai puțin în cazul Italiei, majoritatea consumatorilor afișând un nivel slab de satisfacție, iar danezii care cheltuiesc puțin se arată în majoritate foarte satisfăcuți de sistemul lor de sănătate. Cetățenii țărilor din sudul Europei se declară în general mai puțin satisfăcuți de serviciile medicale ce le sunt oferite decât cetățenii din celelalte state membre ale UE.

În toate țările membre ale UE se constată astăzi o certă insatisfacție vis-a-vis de modalitățile de finanțare și de furnizare a serviciilor medicale.

Principalele probleme comune care ocupă diverse locuri în ordinea preocupărilor naționale reprezintă carențele lor în materie de echitate și egalitate la accesul la serviciile medicale, de control asupra cheltuielilor, de utilizare eficientă a resurselor și de control al calității serviciilor medicale. Aceste preocupări comune conduc la strategii convergente sau specifice, după caz.

Asupra planului de stabilitate socială, prioritatea constă în garantarea îngrijirilor medicale pentru persoanele vârstnice care să fie mai bine adaptate la nevoile lor, și urmărirea realizării unui echilibru între îngrijirile la domiciliu, îngrijirile comunitare și serviciile spitalicești.

Pe de altă parte îmbătrânirea populației se traduce printr-o progresie de afecțiuni cronice. Acest fapt conduce la mai multe eforturi pentru prevenirea bolilor ușor evitabile, cu sau fără îngrijiri medicale. Îngrijirile preventive constituie o potențială alternativă economică a îngrijirilor medicale bazate pe tehnologii costisitoare.

Dacă principiul universalității de acces la îngrijiri medicale este utilizat în majoritatea statelor membre, **egalitatea de acces rămâne o preocupare constantă a sistemelor de sănătate**, acestea fiind influențate de numeroși factori care nu sunt direct legați de sănătate. Eforturile în acest domeniu sunt multidisciplinare și transsectoriale și atenția se îndreaptă cu prioritate către educația pentru sănătate la fel ca și către lupta împotriva excluderii.

Toate statele membre pun în practică politici de majorare a cheltuielilor pentru: creșterea speranței de viață a populației, dezvoltarea tehnologică în domeniul sănătății, satisfacerea așteptărilor crescânde ale consumatorilor ce apar în mod neprevăzut în sistemele de sănătate puternic inflaționiste.

Raționalizarea și optimizarea serviciilor de sănătate reclamă mai multe îngrijiri și analize medicale pe un euro cheltuit, respectiv eficientizarea continuă a acestora. Analiza eficienței implică maximizarea calității serviciilor, luând în considerare constrângerile economice existente, în scopul ameliorării stării de sănătate și gradul de satisfacție al populației. O astfel de intervenție impune o eventuală integrare a populației în procesul de elaborare a standardelor de calitate a serviciilor medicale. Pe de altă parte presupune analiza îngrijirilor de sănătate și impactul asupra reformelor angajate. De exemplu prin creșterea calității în managementul instituțiilor sanitare și

introducerea relațiilor concurențiale se urmărește o utilizare mai eficientă a resurselor și ameliorarea calității îngrijirilor medicale pentru un cost mai redus. Asistăm la o multiplicare a reformelor asupra sistemelor de plată, privitor la reducerea risipei de resurse în domeniul serviciilor medicale și al serviciilor ambulatorii. Practicile și tehnologiile de sănătate sunt supuse unei evaluări mai precise pentru a fixa prioritățile în domeniu.

Politicile pun din ce în ce mai mult accent pe reorientarea sistemelor de sănătate către obiective măsurabile, atât în ceea ce privește calitatea îngrijirilor medicale, cât și în ceea ce privește satisfacția beneficiarilor.

Pentru fiecare persoană, ca și pentru întreaga colectivitate, sănătatea reprezintă unul din cei mai importanți factori care asigură desfășurarea vieții și activității. **Ocrotirea sănătății** nu este numai o problemă de asistență medicală, ci și o problemă cu un **profund caracter social**, făcând parte integrantă din ansamblul condițiilor socio-economice de dezvoltare. Politica medicală este parte integrantă a politicii sociale și pentru înfăptuirea ei în numeroase țări ale lumii se cheltuiesc resurse financiare importante. Cheltuielile pentru sănătate prezintă o tendință de creștere datorită unor factori, cum sunt:

- amplificarea nevoilor de ocrotire a sănătății ca efect al creșterii numărului populației și modificării structurale;
- accentuarea factorilor de risc;
- creșterea costului prestațiilor medicale atât ca urmare a introducerii în practica medicală a unor noi mijloace de investigație, tratament, cât și o sporire a calificării și specializării cadrelor medicale.

Principala consecință a politicilor sociale dezvoltate de către stat este protecția socială a populației. Protecția socială nu este însă realizată exclusiv prin intermediul politicilor sociale, ea fiind o consecință a efortului conjugat a mai multor factori: piața muncii, economia, sectorul non-guvernamental.

Bugetul de stat și bugetele locale sunt principalele resurse de care dispune statul și autoritățile locale pentru a finanța politicile în domeniul public. Alte resurse ale statului sunt fondurile sociale, constituite prin intermediul unor contribuții speciale și având o destinație precisă. Nivelul cheltuielilor publice sociale reflectă gradul de implicare a statului în protecția socială a cetățenilor săi. Nivelul cheltuielilor publice sociale nu spune însă

nimic despre modul în care cetățenii sunt protejați prin intermediul politicilor sociale, deci despre redistribuirea bunăstării prin intermediul statului. Un al doilea criteriu de analiză a profilului statului social îl reprezintă natura programelor sociale și ponderea diferitelor tipuri de programe.

Asigurarea sănătății este considerată a fi un obiectiv esențial al unui sistem de sănătate care are ca principale obiective realizarea unui nivel ridicat de sănătate și distribuirea echitabilă a serviciilor de asistență medicală. Totodată, un sistem sanitar trebuie să corespundă așteptărilor populației, ceea ce implică respectul pentru persoană (autonomie și confidențialitate) și orientarea acesteia (servicii prompte și calitatea dotărilor).

Capitolul 2

SISTEMUL DE SĂNĂTATE ÎN ROMÂNIA

2.1. Prezentare generală

Sănătatea este o dimensiune esențială a calității vieții vârstnicilor și reprezintă o resursă fundamentală pentru indivizi și comunități în ansamblu. Definiția Organizației Mondiale a Sănătății, pentru sănătate nu se limitează la absența bolii și a infirmității, ci o asimilează unei stări de „bine” total dintr-o perspectivă globală și integralistă, respectiv din punct de vedere fizic, mental și social.

Sistemului de sănătate publică din România îi revine responsabilitatea să asigure serviciile medicale pentru toate categoriile de populație, inclusiv pentru vârstnici și să le adapteze astfel încât să garanteze accesul pentru toate persoanele aflate în nevoie. Așa cum este definită de Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății **„asistența de sănătate publică reprezintă efortul organizat al societății în vederea protejării și promovării sănătății populației”** și **„se realizează prin ansamblul măsurilor politico-legislative, al programelor și strategiilor adresate determinantilor stării de sănătate, precum și prin organizarea instituțiilor pentru furnizarea tuturor serviciilor necesare”**.

Scopul asistenței de sănătate publică - componentă a sistemului de sănătate publică - îl constituie promovarea sănătății, prevenirea îmbolnăvirilor și îmbunătățirea calității vieții, iar strategia sistemului sănătății publice urmărește asigurarea sănătății populației în cadrul tuturor comunităților.

Populația de vârstă a treia, respectiv persoanele peste 65 de ani, la recensământul populației și locuințelor din 2011, reprezenta 16.1% din totalul populației, față de 11,0% în anul 1992. Această creștere considerabilă a ponderii vârstnicilor necesită să fie urmată de strategii și programe concrete care să asigure servicii de îngrijire a sănătății profilactice și curative, în cadrul sistemului de sănătate publică, care să răspundă

nevoilor unei categorii de populație dezavantajată atât de factorii perioadei de regresie specifică vârstei, cât și de factorii sociali, care determină calitatea vieții.

În acest cadru general al sistemului de sănătate publică, acordarea medicamentelor gratuite și compensate, precum și a serviciilor medicale pentru persoanele vârstnice se asigură în cadrul sistemului de sănătate publică și reprezintă o componentă importantă pentru susținerea actului terapeutic.

Asistența farmaceutică se asigură în cadrul sistemului de sănătate publică prin prepararea și eliberarea medicamentelor în baza dispozițiilor legale. Furnizorii de medicamente intră în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate pe plan local ținând seama de criteriile stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și aprobate de Ministerul Sănătății.

x

x x

Sistemul de sănătate din România este de tip asigurări sociale și are ca scop declarat asigurarea accesului echitabil și nediscriminatoriu la un pachet de servicii de bază pentru asigurați.

În prezent, **sursele de finanțare** a sănătății publice sunt: bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, bugetul de stat, bugetele locale, veniturile proprii, creditele externe, fondurile externe nerambursabile, donații și sponsorizări. În totalul surselor de finanțare, principala pondere o deține Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, care contribuie cu circa 75% în totalul cheltuielilor de sănătate.

Ponderea cheltuielilor publice pentru sănătate în produsul intern brut (PIB) a variat menținându-se totuși un nivel redus (tabelul nr.1), ceea ce a afectat întreținerea sistemului, managementul, investițiile în echipamente și accesul la servicii pentru persoanele cu venituri reduse – din care fac parte majoritatea vârstnicilor.

Tabelul nr. 1

Ponderea cheltuielilor publice pentru sănătate în PIB

Anul	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
%	3,7	4,0	4,0	4,1	3,8	3,7	3,3	3,7	3,9	3,7	3,7	3,5	3,8

Sursa: Date furnizate de Ministerul de Finanțe

Totodată, comparând **ponderea cheltuielilor totale cu sănătatea** în PIB pentru un număr de 21 state din Uniunea Europeană în anul 2010, (site-ul Eurostat), constatăm că în 14 din acestea ponderea nu a depășit 10,0%, iar România, cu 5,7%, se situează pe ultimul loc.

Tabelul nr. 2

Ponderea cheltuielilor totale cu sănătatea în PIB

- în procente-

Austria	Belgia	Cipru	Cehia	Danemarca	Estonia	Finlanda
11,0	10,5	5,8	7,4	11,1	6,3	9,0
Franța	Germania	Letonia	Lituania	Luxembourg ¹	Olanda	Polonia
11,6	11,5	6,8	7,0	6,8	12,0	7,0
Portugalia	România	Slovacia	Slovenia	Spania	Suedia	Slovacia
10,7	5,7	9,0	9,0	9,6	9,5	9,0

X

X X

Persoanele asigurate beneficiază de pachetul de bază de servicii medicale odată cu începerea plății contribuției la fond, condiția fiind ca acestea să se înscrie pe listele unui medic de familie. Excepție fac o serie de categorii sociale prevăzute de lege (inclusiv pensionarii care au venituri până la limita supusă impozitării) care au dreptul la un pachet de servicii de bază fără plata contribuției la fondul asigurărilor sociale.

Aceste categorii sunt:

- veteranii de război și văduvele de război – conform Legii nr.44/1994;
- persoanele persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și cele deportate în străinătate ori constituite în prizonieri – conform Legii nr. 189/2000;
- persoanele persecutate, din motive etnice, de către regimurile instaurate în România cu începere de la 6 septembrie 1940 până la 6 martie 1945 – conform Legii nr. 189/2000;
- persoanele cu handicap – conform Legii 448/2006.

- persoanele care și-au pierdut total sau parțial capacitatea de muncă, marii mutilați, răniții, urmașii și părinții celor care au decedat ca urmare a participării la lupta pentru victoria Revoluției din decembrie 1989, persoanele care au fost reținute în perioada 16 – 22 decembrie 1989 ca urmare a participării la acțiunile pentru victoria revoluției, precum și persoanele care, în perioada 16 – 25 decembrie 1989 s-au remarcat prin fapte deosebite în lupta pentru victoria revoluției și care dețin titlu de Luptător pentru Victoria Revoluției Române din Decembrie 1989 – conform Legii nr. 42/1990.

Pensionarii cu venituri din pensii până la limita de impozitare (740 lei) sunt persoane care beneficiază de asigurare fără plata contribuției. Având calitatea de asigurat, persoanele vârstnice solicită eliberarea de medicamente gratuite și compensate pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii specialiști și medicii de familie.

x
x x

Accesibilitatea la servicii de îngrijire medicală este determinată de concordanța dintre oferta și cererea de astfel de servicii, respectiv dintre disponibilitatea reală a facilităților de îngrijire comparativ cu cererea bazată pe nevoia reală pentru sănătate. Disparitățile în accesul la îngrijiri apar cel puțin din următoarele motive: economice, inclusiv costurile directe suportate de populație (co-plăți, costuri legate de tratamente și spitalizare) și cele indirecte (cost transport, timpi de așteptare); așezare geografică inadecvată a facilităților de îngrijiri; calitatea inegală a serviciilor de același tip.

Pentru evaluarea accesibilității, au fost analizați indicatori de proximitate care să identifice eventuale grupe de populație și /sau zone geografice dezavantajate în privința accesului la servicii, care ar trebui să fie vizate în politicile de dezvoltare. Factorii determinanți care influențează gradul de accesibilitate al populației la serviciile de sănătate sunt în general reprezentați de: nivelul sărăciei, șomajul, ocupația, mediul de rezidență, statutul de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, gradul de acoperire cu personal medical.

În anul 2012, din lucrarea „Dimensiuni ale incluziunii sociale în România” realizată de Institutul Național de Statistică, pe baza datelor din Ancheta Bugetelor de Familie, rezultă că rata sărăciei pensionarilor a fost de 11,2%, pentru sexul masculin 8,7% și pentru sexul feminin 13,0%.

Atât rata sărăciei persoanelor vârstnice, cât și a pensionarilor a fost în creștere în perioada 2005 – 2012, cu precădere la sexul feminin (tabelul nr.3 și tabelul nr.4).

Tabelul nr.3

Rata sărăciei (%) pe grupe de vârstă

Anul	Sub 16 ani ¹	16-24 ani	25-49 ani	50-64 ani	65 ani plus
2005	24,9	22,2	16,3	13,2	17,2
2006	25,4	21,2	16,5	14,5	18,7
2007	24,7	20,5	16,5	14,9	19,4
2008	25,9	20,9	16,9	13,5	16,2
2009	32,9	19,8			21,0
2010	31,3	19,2			16,7
2011	32,9	21,0			14,1
2012	34,6	21,0			15,4

Sursa: Dimensiuni ale incluziunii sociale în România

Tabelul nr.4

Rata sărăciei (%) pensionarilor, pe sexe

2008			2009			2010			2011			2012		
Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.
19,0	20,5	17,1	15,7	18,0	12,7	12,8	14,9	9,8	11,1	12,9	8,5	11,2	13,0	8,7

Sursa: Dimensiuni ale incluziunii sociale în România

Este important să atragem atenția că fenomenul sărăciei la pensionari și fenomenul sărăciei la vârstnici nu se pot suprapune în România. Permisivitatea crescută pentru pensionările în cazul următoarelor categorii de pensie: invaliditate, anticipată și anticipată parțială au redus dramatic vârsta medie reală de pensionare, a făcut ca “pensionarii” să nu fie totuna cu „vârstnicii”. Astfel, din numărul mediu de pensionari de asigurări sociale de stat și agricultori, în anul 2012, 17,0% din pensionari au fost în categoriile de pensie: **invaliditate, anticipată și anticipată parțială**. În sistemul

¹La coloana sub 16 ani, pentru anii 2009-2012 a fost considerată populația sub 18 ani, iar în coloanele 16-24 ani, 25-49 ani, 50-64 ani, a fost cumulată populația de 18-64 ani

pensionarilor de asigurări sociale de stat, ponderea acestor categorii a reprezentat 19,0% din total, iar în sistemul agricultorilor procentul acestor categorii a reprezentat 1,4% din total.

Segmentul populației sărace din cadrul populației vârstnice s-a conturat pe fondul procesului de sărăcire a majorității populației. Conform cercetărilor sociale, familiile de pensionari prezintă o rată de sărăcie mai redusă decât media. De regulă, vârstnicii (pensionarii) nu sunt printre beneficiarii creșterii economice. Cheltuielile curente, în care se includ și cele pentru îngrijirea sănătății, procurarea de medicamente etc. tind să determine alunecarea spre sărăcie a tot mai multor persoane vârstnice.

Populația arondată localităților din mediul rural, în care cea mai mare pondere o au persoanele vârstnice, este cea mai defavorizată din punct de vedere al accesibilității la serviciile medicale.

Analizele realizate au relevat că există inegalități regionale marcate în acoperirea populației cu personal medical. Astfel, în anul 2012, numărul de locuitori care revin la un medic în rural a fost de 7,2 ori mai mare decât în urban.

Cele mai defavorizate regiuni din punct de vedere al numărului de locuitori care revin la un medic, la nivel de **total**, au fost Vest și Nord-Vest (292, respectiv 350 locuitori /1 medic). În regiunea de Vest se înregistrează cea mai slabă acoperire cu medici în mediul **rural** (1.260 locuitori /1 medic). În mediul rural există numeroase localități fără medic.

În anul 2012 situația numărului de medici de familie care reveneau în medie la 1.000 de locuitori, pe regiuni de dezvoltare, ne arată că s-a menținut în continuare cel mai scăzut nivel pentru regiunile Nord-Est, Sud-Est și Sud:

Tabelul nr. 5

Numărul mediu de medici de familie la 1.000 de locuitori în 2012

	Tara	București	Vest	Nord-Vest	Centru	Sud-Vest	Nord-Est	Sud-Est	Sud-Muntenia
Medici de familie/1.000 locuitori – total, din care:	2,52	5.40	3.43	2.86	2.53	2.11	1.85	1.71	1.41
-urban	4.13	5.81	5.02	4.88	3.91	3.65	3.73	2.70	2.64
-rural	0.57	1.10	0.79	0.58	0.55	0.71	0.43	0.50	0.54

Sursa: Activitatea unităților sanitare

Reforma în domeniul sanitar demarată odată cu promulgarea Legii nr. 95/2006 prevede **descentralizarea sistemului de sănătate** ca una dintre

verigile procesului de modernizare și aliniere la standardele europene în domeniul sănătății. Atât reorganizarea, cât și descentralizarea finanțării și furnizării serviciilor de sănătate au început concomitent cu introducerea sistemului de asigurări sociale de sănătate, când, pentru prima dată, pacientul a fost pus în centrul sistemului de sănătate, prin posibilitatea liberei alegeri de către acesta a furnizorului de îngrijiri de sănătate.

În prezent, autoritățile administrației publice locale participă la finanțarea unor cheltuieli de administrare și funcționare, respectiv bunuri și servicii, reparații capitale, consolidare, extindere și modernizare, dotări cu echipamente medicale, a unităților sanitare publice de interes local, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație. Dar experiența ultimilor ani arată o implicare inegală a autorităților administrației publice locale în administrarea unităților sanitare, cu variații mari între zonele geografice, determinate fie de un management defectuos, fie de o distribuție inegală a resurselor financiare și umane. Totodată, se evidențiază inechități în accesul la serviciile de îngrijiri medicale, ceea ce determină dezechilibre în starea de sănătate a diferitelor grupuri de populație, a unor comunități din diferite zone geografice și a grupurilor defavorizate economic. Aceste disparități se manifestă prin indicatori de bază modești ai stării de sănătate (speranța de viață la naștere, mortalitatea infantilă, mortalitatea generală pe cauze de deces evitabile, grad de morbiditate, ani de viață în stare de sănătate), dar și prin nivelul scăzut de informare privind factorii de risc și de protecție pentru sănătate sau sistemul de îngrijiri de sănătate și pachetul de servicii de bază. Raportul Național al Dezvoltării Umane pentru România (UNDP) menționează existența unor enclave caracterizate de un indice scăzut al dezvoltării umane (IDU) care se situează în cele mai multe cazuri în zonele greu accesibile ale județelor, departe de rețeaua principală de șosele. Satele cele mai sărace (cu IDU foarte scăzut) sunt de obicei izolate față de drumurile modernizate sau față de orașe, având chiar un rol marginal în cadrul comunelor de care aparțin. Accesul redus al persoanelor vârstnice la un tratament adecvat s-a reflectat nefavorabil asupra stării de sănătate și a condus, în anul 2012, la decesul multor persoane. Astfel, din totalul de 255.539 decese, 88.431 decese au fost din rândul bărbaților în vârstă de 65 ani și peste și 108.649 decese au fost din rândul femeilor în vârstă de 60 ani și peste.

Incidența² anumitor boli precum tumori, bolile aparatului respirator, circulator, ale aparatului digestiv sau leziunile traumatice în cazul persoanelor vârstnice (65 ani și peste) trebuie luate în considerare pentru alocarea de fonduri în vederea prevenirii și tratării corespunzătoare a acestor boli, prin asigurarea accesului la serviciile medicale adecvate și medicamentele necesare.

Tabelul nr. 6

Numărul de îmbolnăviri noi în anul 2012

Clase boli	Total	Total	Total
Total tara	74.688,5	66.316,2	82.627,8
Bolile infectioase si parazitare	2.847,4	2.672,1	3.013,5
Tumori	352,0	315,3	386,8
Bol, sing., ale org, hemat, si unele tulb, ale mec, de imun,	691,5	531,8	842,9
Boli endocrine, de nutritie si metabolism	2.380,2	1.834,0	2.898,1
Tulburari mentale si de comportament	1.407,5	1.061,8	1.735,3
Bolile sistemului nervos	1.483,8	1.256,3	1.699,5
Bolile ochiului si anexelor sale	2.688,4	2.401,6	2.960,3
Bolile urechii si apofizei mastoide	2.519,4	2.270,0	2.755,9
Bolile aparatului circulator	4.457,3	3.806,1	5.074,8
Bolile aparatului respirator	29.668,0	28.163,8	31.094,4
Bolile aparatului digestiv	7.709,5	6.928,1	8450,4
Boli ale pielii si tesutului celular subcutanat	4.355,6	4.289,8	4417,9
Bolile sist, osteo-articular, ale muschilor, tesutului conj,	6.463,4	5.490,2	7386,2
Bolile aparatului genito-urinar	5.181,7	2.736,9	7500,0
Sarcina, nasterea si lauzia	151,3	0,0	294,7
Unele afect, a caror origine se situeaza in perioada perinatale	14,0	14,5	13,5
Malformatii congenitale, deformatii si anomalii cromozomiale	39,1	38,6	39,6
Simptome, semne si rez, anormale ale investig, clinice si de lab.	635,1	563,5	703,0
Leziuni traumatice, otraviri si alte consecinte ale cauzelor ext.	1.643,8	1.941,9	1361,1

Sursa: Date furnizate de Ministerul Sănătății

2.2. Acordarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

2.2.1. Prevederi legislative

Sistemul actual de acordare a asistenței medicale este reglementat prin **Legea nr. 95 din 13 aprilie 2006**, care asigură cadrul general de organizare și funcționare, **H.G. nr. 117/2013** care stabilește condițiile acordării asistenței medicale pentru anul 2013 și 2014 și **Ordinul comun nr. 423-**

² Numărul de îmbolnăviri noi raportat la 100.000 locuitori

191/2013 al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate pe anul 2013.

O componentă importantă pentru asistența medicală a persoanelor vârstnice o reprezintă **acordarea medicamentelor în regim compensat și gratuit**, cunoscut fiind faptul că vârstnicii sunt o categorie importantă de consumatori.

Lista cu denumirile comune internaționale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, se elaborează anual de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu consultarea Colegiului Farmaciștilor din România și se aprobă prin hotărâre a Guvernului.

Lista se poate modifica /completa trimestrial (după 3 luni de la intrarea în vigoare) prin hotărâre a Guvernului, în cazul în care nu mai corespunde nevoilor de asistență medicală, pe baza analizei Ministerului Sănătății, a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cu consultarea Colegiului Farmaciștilor din România, care adoptă măsurile ce se impun pentru a asigura funcționarea în continuare a sistemului, având în vedere sumele ce pot fi acordate cu această destinație.

Ministerul Sănătății stabilește și avizează prețurile medicamentelor din import și din țară, cu excepția medicamentelor care se eliberează fără prescripție medicală (OTC). Lista prețurilor de referință la nivel de unitate terapeutică corespunzătoare medicamentelor – denumiri comerciale din Catalogul național al prețurilor medicamentelor de uz uman autorizate pentru vânzare pe piață (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătății publice, se elaborează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în condițiile stabilite prin normele metodologice privind aplicarea contractului cadru.

Actuala listă de medicamente este aprobată prin Ordinul nr. 1002 din 28 decembrie 2011, cu modificările și completările ulterioare.

Tabelul nr. 7

**Numărul de medicamente pentru asigurații în ambulatoriu
în perioada 2008-2013**

	Nr. medicamente <i>DENUMIRI COMUNE INTERNAȚIO NALE</i> (Ordinul nr. 501 din 14 iulie 2008)	Nr. medicamente <i>DENUMIRI COMUNE INTERNAȚIO NALE</i> (Ordinul nr. 502 din 8 aprilie 2009)	Nr. medicamente <i>DENUMIRI COMUNE INTERNAȚIONAL E</i> (Ordinul nr. 409 din 01 aprilie 2010, cu modificările și completările ulterioare)	Nr. medicamente <i>DENUMIRI COMUNE INTERNAȚIONAL E</i> (Ordinul nr. 1002 din 28 decembrie 2011, cu modificările și completările ulterioare)	Nr. medicamente <i>DENUMIRI COMUNE INTERNAȚIONALE</i> (Ordinul nr. 898 din 28 decembrie 2012, cu modificările și completările ulterioare)
Sublista A	1.534	1.471	1.562	1.518	1380
Sublista B	605	626	788	1.032	1121
Sublista C1	1.187	1.348	1.636	1.855	1690

Pentru anul 2013 se constată o scădere pe total a numărului de medicamente, scădere semnalată pentru sublistele A și C1 și o creștere pentru numărul de medicamente din sublista B.

Noul contract cadru - aprobat prin H.G. nr. 117/2013 și normele metodologice de aplicare aprobate prin O. nr. 423-191/2013, cu modificările și completările ulterioare cuprind metodologia privind modalitățile de prescriere și de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și prevăd următoarele:

- Compensarea medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista A este de 90% din prețul de referință, al celor din sublista B este de 50% din prețul de referință, iar al celor din secțiunile C1 și C3 din sublista C este de 100% din prețul de referință;
- Compensarea medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista B este de 90% din prețul de referință, din care 50% se suportă din bugetul Fondului și 40% din transferuri din bugetul Ministerului Sănătății către bugetul Fondului, pentru prescripțiile a căror contravaloare la nivelul prețului de referință /prescripție este de până la 330 lei /lună și de care beneficiază pensionarii cu venituri numai din pensii de până la 700 lei /lună;
- Prețul de referință pentru medicamentele cu și fără contribuție personală prescrise în tratamentul ambulatoriu se definește pentru fiecare sublistă pe baza unei metode de calcul care să asigure creșterea accesului asiguraților

- la medicamente în condițiile utilizării eficiente a Fondului, luând în calcul următoarele elemente: grupele terapeutice sau DCI, după caz, formele farmaceutice asimilabile, doza zilnică standard stabilită conform regulilor OMS sau cantitatea de substanță activă, după caz;
- Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor - denumiri comerciale din catalogul național al prețurilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piață (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătății, elaborată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, și metoda de calcul pentru sublistele A, B și C - secțiunile C1 și C3 din sublistă se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. În listă se cuprind prețurile de referință aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Se includ în listă medicamentele din CANAMED pentru care deținătorul autorizației de punere pe piață declară pe propria răspundere că sunt îndeplinite prevederile art. 792 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, respectiv obligația de asigurare a unor stocuri adecvate și continue din medicamente; declarația trebuie să cuprindă și lista distribuitorilor prin care se asigură distribuția medicamentelor. Pentru medicamentele care dau prețul de referință deținătorul autorizației de punere pe piață trebuie să asigure minimum 50% din consumul cantitativ de medicamente din cadrul unei DCI, pe fiecare formă farmaceutică și concentrație corespunzător anului anterior. Pentru medicamentele autorizate, nou intrate pe piață, care au primit preț și au fost listate în CANAMED, deținătorul de autorizație de punere pe piață este obligat să asigure medicamentul pe piață în cantități suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienților, de la data avizării prețului;
 - În situația în care se constată că deținătorul de autorizație de punere pe piață nu a asigurat prezența medicamentelor pe piață conform prevederilor legale, medicamentele se exclud din listă în maximum 30 de zile de la data comunicării constatării lipsei medicamentelor de pe piață, de către instituțiile abilitate, precum și la sesizarea Agenției Naționale a Medicamentelor și Dispozitivelor Medicale București;

- Decontarea pentru activitatea curentă a anilor 2013 - 2014 se efectuează în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data verificării prescripțiilor medicale eliberate asiguraților și acordării vizei "bun de plată" facturilor care le însoțesc, de către casa de asigurări de sănătate;
- Durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data depunerii acestora de către farmacie la casa de asigurări de sănătate;
- Decontarea contravalorii medicamentelor care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis în cadrul unor programe naționale de sănătate cu scop curativ se face în conformitate cu prevederile hotărârii Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 – 2014;
- Decontarea contravalorii medicamentelor care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis în cadrul programelor naționale de sănătate cu scop curativ finanțate prin transferuri din bugetul Ministerului Sănătății către bugetul Fondului se face în conformitate cu prevederile hotărârii Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 – 2014;
- Modalitățile de prescriere, de eliberare și de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se stabilesc prin norme. Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internaționale - DCI, iar în cazuri justificate medical, precum și în cazul produselor biologice prescrierea se face pe denumire comercială, cu precizarea pe prescripție și a denumirii comune internaționale - DCI corespunzătoare. Cu excepția cazurilor în care medicul recomandă o anumită denumire comercială, recomandarea farmacistului pentru denumirile comerciale aferente DCI prescrise de medic se face în ordinea crescătoare a prețului, începând cu medicamentul cel mai ieftin din cadrul DCI respective. Pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente cu și fără contribuție personală, cu respectarea următoarelor condiții:
 - a) pentru sublistele A și B - o singură prescripție lunar, cu maximum 7 medicamente. Valoarea totală a medicamentelor din sublista B,

- calculată la nivelul prețului de referință, este de până la 330 lei pe lună;
- b) în situația în care într-o lună se prescrie un medicament din sublista B notat cu #, cu o valoare maximă a tratamentului pe o lună, calculată la nivelul prețului de referință, mai mare de 330 lei, nu se mai prescriu în luna respectivă și alte medicamente din sublista B;
 - c) o singură prescripție din sublista B lunar pentru pensionarii cu venituri numai din pensii de până la 700 lei /lună, a cărei contravaloare la nivelul prețului de referință este de până la 330 lei pe lună /prescripție, și un număr de maximum 3 medicamente, situație în care nu beneficiază de medicamente din sublista B în condițiile prevăzute la lit. a) și b), cu compensare de 90% din prețul de referință. În acest caz, se pot prescrie maximum 7 medicamente din sublistele A și B;
 - d) pentru sublista C secțiunea C1 - pe fiecare cod de boală, o singură prescripție lunar, cu maximum 3 medicamente;
 - e) pentru sublista C secțiunea C3 - o singură prescripție lunar, cu maximum 4 medicamente.
- Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale și asiguraților cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pe lună pentru afecțiunile cronice, atât pentru medicamentele cuprinse în sublista A, cât și pentru cele cuprinse în sublista B, precum și cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pe lună pentru fiecare cod de boală, pentru medicamentele cuprinse în sublista C secțiunea C1, și mai mult de o prescripție medicală pe lună, pentru medicamentele cuprinse în sublista C secțiunea C3; în această situație, asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru perioada acoperită cu medicamentele eliberate suplimentar;
- Pentru persoanele prevăzute în legile speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din Fond, în condițiile legii, casele de asigurări de sănătate suportă integral contravaloarea medicamentelor al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință,

- corespunzătoare medicamentelor cuprinse în sublistele pentru care se calculează preț de referință pentru forme farmaceutice asimilabile, cu respectarea prevederilor referitoare la prescrierea medicamentelor;
- Pe același formular de prescripție se pot înscrie medicamente din subliste diferite. Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, cu excepția medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de programul social, în condițiile prevăzute în norme, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte;
 - Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de până la 3 - 5 zile în afecțiuni acute, de până la 8 - 10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30 - 31 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice. Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției medicale. Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală.

2.2.2. Disfuncționalități

Pentru a cunoaște situația actuală a funcționării sistemului de acordare a serviciilor medicale și a medicamentelor gratuite și compensate, Consiliul Național al Persoanelor vârstnice, prin intermediul reprezentanților la nivel județean a realizat o analiză având în vedere următoarele probleme cu care se confruntă pensionarii pentru procurarea de medicamente: dacă fondurile alocate lunar farmaciilor pentru eliberarea medicamentelor gratuite și compensate acoperă cerințele, dacă medicamentele prescrise se găsesc în farmacia, repartiția farmaciilor în mediul urban și în mediul rural raportat la numărul de localități din județ, gradul de accesibilitate al populației vârstnice

la farmacii pentru procurarea medicamentelor prescrise de medici, colaborarea cu medicii de familie în vederea prescrierii rețetelor gratuite și compensate pentru persoanele vârstnice, gradul de acoperire al patologiei vârstei a treia.

Disfuncționalitățile au fost semnalate de către consiliile județene ale persoanelor vârstnice, ținându-se cont de aspectele menționate după cum urmează:

- **Dacă fondurile alocate lunar farmaciilor pentru eliberarea medicamentelor gratuite și compensate acoperă cerințele.**

Majoritatea județelor au arătat că farmaciile au beneficiat de fonduri suficiente care să le permită continuitatea eliberării de rețete gratuite și compensate către beneficiari, inclusiv persoane vârstnice.

Consiliul Județean al Persoanelor Vârstnice Harghita ne-a semnalat că decontarea dintre farmacii și CJAS Harghita a sumelor aferente medicamentelor compensate sau gratuite se face cu mare întârziere, în cel mai fericit caz după 6 luni. Această situație a dus la diminuarea stocurilor de medicamente din farmacii și implicit a îngreunat accesul persoanelor vârstnice la obținerea lor.

- **Dacă medicamentele prescrise se găsesc în farmacii.**

Conform contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate farmaciile au obligația de a avea în stoc toate medicamentele corespunzătoare D.C.I.-urilor care se eliberează în regim compensat și gratuit. În cazurile în care unele din medicamentele prescrise nu se găsesc în farmacii, la data solicitării lor, se fac comenzi, ce pot fi onorate în maxim 12 ore în cazul bolilor acute sau în maxim 48 de ore în cazul celor cronice.

În urma informațiilor din teritoriu, medicamentele se găsesc în farmacii. Consiliul Județean al Persoanelor Vârstnice Neamț ne-a semnalat ca există probleme în găsirea în farmacii a medicamentelor prescrise acestea se găsesc în proporție de 60-70%, în județul Constanța și Mehedinți procentul fiind de 80%, iar în Timiș au fost zile în care bolnavii nu au găsit în farmacii medicamentele prescrise. Consiliul Județean al Persoanelor Vârstnice Teleorman a semnalat faptul că numărul medicamentelor destinate tratării bolilor cronice a scăzut față de anul trecut.

Persoanele vârstnice din județul Arad au reclamat faptul că medicamentele prescrise de medici lipsesc, în locul acestora sunt prescrise medicamente mult mai scumpe și pe care persoanele vârstnice nu le pot cumpăra din cauza pensiilor mici.

Persoanele vârstnice din județul Tulcea întâmpină probleme în legătură cu aprovizionarea cu medicamente deoarece iarna traficul pe Dunăre este îngreunat.

- **Repartiția farmaciilor în mediul urban și în mediul rural raportat la numărul de localități din județ.**

Insuficiența numărului de farmacii sau puncte farmaceutice în mediul rural este o situație generalizată la nivelul țării și creează probleme populației din aceste localități, preponderent vârstnici, cunoscute fiind și dificultățile acestora de ordin financiar, cât și fizice de a se deplasa către cea mai apropiată localitate care ar putea beneficia de serviciile farmaceutice absolut necesare. Din cauza lipsei de farmacii sau de puncte farmaceutice în mediul rural, persoanele vârstnice au mari probleme în achiziționarea medicamentelor gratuite și compensate, iar accesibilitatea scăzută determină costuri suplimentare de transport ce nu pot fi achitate din pricina pensiilor mici primite de aceștia.

Repartizarea farmaciilor în teritoriu ar trebui să țină cont de caracteristicile zonei geografice, de structura populației, infrastructura existentă etc.

Câteva consilii județene ale persoanelor vârstnice au comunicat numărul de farmacii și puncte farmaceutice existente în localitățile urbane și rurale:

Tabelul nr. 8

Numărul farmaciilor și punctelor farmaceutice

JUDEȚUL	Număr de farmacii/puncte farmaceutice	
	Mediul urban	Mediul rural
Arad	103	60
Brăila	84	18
Bistrița - Năsăud	43	57
Constanța	265	86

JUDEȚUL	Număr de farmacii/puncte farmaceutice	
	Mediul urban	Mediul rural
Covasna	38	16
Cluj	196	77
Giurgiu	30	61
Harghita	61	86
Hunedoara	128	33
Ialomița	41	24
Ilfov	32	69
Mehedinți	61	17
Mureș	76	44
Sibiu	112	28
Tulcea	44	19
Teleorman	21	53
Vaslui	64	35

• **Gradul de accesibilitate al populației vârstnice la farmacii pentru procurarea medicamentelor prescrise de medici.**

O problemă privind accesibilitatea populației vârstnice la serviciile farmaceutice, în scopul procurării de medicamente se găsește în special în mediul rural, în acele localități care nu beneficiază de farmacii sau puncte farmaceutice. Lipsa mijloacelor de transport, distanța mare dintre o localitate și cel mai apropiat punct farmaceutic sau farmacie, face ca persoanele vârstnice din mediul rural să fie profund dezavantajate și lipsite de condițiile minime pentru întreținerea sănătății în raport cu cele din mediul urban.

Consiliul Județean al Persoanelor Vârstnice Giurgiu precum și cele ale Sectoarelor 5 și 6 ale municipiului București au reclamat că se confruntă cu problema gradului redus de accesibilitate la farmacii. În județul Teleorman sunt 11 localități în care nu există farmacii sau un punct farmaceutic, iar cea mai apropiată farmacie se află la 35 de km. Aceeași situație fiind reclamată și de Consiliul Județean al Persoanelor Vârstnice din Brăila în 9 localități în care nu există farmacii sau un punct farmaceutic și unde cea mai apropiată farmacie se află în medie la 20 de km distanță. În județul Arad medicamentele prescrise nu pot fi procurate gratuit sau compensat de către persoanele vârstnice din cauza lipsei efective din farmacii a acestora sau din cauza epuizării fondurilor.

- **Colaborarea persoanelor vârstnice cu medicii de familie.**

Colaborarea cu medicii de familie este în general bună, greutățile intervenind în anumite situații semnalate de către reprezentanții consiliilor județene, astfel:

- Medicii de familie nu efectuează vizite la domiciliul bolnavilor nedeplasabili, preferând să recomande internarea acestora în unități spitalicești, mai costisitoare atât pentru persoanele vârstnice /aparținători, cât și pentru sistemul de sănătate;
- Deoarece au înscris pe liste un număr foarte mare de asigurați, medicii de familie nu fac față solicitărilor, iar persoanele vârstnice sunt nevoite să aștepte foarte mult pentru a fi consultate și a primi rețetele compensate și gratuite;
- Unii medici nu respectă programul de consultații stabilit;
- Persoanele din mediul rural, care locuiesc în localități izolate, unde nu există cabinete de medicină de familie, sunt nevoite să se deplaseze la cea mai apropiată localitate urbană sau în unele situații serviciile medicale primare sunt asigurate prin medici delegați. De exemplu în 5 localități din județul Teleorman (Blejești, Conțești, Fântânele, Izlaz, Mârzănești) nu a fost repartizat nici un medic de familie.
- Reducerea timpului de așteptare pentru efectuarea consultațiilor de către medicii de familie, situație semnalată în mod special de consiliile persoanelor vârstnice din sectorul 5 și 6 al Municipiului București.
- Mărirea numărului de medici de familie în județul Giurgiu de la 82%, cât este în prezent, până la 100%.

- **Gradul de acoperire al patologiei persoanelor vârstnice.**

- Lipsa de medici specializați în cardiologie în județul Tulcea, fiind nevoie urgentă deoarece această afecțiune are o pondere însemnată la nivelul populației.
- Mărirea numărului de medici stomatologi.

Consiliile Persoanelor Vârstnice nu au semnalat probleme grave existente în acoperirea patologiei persoanelor vârstnice, însă din păcate majoritatea sunt de acord că lista de medicamente nu acoperă întreaga patologie specifică vârstei a treia.

Capitolul 3

CONCLUZII

Accesul la serviciile de îngrijire medicală este determinat de raportul dintre disponibilitatea reală a facilităților de îngrijiri comparativ cu cererea bazată pe nevoia reală pentru sănătate. Disparitățile apar din motive: *economice* - aici incluzând costurile directe suportate de populație (co-plăți, costuri legate de tratamente și spitalizare) precum și cele indirecte (cost transport, timp de așteptare) - *așezare geografică inadecvată* a facilităților de îngrijiri; *calitatea inegală a serviciilor de același tip etnice sau rasiale*.

În România sunt evidențiabile toate cele patru tipuri de inechități în accesul la serviciile de îngrijiri, ceea ce determină inechități în starea de sănătate a diferitelor grupuri de populație, a unor comunități din diferite zone geografice și a grupurilor defavorizate economic. Aceste disparități se manifestă prin indicatori de bază ai stării de sănătate modești (speranța de viață la naștere, mortalitatea infantilă, mortalitatea generală pe cauze de deces evitabile, grad de morbiditate, ani de viață în stare de sănătate) dar și prin nivelul scăzut de informare privind factorii de risc și de protecție pentru sănătate sau sistemul de îngrijiri de sănătate și pachetul de servicii de bază din România. Factorii determinanți care influențează gradul de accesibilitate al populației la serviciile de sănătate sunt în general reprezentați de: nivelul sărăciei, șomajul, ocupația, mediul de rezidență, statutul de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, gradul de acoperire cu personal medical. Vârștii sunt multiplu defavorizați de caracteristicile vârștii, al expunerii la deprecierea veniturilor și a stării de sănătate, iar pentru populația din mediul rural se adaugă lacunele infrastructurii sistemului de sănătate.

Serviciile de sănătate în România sunt caracterizate prin lipsa de continuitate, care are drept consecințe principale duplicări ale actelor medicale, pierderea din evidență a pacienților și supraîncărcarea spitalelor. Toate aceste elemente de discontinuitate conduc la generarea de costuri crescute atât în cadrul sistemului, cât și costuri suferite de pacient (materiale și mai ales morale).

Sistemele de sănătate sunt unele dintre cele mai mari consumatoare de resurse, în ultimii 30 de ani înregistrându-se o creștere continuă a nivelului resurselor necesare, creștere datorată în principal: îmbătrânirii populației, descoperirii de medicamente mai eficiente și de tehnologii mai avansate, dar și mai costisitoare, creșterea numărului persoanelor care beneficiază de asistență medicală.

Din perspectiva protecției sociale, cel mai indicat mod de îmbunătățire a susținerii financiare este creșterea eficienței sistemului de sănătate: eficientizarea se referă aici la scăderea costurilor, menținând la aceleași niveluri cantitatea și calitatea, realizată prin prevenirea supraconsumului (care poate fi legat de supraaprovizionare) de servicii medicale și prin alocarea de suficiente resurse destinate programelor de prevenție și celor de menținere a sănătății, cu scopul reducerii unor potențiale cheltuieli viitoare. Experiența internațională și analiza raportului rezultate /cheltuieli în diferite țări pot constitui un ghid util în vederea eficientizării sistemului sanitar.

Legislația românească în domeniul sanitar a cunoscut periodic modificări, atât anual odată cu aprobarea contractelor-cadru, cât și punctual pentru îmbunătățirea funcționării sistemului de sănătate, iar impactul acestor intervenții nu a fost întotdeauna în beneficiul consumatorilor de servicii medicale și medicamente.

Populația vârstnică reprezintă o categorie semnificativă de beneficiari ai sistemului de sănătate publică vizând o gamă largă de servicii ce decurg din înseși caracteristicile stadiului involutiv pe care îl parcurg. De aceea este necesară o intervenție specializată atât în ceea ce privește serviciile curative și paliative pentru afecțiuni diverse, cât și o orientare spre programe și cercetare în domeniul geriatric pentru prevenirea efectelor îmbătrânirii.

În condițiile în care *speranța de viață* a crescut în Uniunea Europeană, a crescut și ponderea populației îmbătrânite – principalul consumator de servicii medicale – în totalul populației, *medicamentele și tehnicile medicale moderne sunt din ce în ce mai costisitoare*, resursele alocate sănătății devin un efort chiar și pentru țările dezvoltate, eficientizarea sistemului de sănătate fiind o temă de dezbatere la nivel european. Aceeași tendință demografică o urmează și societatea românească.

Pe fondul problemelor economice, de politică socială și sanitară unii indicatori de mortalitate și morbiditate plasează România pe ultimele locuri în Europa. Principalele cauze ale problemelor legate de starea de sănătate rezidă în problemele sistemului sanitar și anume:

- resursele limitate investite în asistența medicală, inclusiv în sistemul farmaceutic;
- inechitatea în oferta de servicii (exemplu: discrepanțele între mediul rural și cel urban);
- ineficienta organizare și finanțare în domeniul sanitar.

Principalele obiective, care ar trebui urmărite cu prioritate, în perioada următoare, se referă la :

- acces universal și echitabil la un pachet de servicii;
- libertatea opțiunilor pentru consumatori și furnizori;
- utilizarea eficientă a resurselor disponibile.

Realitatea cu care se confruntă persoanele vârstnice vine în contradicție cu principiile asumate odată cu aderarea la Uniunea Europeană și promovate prin legea cadru privind reforma sistemului de sănătate.

Persoanele vârstnice beneficiare ale diverselor legii speciale (deținuți politici, deportați, veterani de război, persoane cu handicap) nu pot beneficia de gratuitate totală pentru medicamente doar în cazul în care nivelul prețului de referință coincide cu prețul de vânzare.

Programul de compensare cu 90,0% a medicamentelor a produs unele nemulțumiri în rândul pensionarilor din cauza diferențelor mari dintre prețul de raft și prețul de referință practicat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. *Din cauza acestor diferențe compensarea, în cele mai multe cazuri, nu este de 90,0% ci mult mai mică, pacientul fiind nevoit să plătească diferența.*

Plafonarea valorică a medicamentelor a determinat discontinuități în prescrierea și eliberarea medicamentelor fapt pentru care este benefică eliminarea acesteia conform actualei legislații.

Deși există prevederi legislative în acest sens farmaciile nu respectă contactul cu casele de asigurării și nu eliberează continuu medicamente compensate și gratuite, motivația fiind lipsa de fonduri alocată de casa de asigurări, deși alocarea fondurilor se face în funcție de adresabilitate,

consumul de medicamente, orarul de lucru al unității, ceea ce creează în continuare dificultăți în procurarea medicamentelor.

Coroborând informațiile preluate din teritoriu, conchidem că **principalele probleme cu care se confruntă persoanele vârstnice în aprovizionarea lunară cu medicamente** necesare tratării diferitelor afecțiuni, care trebuie avute în vedere la elaborarea legislației și a strategiilor în domeniul sănătății sunt:

- prezența redusă a medicamentelor gratuite și compensate în farmacii;
- insuficiența fondurilor alocate farmaciilor pentru eliberarea medicamentelor gratuite sau compensate;
- existența unor medicamente, des solicitate de vârstnici, care nu se eliberează gratuit sau compensat;
- prețul ridicat al medicamentelor, chiar și atunci când sunt compensate, în comparație cu veniturile insuficiente ale pensionarilor;
- numărul produselor de pe listele de medicamente gratuite și compensate nu acoperă întreaga patologie specifică vârstei a III-a, pensionarii fiind uneori obligați să cumpere la preț integral medicamentele de care au nevoie;
- lipsa farmaciilor sau a punctelor farmaceutice în mediul rural;
- lipsa mijloacelor de transport până în localitățile în care funcționează farmacii sau puncte farmaceutice.

Capitolul 4

PROPUNERI

Implementarea măsurilor în domeniul asistenței medicale trebuie să răspundă în totalitate problemelor de sănătate publică prioritare, precum și nevoilor grupurilor vulnerabile, inclusiv persoane vârstnice, prin asigurarea de activități care să realizeze:

- identificarea nevoilor reale de îngrijiri pentru diferitele grupuri vulnerabile de populație;
- constituirea unor hărți naționale și regionale cuprinzând facilitățile de îngrijiri de sănătate ambulatorii funcționale (dispensare, policlinici, servicii noi de prim ajutor, îngrijiri la domiciliu, îngrijiri paleative, sănătate mintală la nivel comunitar) raportate la densitatea populației. În țările dezvoltate se utilizează pe scară tot mai largă sistemele de informații geografice (GIS) pentru măsurarea accesibilității la diferite servicii. Aceste sisteme sunt extrem de utile în analiza distanțelor fizice între beneficiari și unitățile de îngrijire, rețelelor de transport, serviciilor medicale de urgență și în planificarea îngrijirilor de sănătate. De exemplu, un GIS poate ajuta la identificarea dimensiunii zonei de atracție a unei unități de îngrijiri. S-au dezvoltat aplicații speciale de analiză în cadrul GIS pentru a evalua accesibilitatea fizică la îngrijirile de sănătate.
- stabilirea standardelor privind pachetele minime de îngrijiri la nivelul și în cadrul diferitelor comunități vulnerabile;
- dezvoltarea și implementarea unor rapoarte standardizate privind accesibilitatea la îngrijirile de sănătate;
- instituirea unui sistem de evaluare periodică a gradului de acces la serviciile primare de sănătate pe baza unor indicatori specifici;
- elaborarea și aprobarea strategiei naționale de promovare a sănătății, identificarea și monitorizarea populațiilor cu accesibilitate inechitabilă la servicii de îngrijiri de bază;

- dezvoltarea, modernizarea infrastructurii furnizorilor de servicii medicale și dotarea acestora cu aparatură /echipamente medicale și mijloace de transport specifice și moderne;
- luarea de măsuri pentru limitarea emigrației medicilor și personalului medical, cum ar fi rambursarea cheltuielilor făcute de stat pentru școlarizarea acestora dacă nu își practică meseria în țară pentru o perioadă de cel puțin 5 ani.
- identificarea unor facilități pentru atragerea personalului medical în zonele izolate, defavorizate economic, precum și în specialități deficitare;
- dezvoltarea și extinderea rețelei de asistență medicală comunitară integrată.

Pentru creșterea calității vieții persoanelor vârstnice, sistemul de sănătate publică poate contribui semnificativ prin **implementarea programului de asistență medicală comunitară** care cuprinde ansamblul de activități și servicii de sănătate organizate la nivelul comunității pentru soluționarea problemelor medico-sociale ale individului, în vederea menținerii acestuia în propriul mediu de viață și care se acordă în sistem integrat cu serviciile sociale. Scopul asistenței medicale comunitare integrate este acela de a asigura îngrijirile medico-sociale care pot fi furnizate la nivelul comunității, în vederea optimizării acțiunilor specifice și a eficientizării utilizării fondurilor alocate. Beneficiarul activităților integrate de asistență medicală comunitară este comunitatea dintr-o arie geografică definită, în special categoriile de persoane vulnerabile care se găsesc în următoarele situații: vârstnici, nivel economic sub pragul sărăciei, șomaj, nivel educațional scăzut, diferite disabilități, boli cronice, boli aflate în faze terminale care necesită tratamente paliative, și alte categorii: graviditate, copii cu vârstă sub 5 ani, familii monoparentale.

O altă inițiativă care s-ar dovedi utilă o reprezintă continuarea programului pilot „Caravanele Sănătății”, cuprins în Planul Strategic al Ministerului Sănătății pentru perioada 2008 – 2010 cu scopul de a facilita accesul la servicii medicale a populației din zonele izolate sau cele defavorizate, în care alte modalități de furnizare a serviciilor medicale nu pot fi asigurate. Prin introducerea și permanentizarea acestui sistem se poate

realiza evaluarea stării de sănătate a populației, diagnosticul precoce și tratarea corectă a bolilor transmisibile ca și îmbunătățirea nivelului educației pentru sănătate a populației.

Stabilirea listei de medicamente esențiale pentru sănătatea populației ar trebui să fie acoperitoare total /parțial prin sistemul de asigurări sociale de sănătate și să cuprindă medicamentele solicitate cel mai frecvent de principalele categorii sociale consumatoare de medicamente, din care fac parte și persoanele vârstnice.

De aceea **reglementarea sistemului de acordare a medicamentelor gratuite și compensate în ambulatoriu** ar trebui să aibă la bază unele principii precum:

- a) stabilirea listei de medicamente esențiale pentru sănătatea populației, care să corespundă nevoilor reale de tratament ale principalelor grupe vulnerabile ale populației și respectiv principalelor afecțiuni care se regăsesc în rândul acestora;
- b) asigurarea stocurilor corespunzătoare de medicamente în unitățile farmaceutice;
- c) stabilirea de prețuri accesibile prin elaborarea unor norme corespunzătoare de prețuri pentru medicamente de uz uman prin consultări ale autorităților guvernamentale cu reprezentanți ai producătorilor și distribuitorilor de medicamente, precum și cu organizațiile profesionale – Colegiul Farmaciștilor, Colegiul Medicilor și reprezentanți ai Patronatului Farmaciștilor în scopul reducerii acestora;
- d) pregătirea profesională continuă a farmaciștilor și a asistenților de farmacie;
- e) verificarea modului de aplicare a legislației farmaceutice, respectiv aplicarea prevederilor /reglementărilor emise de Ministerul Sănătății.
- f) înființarea de farmacii sau puncte de lucru ale farmaciilor autorizate de Ministerul Sănătății, în zonele defavorizate;
- g) repartizarea de fonduri corespunzătoare de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării medicamentelor eliberate.

Îmbunătățirea finanțării sistemului de sănătate ar fi de natură să susțină îndeplinirea obiectivelor mai susmenționate și se poate realiza prin:

- ⇒ Creșterea transparenței în utilizarea fondurilor prin crearea cadrului legislativ pentru plata datoriilor înregistrate de unitățile sanitare cu paturi;
- ⇒ Măsuri pentru întărirea disciplinei financiare prin asigurarea finanțării sectorului sanitar bugetar, monitorizarea modului de utilizare a resurselor financiare publice, cât și prin completarea cadrului legislativ în domeniul sănătății publice, prin elaborarea unor noi acte normative;
- ⇒ Alocarea judicioasă a fondurilor în unitățile sanitare și atragerea de noi resurse financiare în domeniul sanitar.

Demersul întreprins prin intermediul consiliilor județene pentru a constata deficiențele cu care se confruntă sistemul de acordare a serviciilor medicale și a medicamentelor gratuite și compensate în ambulatoriu a condus la formularea de **propuneri pentru îmbunătățirea situației actuale**, după cum urmează:

- Renunțarea la coplată;
- Actualizarea listelor A și B de medicamente compensate și gratuite pentru ca acestea să acopere întreaga patologie a vârstnicilor;
- Eliberarea rețetelor de către medicii de familie să se facă în funcție de necesitățile vârstnicilor, nu limitându-se la o singură rețetă pe lună;
- Luarea de măsuri care să determine extinderea ariei de acoperire a farmaciilor în mediul rural;
- Mărirea numărului de medicamente acordate în regim gratuit sau compensat;
- Elaborarea unui program național pentru următorii 10-15 ani care să prevadă asigurarea de servicii stomatologice în mediul rural, unde acestea lipsesc cu desăvârșire;
- Acordarea de medicamente gratuite pensionarilor cu venituri sub pensia medie;
- identificarea de resurse financiare și suplimentarea fondurilor pentru compensarea medicamentelor pentru a nu se mai crea blocaje în farmacii la eliberarea rețetelor compensate și gratuite;

- eliminarea prețului de referință și compensarea să se realizeze la prețul de raft al medicamentului;
- înființarea unui serviciu la nivelul caselor județene de sănătate prin care pensionarii să poată verifica prețurile medicamentelor;
- obligativitatea reală a farmaciilor, care au contract cu casa județeană de asigurări de sănătate, de a avea în stoc toate medicamentele compensate și gratuite ;
- eficientizarea sistemului de decontare între casele de asigurări de sănătate și farmacii pentru a nu se mai crea blocaje în aprovizionarea medicamentelor gratuite și compensate;
- reconsiderarea sistemului de relații cu producătorii și importatorii de medicamente, inclusiv prin îmbunătățirea reglementărilor privind achizițiile publice;
- încurajarea marilor producători de medicamente din România să fabrice echivalente ale produselor străine pentru care nu există corespondent printre produsele românești, prin acordarea unor facilități la comercializarea medicamentelor, scutiri de taxe și impozite etc.;
- dezvoltarea rețelei de farmacii aflate în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate la nivel național și extinderea numărului de farmacii sau puncte farmaceutice în mediul rural;
- reintroducerea pe lista de gratuități a medicamentelor utilizate în tratamentul accidentului vascular cerebral ischemic, a căilor respiratorii, a văzului și auzului, etc.;
- introducerea vitaminelor în lista medicamentelor compensate;
- cuprinderea în lista gratuităților (compensațiilor) a pampers-ilor de unică folosință pentru bolnavii care sunt nevoiți să folosească acest articol igienico-sanitar;
- asigurarea stabilității conținutului listei cu medicamente aprobată pentru anul curent deoarece modificările ulterioare conduc la cozi în farmacii la începutul fiecărei luni, până când acestea își introduc modificările în baza de date;

- intensificarea acțiunilor pentru înființarea punctelor farmaceutice în localitățile izolate și cu asigurați puțini;
- respectarea drepturilor pentru anumite categorii de persoane prevăzute în legi speciale, cum ar fi: veteranii de război și văduvele de război, persoanele persecutate din motive politice, etnice, persoanele cu handicap, etc., în ceea ce privește gratuitatea integrală a medicamentelor și serviciilor medicale;
- intensificarea informării corecte a populației vârstnice asupra modalității de compensare a medicamentelor și asupra acordării medicamentelor gratuite (afișe, pliante în farmacii, cabinete medicale, săli de așteptare; pliante și broșuri trimise pensionarilor împreună cu talonul de pensii prin poștă; realizarea de emisiuni radio și TV pe această temă la ore de maximă audiență etc.);
- instruirea medicilor de familie, astfel încât aceștia să ofere informații corecte pacienților vârstnici referitor la prețurile medicamentelor prescrise pe rețete.

Insp. Spec. II Simona Ghiță

Șef birou analize și studii Alina Matei

Director general Marius Augustin Pop

BIBLIOGRAFIE

1. ”Activitatea unităților sanitare în anul 2012”, Institutul Național de Statistică, 2013
2. ”Dimensiuni ale incluziunii sociale în România în anul 2012” , Institutul Național de Statistică, 2013
3. “Finanțarea Sistemelor de Sănătate în Țările Uniunii Europene. România în Context European”, Cristina Doboș, Calitatea Vieții, XIX, nr. 1-2, Ed. Academiei, 2008
4. “Sănătate Publică și management sanitar. Sisteme de sănătate”, C. Vlădescu (coordonator), București, CPSS Publishing House, 2004
5. “Health and care in an enlarged Europe”, Europe Foundation for the Improvement of living and Working Conditions, 2003
6. „Human developement reports” , *www.undp.org*.
7. Ordinul nr. 898 din 28 decembrie 2012 pentru aprobarea listei de medicamente cu și fără contribuție personală pe baza de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate , cu modificările și completările ulterioare
8. H.G. nr. 117/2013 pentru aprobarea Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 pentru anul 2013 și 2014
9. Ordinul comun nr. 423-191/2013 al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate pe anul 2013.