

Funcționarea sistemului actual  
de acordare a medicamentelor  
în regim gratuit și compensat

MAI  
2010

# 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 .....	33
<i>Bibliografie.....</i>	<i>39</i>
<i>Anexă - Sinteza cu aspectele identificate la nivel de județ de consiliile persoanelor vârstnice.....</i>	<i>40</i>

## *Capitolul 1*

### **PRINCIPII EUROPENE ÎN DOMENIUL POLITICILOR DE SĂNĂTATE PUBLICĂ**

Toate sistemele de sănătate se străduiesc să satisfacă nevoile populației în materie de sănătate și de servicii medicale. Sistemele naționale de asigurări de sănătate 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. Valoarea relativă, repartizată pe fiecare obiectiv, variază într-o manieră considerabilă, potrivit sistemelor naționale, la fel ca și între sectorul de sănătate și alte sectoare de acțiune ale puterii publice din interiorul fiecărei țări. 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 fiecare individ dispune. Acest mecanism de solidaritate reflectă consensul care se întâlnește în

cadrul țărilor Uniunii Europene conform căruia **sănătatea nu poate fi lăsată pe seama mecanismelor pieții.**

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.

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 procentele diferite de medici generalişti 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 UE.

Se constată astăzi, în toate țările membre ale UE, 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 , mai bine adaptate la nevoile lor, privilegiată fiind cercetarea 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 este utilizat în majoritatea statelor membre, **egalitatea de acces rămâne o preocupare constantă a sistemelor de sănătate**, acestea depind 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 politicile de creștere a cheltuielilor pentru îmbătrânirea populației, implicațiile financiare de dezvoltare tehnologică, așteptările crescânde ale consumatorilor ce apar în mod neprevăzut asupra sistemelor de sănătate puternic inflaționiste.

Raționalizarea și optimizarea serviciilor de sănătate reclamă mai multe îngrijiri și analize medicale pe un euro cheltuit- trece printr-un mai bun raport cost-eficacitate .

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, referitor la managementul instituțiilor 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 social-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 este o consecință a efortului conjugat a mai multor factori : piața muncii, economia, sectorul neguvernamental.

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 redistribuția 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 în total.

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: din punct de vedere fizic, mental și social.

Sistemului de sănătate publică din România îi revine responsabilitatea de a asigura serviciile medicale pentru toate categoriile de populație, inclusiv vârstnicii și de a le adapta 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, reprezintă 14,9% din totalul populației în iulie 2009, față de 11,0% în anul 1992.** Această creștere exponențială 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, 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 de stat, bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, 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 PIB** a variat menținându-se totuși un nivel, redus, ceea ce a afectat întreținerea sistemului, managementul, investițiile în echipamente și accesul la servicii pentru persoanele cu venituri reduse – din care face parte majoritatea vârstnicilor. Procentele din PIB al cheltuielilor publice alocate pentru sănătate au fost:

Anul	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
%	3,7	4,0	4,0	4,1	3,8	3,7	3,3	3,7	3,9

Totodată, comparând **procentul cheltuielilor totale făcute de furnizorii de servicii de sănătate** în PIB, prezentate pe site-ul Eurostat, în anul 2007, pentru un număr de 23 state din Uniunea Europeană, constatăm că în majoritatea țărilor acest procent nu a depășit 10,0%, iar România se situează pe ultimul loc 4,69%.

Țara	Franța	Germania	Austria <sup>1</sup>	Belgia	Portugalia <sup>1</sup>	Danemarca	Olanda	Suedia
% cheltuieli totale ale furnizorilor de servicii de sănătate în PIB	11,00	10,43	10,28	10,16	9,93	9,76	9,74	9,07
Țara	Norvegia <sup>1</sup>	Spania	Finlanda	Slovenia	Luxembourg <sup>2</sup>	Ungaria	Slovacia <sup>1</sup>	Bulgaria <sup>1</sup>
% cheltuieli totale ale furnizorilor de servicii de sănătate în PIB	8,65	8,45	8,19	7,87	7,66	7,38	7,34	7,09
Țara	Cehia	Letonia <sup>1</sup>	Polonia	Cipru	Lituania	Estonia	Romania	
% cheltuieli totale ale furnizorilor de servicii de sănătate în PIB	6,77	6,76	6,43	6,39	6,22	5,44	4,69	

X

X X

Persoanele asigurate beneficiază de pachetul de bază de servicii medicale odată cu începerea plății contribuției la fond, cu condiția de a 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 impozitului) care au dreptul la un pachet de servicii de bază fără plata contribuției la fondul asigurărilor sociale.

Acestea 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*;

<sup>1</sup> Procentul pentru aceste țări se referă la anul 2006

<sup>2</sup> Procentul pentru Luxemburg se referă la anul 2005

- 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 gradul I de invaliditate – *conform OUG nr. 102/1999*.
- 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 (1000 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 îngrijiri comparativ cu cererea bazată pe nevoia reală pentru sănătate. Disparitățile în accesul la îngrijiri apar din cel puțin patru 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, pentru care ar trebui dezvoltate politici țintite. 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 2008, din lucrarea “Dimensiuni ale incluziunii sociale în România ” realizată de Institutul Național de Statistică, pe baza Ancheta Bugetelor de Familie, rezultă că procentul pensionarilor săraci în total pensionari a fost de 13,7%, iar în total săraci a fost de 16,3%, din care masculin 12,7% și feminin 19,7%. O atenție deosebită trebuie acordată persoanelor de 65 ani și peste – sărace, care reprezintă 81,5 % din total pensionari săraci și în special femeilor de 65 ani peste care reprezintă 90,4 % din total pensionare sărace, comparativ cu bărbații săraci de 65 ani și peste care reprezintă 67,0 % din total pensionari săraci.

<b>Nr total persoane sărace</b>	<b>Mii persoane</b>	<b>Pensionari săraci</b>	<b>Mii persoane</b>	<b>% în total persoane sărace</b>	<b>Persoane 65 ani și peste sărace</b>	<b>Mii persoane</b>	<b>% în total persoane sărace</b>
Total	3.912,7	Total	638,2	16,3	Total	519,9	13,3
masculin	1.907,8	masculin	243,2	12,7	masculin	163,0	8,5
feminin	2.004,9	feminin	395,0	19,7	feminin	356,9	17,8

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 intermediară de sărăcie, dar 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.

Raportul de activitate al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pe trimestrul III 2009 menționează că în mediul urban există un număr de 3.502 de societăți comerciale farmaceutice aflate în contract, iar în cel rural doar 1.124, diferența fiind semnificativ în defavoarea locuitorilor de la sate.

Analizele realizate au relevat că există inegalități regionale marcate în acoperirea populației cu personal medical. Astfel, numărul de locuitori care revin la un medic în rural este de 6,6 ori mai mare decât în urban, cele mai defavorizate regiuni fiind Vest și Nord-Vest (342, respectiv 397 locuitori/1 medic). În regiunea de Vest se înregistrează cea mai slabă acoperire cu medici în mediul rural (1.423 locuitori/1 medic). În mediul rural există numeroase localități fără medic.

În anul 2008 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:

	Total	Nord-Est	Sud -Est	Sud Muntenia	Sud Vest	Vest	Nord Vest	Centru	București Ilfov
Medici de familie/1.000 locuitori	2,34	1,83	1,62	1,36	2,03	2,92	2,52	2,28	5,15

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 experienta 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 2003-2005 pentru România (UNDP) menționează existența unor enclave caracterizate de un index 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 2008, la decesul multor persoane. Astfel, din totalul de **253.202** decese, **86.503** decese au fost din rândul bărbaților în vârstă de 65 ani și peste și **102.002** decese au fost din rândul femeilor în vârstă de 60 ani și peste.

- persoane -

Categoriile de boli care au determinat decesul	Total decedați		Din care persoane vârstnice			
	Număr	%	Bărbați >65 ani	Femei >60 ani	Total	
					Număr	%
Boli infecțioase (tuberculoză)	2.485	1,0	438	337	775	0,4
Tumori	46.486	18,3	15.594	13.367	28.961	15,4
Boli endocrine, de nutriție, metabolism și diabet	2.278	0,9	669	1.098	1.767	0,9
Tulburări mentale	593	0,2	126	69	195	0,1
Boli ale sistemului nervos	2.032	0,8	533	730	1.263	0,7
Boli ale aparatului circulator	153.137	60,5	56.991	76.163	133.154	70,6
Boli ale aparatului respirator	12.310	4,8	4.961	3.454	8.415	4,5
Boli ale aparatului digestiv	15.454	6,1	3.875	4.258	8.133	4,3
Boli ale aparatului genito-urinar	2.425	1,0	989	876	1.865	1,0
Leziuni traumatice și otrăviri	12.800	5,1	2.076	1.297	3.373	1,8
Alte boli și cauze	3.202	1,3	251	353	604	0,3
<b>TOTAL</b>	<b>253.202</b>	<b>100,0</b>	<b>86.503</b>	<b>102.002</b>	<b>188.505</b>	<b>100,0</b>

Prevalența anumitor cauze de deces precum tumori, boli ale aparatului circulator, ale aparatului digestiv sau leziunile traumatice în cazul persoanelor vârstnice 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.

## **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. 262 din 1 aprilie 2010** care stabilește condițiile acordării asistenței medicale pentru anul 2010 și **Ordinul comun nr. 265/408/2010** al ministrului sănătății publice 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 2010.

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. 409 din 01 aprilie 2010, cu modificările și completările ulterioare.

***Numărul de medicamente pentru asigurații în ambulatoriu în perioada 2008-2010***

	Nr. medicamente <i>DENUMIRI COMUNE INTERNAȚIONALE</i> ( Ordinul nr. 75 din 01 februarie 2008)	Nr. medicamente <i>DENUMIRI COMUNE INTERNAȚIONALE</i> ( Ordinul nr. 501 din 14 iulie 2008)	Nr. medicamente <i>DENUMIRI COMUNE INTERNAȚIONALE</i> ( Ordinul nr. 502 din 8 aprilie 2009)	Nr. medicamente <i>DENUMIRI COMUNE INTERNAȚIONALE</i> ( Ordinul nr. 409 din 01 aprilie 2010, cu modificările și completările ulterioare)
<b>Sublista A</b>	1.209	1.534	1.471	1.562
<b>Sublista B</b>	761	605	626	788
<b>Sublista C 1</b>	1.663	1.187	1.348	1.636
<b>Total</b>	<b>3.633</b>	<b>3.326</b>	<b>3.445</b>	<b>3.986</b>

Pentru anul 2010 se constată o creștere pe total a numărului de medicamente, creștere mai substanțială pentru sublista C1.

**Noul contract cadru - aprobat prin H.G. nr. 262 din 1 aprilie 2010 și normele metodologice de aplicare aprobate prin H.G. nr. 265/408 din 1 aprilie 2010 , 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:

- Medicii prescriu medicamentele prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu și fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului. 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, dar nu mai mult de 3 medicamente din sublista B cu procent de compensare 50% din prețului de referință. Valoarea totală a medicamentelor din sublista B, calculată la nivelul prețului de referință, este de până la 300 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 300 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 300 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 prețului 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.

- Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fond, pentru fiecare medicament corespunzător DCI-ului din listă, este cea corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor asupra prețului de referință pentru DCI-urile cuprinse în sublistele A, B și C, respectiv prețul de decontare pentru medicamentele și materialele sanitare cuprinse în lista aprobată prin ordin al ministrului sănătății;

- Procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista A este de 90% din prețului de referință, al celor din sublista B este de 50% din prețului de referință, iar al celor din secțiunile C1 și C3 din sublista C este de 100% din prețului de referință. Procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista B este de 90% din prețului 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 300 lei/lună și de care beneficiază pensionarii cu venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună.

- **Prețul de referință** reprezintă prețul cel mai mic corespunzător unei unități terapeutice aferentă formelor farmaceutice asimilabile din cadrul aceluiași DCI, și pentru fiecare concentrație, conform normelor. Furnizorii de medicamente eliberează medicamentul care dă prețul de referință în cadrul denumirii comune internaționale prescrise de medic și numai cu acordul asiguratului eliberează orice alte medicamente din cadrul aceleiași DCI, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială.

- Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2010 se efectuează în ordine cronologică până la 180 de zile calendaristice de la data validării facturilor, în limita fondurilor aprobate cu această destinație. Decontarea contravalorii medicamentelor care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis în cadrul unor programe naționale de sănătate cu scop curativ se face în termen de până la 90 de zile calendaristice de la data validării facturilor, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

- 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, 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 cu prețul cel mai mic, corespunzătoare fiecărui DCI cuprinse în sublistele A, B și C secțiunea C1,

pentru forme farmaceutice asimilabile, în condițiile alin. (1) - (3). Pe același formular de prescripție se pot înscrie medicamente din subliste diferite.

- **Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele** sunt de 3 - 5 zile în afecțiuni acute, de 8 - 10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice, cu excepția bolnavilor cuprinși în unele programe naționale de sănătate pentru care perioada de prescriere a medicamentelor poate fi de până la 90 de zile în conformitate cu prevederile hotărârii de guvern pentru aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anul 2010 și a normelor tehnice de realizare a acestora. Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90 de zile, inclusiv pentru bolnavii care sunt incluși în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe lună". Medicul de familie prescrie inclusiv medicamente ca o consecință a actului medical prestat de alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe baza scrisorii medicale, pentru o perioadă de până la 90 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției medicale și menționată pe prescripție sub rubrica aferentă CNP-ului. Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală. Prescripția medicală eliberată de medicii din spitale la externarea bolnavului cuprinde medicația pentru maximum 30 de zile. Prescripția medicală pentru cazurile cronice este valabilă maximum 30 de zile de la data emiterii acesteia, iar în afecțiunile acute și subacute prescripția medicală este valabilă maximum 48 de ore.

- Pentru a beneficia de medicamente în cadrul programului social - conform art. 102 alin. (3) din Contractul cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.262/2010 - pensionarii trebuie să prezinte medicului de familie ultimul talon de pensie, actul de identitate, precum și o declarație pe

propria răspundere din care să rezulte faptul că realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei pe lună, iar acesta va consemna în fișa medicală a pensionarului/în registrul de consultații numărul talonului și cuantumul pensiei și va anexa la fișa medicală declarația dată pe propria răspundere de către pensionar.

- Medicamentele cu și fără contribuție personală, precum și unele materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ se acordă în tratamentul ambulatoriu pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

- Medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscriși în lista unui medic de familie. Medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie. Medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile. Medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de

prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

## **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 farmacii, 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 față de anii anteriori s-a îmbunătățit sistemul de alocare al fondurilor către farmacii, acestea beneficiind de sume care să le permită continuitatea eliberării de rețete gratuite și compensate către beneficiari, inclusiv persoane vârstnice. Totuși în câteva cazuri s-au semnalat dificultăți, spre exemplu în județele Bacău, Brașov, Gorj, Olt, Teleorman, Timiș, Tulcea, Vrancea.

### ■ **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 Vrancea a semnalat că există probleme în ceea ce privește aprovizionarea farmaciilor cu medicamente specifice unor boli cronice sau incurabile. Iar Județele Sălaj și Tulcea au semnalat că există goluri în aprovizionarea cu medicamente.

### ■ **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.

Repartizarea farmaciilor în teritoriu ar trebui să țină cont de caracteristicile zonei geografice, de structura populației, infrastructura existentă etc. De exemplu Consiliul Persoanelor Vârstnice a Sectorului 2 București a sesizat faptul că repartiția teritorială a farmaciilor depășește necesarul, iar în județul Iași sunt 360 de farmacii, cu 7 mai mult decât este necesar (calculat la numărul de locuitori).

Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Brașov a semnalat scăderea numărului acestora de la 186 unități în relație contractuală cu casa de sănătate în 2009 la 144 în 2010.

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

JUDEȚUL	Număr de farmacii/puncte farmaceutice	
	Mediul urban	Mediul rural
ALBA	63	-----
ARAD	110	55
ARGEȘ	52	44
BRAȘOV	144	38
CARAȘ-SEVERIN	66	12
CĂLARAȘI	29	23
CLUJ	-----	99
COVASNA	153	81
DĂMBOVIȚA	58	53
GIURGIU	28	30
IALOMIȚA	15	32
ILFOV	45	44
MARAMUREȘ	83	24
MEHEDINȚI	51	36
MUREȘ	164	142
SUCEAVA	79	36
TELEORMAN	45	17

**■ 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. Județe care se confruntă



cu problema gradului redus de accesibilitate la farmacii în mediul rural sunt: Caraș – Severin, Călărași, Sălaj (în mediul urban asigurarea medicamentelor se desfășoară în limite normale, probleme înregistrându-se în rural unde se găsește o farmacie la 3.000 de locuitori), Teleorman.

#### ■ 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;
- Lipsa unor medici specializați în cardiologie, în județul Tulcea fiind nevoie urgentă deoarece această afecțiune are o pondere însemnată la nivelul populației.

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

Consiliile Persoanelor Vârstnice au semnalat faptul că nu este acoperită întreaga patologie a persoanelor vârstnice, lipsind preparatele gerontologice, tratamentele fortifiante, vitaminele sau medicamente pentru tratarea astmului, cordului pulmonar cronic, reumatismului, afecțiunilor digestive etc. Aceste probleme au fost sesizate în județele Arad, Argeș, Gorj, Ialomița, Neamț, Olt, Sălaj, Tulcea, Vrancea și Sectorul 2 din București, unde s-a solicitat elaborarea unei noi liste de medicamente gratuite și compensate prin adăugarea de noi medicamente specifice afecțiunilor de sănătate ale persoanelor vârstnice

■ **Alte probleme se referă la dificultățile care vor rezulta odată cu introducerea coplății.**

Introducerea sistemului de coplată a serviciilor medicale și a contractului-cadru pe 2010 a întâmpinat proteste din partea pacienților și a medicilor de familie. Introducerea sistemului de coplată și a pachetului minim de servicii în spitale, au provocat nemulțumiri în rândul persoanelor vârstnice.

Principalele critici se referă la birocrația introdusă de noul sistem și limitarea accesului la îngrijire medicală pentru o parte din pacienți.

Persoanele vârstnice au solicitat: stabilirea coplății în funcție de veniturile pensionarilor, eliminarea normei de consultare a 20 pacienți într-o zi, eliminarea programărilor la medicul de familie și a planificării la farmacie.

## 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: etnice sau rasiale; 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.

Așa cum se arată în documentul strategic al Ministerului Sănătății (Planul Strategic al Ministerului Sănătății 2008 – 2010) 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. Vârstnicii sunt multiplu defavorizați de caracteristicile vârstei, al expunerii la deprecierea veniturilor și a stării de sănătate, iar pentru populația din mediul rural se adaugă lacunele infrastructurii sistemului de sănătate.

Studiul “Starea de sănătate a populației din România”, realizat în anul 2008 de Institutul Național de Statistică în colaborare cu Institutul Irecson și care prezintă date statistice cu privire la perceperea stării de sănătate de către populație, utilizarea serviciilor de îngrijire medicală, indicatori socio-demografici etc, a confirmat că cel mai ridicat nivel al consumului de medicamente prescrise sau recomandate de un medic se întâlnește la persoanele vârstnice: 73,0% dintre bărbații cu vârsta de 75 de ani și peste și 79,2 dintre femeile din cadrul aceleiași grupe de vârstă.

**Ponderea populației care în ultimele săptămâni a utilizat medicamente prescrise sau recomandate de un medic, pe sexe și grupe de vârstă**

	0-14 ani	15-24 ani	25-34 ani	35-44 ani	45-54 ani	55-64 ani	65-74 ani	75+ ani	Total
femei	6,7%	7,7%	13,4%	19,9%	39,1%	58,0%	<b>68,7%</b>	<b>79,2%</b>	31,4%
bărbați	6,4%	4,4%	7,2%	13,2%	26,7%	47,6%	<b>56,9%</b>	<b>73,0%</b>	21,4%

Aceeași lucrare identifică tipul problemei pentru care au fost utilizate medicamente, pe categorii de vârstă, în cazul persoanelor vârstnice (peste 65 ani) evidențiindu-se frecvența unor afecțiuni care necesită tratament medicamentos:

- % -

Tipul problemei pentru care au fost utilizate medicamente	65-74 ani	74 ani și peste
Astm	4,7	7,2
Bronșită cronică, alte boli pulmonare obstructive sau emfizem	5,2	4,8
Tensiune arterială ridicată	54,6	56,4
Scăderea nivelului colesterolului	6,5	7,8
Alte boli cardiovasculare, ex accidental cerebral, atacul de cord	10,5	11,2
Boli ale articulațiilor (artroză, artrită)	25,2	32,4
Dureri de ceafă sau spate	18,4	21,8
Dureri de cap sau migrene	11,7	12,3
Alte dureri	10,3	13,5
Diabet	12,2	9,5
Simptome alergice	1,2	0,5
Probleme cu stomacul	5,9	6,4

Cancer (chimioterapie)	1,1	0,7
Depresie	1,9	1,9
Tensiune sau anxietate	3,0	3,7
Medicamente pentru dormit	11,6	13,0
Antibiotice	4,3	6,0
Hormoni (medicamente hormonale) pentru menopauză	0,2	0,1
Alte medicamente	6,1	5,9

Asemenea studii sunt utile și ar trebui să stea la baza configurării listelor de medicamente destinate anumitor categorii de populație expuse riscului de îmbolnăvire și consumatoare de medicamente, incluzând programul de compensare cu 90% a medicamentelor pentru persoanele vârstnice cu venituri mici.

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. Comparațiile realizate între diferite experiențe internaționale pe baza raportului cheltuieli/rezultate pot constitui un ghid util referitor la eficientizare.

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, în rândul cărora persoanele vârstnice reprezintă o categorie importantă din cauza polipatologiei prezente la vârsta a treia .

*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. Același trend demografic îl 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 vin 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 decât la nivelul prețului de referință și numai când prețul de referință coincide cu prețul de vânzare gratuitatea este totală.*

Programul de compensare cu 90% a medicamentelor a produs unele nemulțumiri în rândul pensionarilor din cauza prețului de referință practicat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. *Din cauza acestui preț de referință compensarea nu este întotdeauna efectiv de 90% ci mult mai mică, pacientul fiind nevoit să plătească pentru diferența dintre prețul de raft și prețul de referință.*

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 și care trebuie avute în vedere la elaborarea legislației și a strategiilor în domeniul sănătății sunt:

- lipsa medicamentelor gratuite și compensate din 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

**Aderarea la Uniunea Europeană presupune recunoașterea valorilor comune care orientează demersurile atât pentru cei care elaborează strategiile în domeniul sănătății publice, cât și ale practicienilor care asigură servicii directe populației în programe curative, de prevenție sau paleative.**

**Acestea sunt:**

- respectarea dreptului la ocrotirea sănătății populației;
- garantarea calității și siguranței actului medical;
- creșterea rolului serviciilor preventive;
- garantarea accesibilității la servicii,
- respectarea dreptului la libera alegere și a egalității de șanse;
- aprecierea competențelor profesionale și încurajarea dezvoltării lor;
- transparența decizională;
- realizarea efectivă a accesului egal al cetățenilor la îngrijirile sanitare de bază;
- creșterea calității vieții, prin îmbunătățirea calității și siguranței actului medical;
- apropierea de indicatorii de sănătate și demografici ai țărilor civilizate, în același timp cu scăderea patologiei specifice țărilor subdezvoltate.

**Implementarea măsurilor cuprinse Planul Strategic al Ministerului Sănătății pentru perioada 2008 – 2010, trebuie să răspundă în totalitate problemelor de sănătate publică prioritare, precum și nevoilor grupurilor populaționale 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 geografice. 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;
- 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”, preconizat 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 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/partial 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 relementărilor 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 :

- identificarea de resurse financiare și suplimentarea fondurilor pentru compensarea medicamentelor pentru a nu se mai creea blocaje în farmacii la eliberarea rețetelor compensate și gratuite;
- simplificarea modalității de prescriere deoarece actualele formulare de rețetă conțin foarte multe date care îngreunează prescrierea și eliberarea medicamentelor gratuite și compensate;
- implementarea dosarului electronic al pacientului, care va eficientiza sistemul de prescriere a tratamentului sau al trimerilor după caz;
- 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 creea 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 (compensițiilor) 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.

***Șef birou analize și studii,***

**Alina Matei**

***Realizator,***

**Simona Ghiță**

**Olguța Mihart**

## BIBLIOGRAFIE

1. **“Starea de Sănătate a Populației din România”**, I.N.S. și Institutul Irecson, București, 2008
2. **”Dimensiuni ale incluziunii sociale în România”** , Institutul Național de Statistică, 2008
3. C. Vlădescu (coordonator), **“Sănătate Publică și management sanitar. Sisteme de sănătate”**, București, CPSS Publishing House, 2004
4. Cristina Doboș, **“Finanțarea Sistemelor de Sănătate în Țările Uniunii Europene. România în Context European”**, Calitatea Vieții, XIX, nr. 1-2, Ed. Academiei, 2008
5. **“Health and care in an enlarged Europe”**, Europe Foundation for the Improvement of living and Working Conditions, 2003
6. **„Human development reports”** , *www. undp.org*.
7. **Planul strategic al Ministerului Sănătății pentru perioada 2008-2010**
8. **„România: Raport de evaluare a sărăciei”** , Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, Noiembrie 2007
9. **Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 409 din 01 aprilie 2010** (cu modificările și completările ulterioare) pentru aprobarea listei de medicamente de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală
10. **H.G. nr. 262 din 1 aprilie 2010** pentru aprobarea Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010
11. **Ordinul comun nr. 265/408/2010** al ministrului sănătății publice 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 2010.

## **Sinteză cu aspectele identificate la nivel de județ de consiliile persoanelor vârstnice**

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Alba**

- Casa de Asigurări de Sănătate a încheiat un număr de 63 contracte cu farmacii din mediul urban.
- Pentru a veni în sprijinul asiguraților, aceste farmacii și-au deschis și 51 puncte de lucru.
- Nu sunt probleme în ceea ce privește prescrierea și eliberarea de medicamente gratuite și compensate, acestea găsindu-se permanent la farmacii.
- Persoanele vârstnice s-au declarat mulțumite de modul în care se desfășoară relațiile cu medicii de familie.
- Lista de medicamente gratuite și compensate acoperă în general întreaga patologie a persoanelor vârstnice.
- Relația dintre farmacii și casele teritoriale de sănătate se află în limite normale.

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Arad**

- Fondurile alocate pentru al II-lea semestru în 2009 au acoperit consumul în întregime.
- Decontarea între CAS și farmacii se desfășoară normal.
- Medicamentele prescrise se găsesc în farmacii.
- Nu s-au reclamat cazuri de refuz din partea medicilor de familie pentru consultarea persoanelor vârstnice.
- În județul Arad sunt 165 de farmacii, dintre care 55 sunt situate în mediul rural.
- Lista de medicamente gratuite și compensate nu acoperă întreaga patologie a persoanelor vârstnice.



### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Argeș**

- Fondurile alocate pentru al II-lea semestru în 2009 au acoperit consumul în întregime.
- Decontarea între CAS și farmacii se desfășoară normal.
- Medicamentele prescrise se găsesc în farmacii.
- În județul Argeș sunt 96 de farmacii, dintre care 52 sunt situate în municipiul Arad.
- Lista de medicamente gratuite și compensate nu acoperă întreaga patologie a persoanelor vârstnice. Lipsesc medicamente destinate unor afecțiuni precum astm, cord pulmonar cronic, reumatism, afecțiuni digestive.
- Persoanele vârstnice s-au declarat mulțumite de modul în care se desfășoară relațiile cu medicii de familie (CNAS are contracte cu 2.725 medici de familie și 243 de specialiști).

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Bacău**

- În semestrul al II-lea 2009 s-au înregistrat disfuncționalități în ceea ce privește acordarea de servicii și prestații pentru persoanele vârstnice.
- Persoanele vârstnice s-au declarat mulțumite de modul în care se desfășoară relațiile cu medicii de familie.
- Lista de medicamente gratuite și compensate acoperă în general întreaga patologie a persoanelor vârstnice.
- CJAS Bacău și-a îmbunătățit relația de decontare cu farmaciile, însă aceștia din urmă continuă să fie nemulțumiți de întârzierea cu care și primesc banii.

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Bihor**

- Lista de medicamente gratuite și compensate nu acoperă întreaga patologie a persoanelor vârstnice.
- Accesul persoanelor vârstnice la medicul de familie și la unitățile farmaceutice din mediul rural este redus.

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Bistrița-Năsăud**

- Necesarul de fonduri alocate lunar farmaciilor pentru eliberarea medicamentelor compensate și gratuite a fost acoperit.
- În general medicamentele prescrise de medicii de familie se găsesc în farmacii.
- Majoritatea punctelor farmaceutice sunt în mediul urban, iar în rural numărul și amplasarea acestora reușesc acoperirea strictului necesar.
- În privința relației dintre medicii de familie și persoanele vârstnice nu s-au raportat incidente sau cazuri de refuz.
- Colaborarea dintre CJAS și farmacii este una bună, fără incidente.

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Brașov**

- Fondurile alocate nu au acoperit necesarul.
- A fost posibilă buna aprovizionare cu medicamentele prescrise pacienților, în farmaciile din mediul urban (144) și în mediul rural (38), număr aflat în scădere față de anul trecut când existau 186 unități în relație contractuală cu casa de sănătate.
- Asistența medicală primară se asigură corespunzător, persoanele vârstnice sunt consultate și li se prescriu rețete gratuite și compensate de medicamente.
- Lista de medicamente acoperă întreaga patologie a vârstei a treia.
- Relația dintre farmacii și casele teritoriale de sănătate este una tensionată.

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Brăila**

- Din bugetul alocat pentru al II-lea semestru din 2009, s-au cheltuit pentru medicamentele compensate și gratuite în jur de 34335,42 mii lei din care 30% au fost pentru persoanele vârstnice.
- Nu s-au semnalat probleme în aprovizionarea cu medicamente sau în ceea ce privește accesul la medicul de familie.

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice– sectorul 1 București**

- Fondurile alocate pentru al II-lea semestru în 2009 au acoperit consumul în întregime.
- Decontarea între CAS și farmacii se desfășoară normal.

- Medicamentele prescrise se găsesc în farmacii.
- Nu s-au reclamat cazuri de refuz din partea medicilor de familie pentru consultarea persoanelor vârstnice.

**PROPUNERI :**

- găsirea unei metode care să faciliteze accesul pacienților la medicii de familie care în prezent sunt mult prea aglomerați.

**Consiliul Persoanelor Vârstnice – sectorul 2 București**

- Fondurile alocate sunt suficiente.
- Medicamentele se găsesc în farmacii.
- Persoanelor vârstnice nu întâmpină greutăți la farmacii pentru obținerea medicamentelor.
- Repartiția teritorială a farmaciilor depășește necesarul.
- Colaborarea cu medicii de familie este bună.
- Nu este acoperită întreaga patologie a persoanelor vârstnice, lipsind preparatele gerontologice, tratamentele fortifiante, vitaminele etc.
- Relația dintre farmacii și casele teritoriale de sănătate se află în limite normale.

**Consiliul Persoanelor Vârstnice – sectorul 4 București**

- Fondurile alocate sunt suficiente.
- Medicamentele se găsesc în farmacii.
- Persoanelor vârstnice nu întâmpină greutăți la farmacii pentru obținerea medicamentelor.
- Repartiția teritorială a farmaciilor depășește necesarul.
- Colaborarea cu medicii de familie este bună.
- Este acoperită întreaga patologie a persoanelor vârstnice.
- Relația dintre farmacii și casele teritoriale de sănătate se află în limite normale.

**Consiliul Persoanelor Vârstnice – sectorul 5 București**

- Medicamentele pentru tratarea afecțiunilor hepatice nu mai sunt compensate.
- Pe durata internării în spital pacienții sunt obligați să-și cumpere singuri medicamentele și materialele sanitare necesare.

**PROPUNERI :**

- stabilirea copletei în funcție de veniturile pensionarilor,
- eliminarea normei de consultare a 20 pacienți într-o zi (acest număr este insuficient având în vedere că un medic de familie are în evidență 1.000 de pacienți).

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Călărași**

- Medicamentele prescrise s-au găsit în farmaciile din mediul urban dar și rural, vârstnicii neîntâmpinând greutăți în procurarea lor.
- Lista de medicamente gratuite și compensate acoperă întreaga patologie.
- Decontarea între CAS și farmacii se desfășoară normal.
- În cele 2 municipii și 3 orașe, precum și în cele 50 de comune funcționează 47 de farmacii ce au contracte cu CAS:
  - 29 farmacii în urban,
  - 23 farmacii în rural.
- După epuizarea fondurilor alocate pentru semestrul al II-lea, conducerea CAS a încheiat protocoale cu cele 47 de farmacii pentru ca decontările să se facă în trimestrul I din 2010. În prezent decontările au fost achitate integral pe 2009.

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Caraș - Severin**

- Fondurile alocate pentru al II-lea semestru în 2009 au acoperit consumul în întregime.
- În județul Caraș Severin s-au încheiat 39 de contracte cu furnizorii de servicii farmaceutice, având 66 de farmacii în mediul urban și 12 puncte farmaceutice în mediul rural.
- Colaborarea cu medicii de familie în vederea prescrierii rețetelor gratuite și compensate pentru persoanele vârstnice se desfășoară în condiții optime, fără reclamații.
- Lista de medicamente acoperă întreaga patologie a vârstei a treia.
- Situația decontărilor este satisfăcătoare, neexistând conflicte.

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Cluj**

- Fondurile alocate pentru al II-lea semestru în 2009 au acoperit consumul în întregime.
- În județul Cluj sunt 99 unități farmaceutice în rural, raportându-se 9

comune fără o astfel de unitate (12%).

➤ Sunt probleme în ceea ce privește eliberarea medicamentelor compensate sau gratuite de către medicii datorită procesului complicat de acordare a acestora.

**PROPUNERI :**

- îmbunătățirea organizării și funcționării procesului de acordare a medicamentelor gratuite și compensate.

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Constanța**

➤ Au fost alocate fonduri în valoarea de 10.480.000 lei, iar pentru bolile cronice încă 80.016 lei. Fondurile alocate acoperă 80% din cerințe.

➤ Medicamentele prescrise se găsesc în farmacii, iar în cazul în care acestea lipsesc, se fac comenzi la furnizori, această problemă rezolvându-se în 24/48 de ore.

➤ Farmacii sau puncte farmaceutice din mediul rural se găsesc în 58 de comune din totalul de 83.

➤ În întreg județul sunt 285 de farmacii sau puncte farmaceutice, din care 167 acreditate CJAS și 9 au program non-stop.

➤ Decontarea între farmacii și CJAS este restantă cu câteva luni.

**PROPUNERI :**

- elaborarea unei noi liste de medicamente gratuite și compensate, prin adăugarea de noi medicamente specifice afecțiunilor de sănătate ale persoanelor vârstnice.

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Covasna**

➤ Medicamentele prescrise se găsesc în farmacii, iar în cazul în care acestea lipsesc, se fac comenzi la furnizori, această problemă rezolvându-se în 24/48 de ore.

➤ Eliberarea medicamentelor gratuite și compensate se face printr-un număr de 234 de farmacii, repartizate astfel:

- 128 în mun. Craiova;
- 25 în mediul urban;
- 81 în mediul rural.

➤ Fondurile alocate în semestru al II-lea 2009, au reușit să acopere cerințele persoanelor vârstnice.

➤ Sunt 400 de medici de familie care acoperă toate unitățile administrative-teritoriale de la nivelul județului Dolj.

- Relațiile de decontare între CAS Dolj și farmacii se desfășoară în condiții normale. La sfârșitul lunii aprilie au rămas să fie plătite integral facturile pentru luna august 2009 și parțial pentru noiembrie.

#### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Dâmbovița**

- Fondurile alocate pentru al II-lea semestru în 2009 au acoperit consumul în întregime.
- Decontarea între CAS și farmacii se desfășoară normal.
- Medicamentele prescrise s-au găsit în farmaciile din mediul urban dar și rural, vârstnicii neîntâmpinând greutăți în procurarea lor.
- CAS Dâmbovița se află în relații contractuale cu 82 de societăți farmaceutice, care eliberează medicamente compensate și gratuite prin intermediul a 106 farmacii (58 în urban, 53 în rural).

#### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Galați**

- Fondurile alocate pentru al II-lea semestru în 2009 au acoperit parțial consumul.
- Nu s-a decontat suma de 3207,87 mii lei cheltuită pentru tratarea bolilor cronice.
- La nivelul județului funcționează 77 farmacii și 140 de puncte farmaceutice.
- Decontarea între CAS și farmacii se realizează tardiv.

#### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Giurgiu**

- Fondurile alocate farmaciilor pe semestrul al II-lea 2009 au fost de 22.300.000 ron, acestea acoperind necesarul.
- Medicamentele prescrise s-au găsit în farmaciile din mediul urban dar și rural, vârstnicii neîntâmpinând greutăți în procurarea lor.
- Lista de medicamente gratuite și compensate acoperă întreaga patologie.
- Decontarea între CAS și farmacii se desfășoară normal.
- Județul Giurgiu are în componență 3 orașe și 54 de comune, repartitia farmaciilor fiind următoarea:
  - 28 farmacii în mediul urban,
  - 30 de farmacii și puncte de lucru în mediul rural.

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Gorj**

- Fondurile alocate lunar pentru medicamentele compensate și gratuite nu acoperă cerințele.
- Nu s-au reclamat cazuri de refuz din partea medicilor de familie pentru consultarea persoanelor vârstnice.
- Lista de medicamente nu acoperă întreaga patologie a vârstei a treia.
- Relațiile de decontare între CAS Gorj și farmacii se desfășoară în condiții normale.

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Hunedoara**

- Fondurile alocate pentru ale II-lea semestru 2009 au acoperit necesarul.
- Nu s-au reclamat cazuri de refuz din partea medicilor de familie pentru consultarea persoanelor vârstnice.
- Introducerea sistemului de coplată și a pachetului minim de servicii în spitale, au provocat nemulțumiri în rândul persoanelor vârstnice.
- Colaborarea cu medicii de familie în vederea prescrierii rețetelor gratuite și compensate pentru persoanele vârstnice se desfășoară în condiții optime.
- Situația decontărilor nu este satisfăcătoare, existând conflicte.
- Numărul de farmacii din județ este suficient pentru acoperirea nevoilor.

#### **PROPUNERI :**

- reevaluarea listelor de medicamente pentru acoperirea întregii patologii a vârstnicilor;
- simplificarea prescrierii medicamentelor și implementarea evidenței situației patologice în format electronic;
- realizarea deducerii medicamentelor în localitățile izolate;
- suplimentarea fondurilor pentru decontarea medicamentelor.

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Ialomița**

- Eliberarea medicamentelor gratuite și compensate a fost asigurată permanent și corespunzător.
- Colaborarea cu medicii de familie este în general mulțumitoare.
- Lista de medicamente nu acoperă întreaga patologie a vârstei a

treia.

- CAS Ialomița este în relații contractuale cu un număr de 47 de farmacii (15 în mediul rural și 32 în urban).
- S-au înregistrat nemulțumiri cu privire la introducerea coplatei, programării la medicul de familie și planificarea la farmacii.

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Iași**

- În județul Iași sunt 360 de farmacii, cu 7 mai mult decât este necesar (calculat la numărul de locuitori).
- În mediul rural medicii de familie nu ajung de câte ori este nevoie, în plus vizitele la domiciliu sunt inexistente sau foarte rare.
- Patologia este asigurată în ciuda faptului că nu se mai prescriu medicamente scumpe, motivând lipsa de fonduri și efectul similar cu al unora mai puțin costisitoare.
- Situația decontărilor este satisfăcătoare, neexistând conflicte.
- Persoanele vârstnice sunt nemulțumite de introducerea sistemului de coplată, și la nivel local de perceperea de taxe pentru intrarea în spital a celor veniți în vizită și folosirea liftului.

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Ilfov**

- Nu s-au raportat disfuncționalități în ceea ce privește eliberarea medicamentelor necesare vârstnicilor.
- În județul Ilfov se află :
  - 42 de farmacii în mediul urban,
  - 30 în mediul rural,
  - 11 puncte farmaceutice în rural,
  - 3 puncte farmaceutice în urban,
  - 3 farmacii în mediul rural, care nu au contract cu CAS Ilfov.
- Toate mediamentele prescrise se găsesc în farmacii, persoanele vârstnice având prioritate la eliberarea medicamentelor compensate și gratuite.
- Nu au existat sesizări împotriva medicilor de familie.
- În semestrul al II-lea 2009 contractele cu farmaciile s-au realizat în totalitate, existând o legătură de strânsă colaborare între CAS Ilfov, farmacii și medicii de familie.



### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Maramureș**

- Fondurile alocate lunar pentru eliberarea medicamentelor acoperă cerințele.
- Colaborarea cu medicii de familie în vederea prescrierii rețetelor gratuite și compensate pentru persoanele vârstnice se desfășoară în condiții optime, nefiind reclamații.
- În județul Maramureș sunt 107 farmacii dintre care 24 sunt în mediul rural.
- Situația decontărilor este satisfăcătoare, neexistând conflicte.
- Persoanele vârstnice sunt nemulțumite de introducerea sistemului de coplată.

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Mureș**

- Fondurile alocate lunar pentru eliberarea medicamentelor acoperă cerințele.
- Colaborarea cu medicii de familie în vederea prescrierii rețetelor gratuite și compensate pentru persoanele vârstnice se desfășoară în condiții optime, nefiind reclamații.
- Au fost încheiate contracte cu 306 medici de familie, din care 164 pentru mediul urban și 142 în rural.
- În județul Mureș sunt 138 de farmacii în mediul urban și 111 în rural.
- Situația decontărilor este satisfăcătoare, neexistând conflicte.

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Mehedinți**

- Colaborarea cu medicii de familie în vederea prescrierii rețetelor gratuite și compensate pentru persoanele vârstnice se desfășoară în condiții optime, nefiind reclamații.
- Lista de medicamente acoperă întreaga patologie a vârstei a treia.
- Situația decontărilor este satisfăcătoare, neexistând conflicte.
- În județul Mehedinți sunt 56 de farmacii și 30 de puncte de lucru, repartizate astfel:
  - 51 în mediul urban
  - 36 în mediul rural

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Neamț**

- Fondurile alocate pentru eliberarea medicamentelor gratuite și compensate acoperă în proporție de 60-70% din nevoi.
- Medicamentele gratuite și compensate distribuite prin farmaciile din județ nu acoperă solicitările.
- Nu s-au reclamat cazuri de refuz din partea medicilor de familie pentru consultarea persoanelor vârstnice.
- Lista de medicamente nu acoperă întreaga patologie a vârstei a treia.
- Decontarea este defectuoasă, însă relația dintre CASJ și farmacii se desfășoară la parametrii normali.

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Olt**

- Fondurile alocate lunar pentru medicamentele compensate și gratuite nu acoperă cerințele.
- Lista de medicamente nu acoperă întreaga patologie a vârstnicilor.
- Decontarea este defectuoasă, însă relația dintre CASJ și farmacii se desfășoară la parametrii normali.

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Sălaj**

- Farmaciile aflate în contract cu CAS nu au prevăzut un buget pentru eliberarea medicamentelor compensate și gratuite, bugetul se află la nivelul casei.
- Asigurații și farmaciile au semnalat goluri în aprovizionarea cu medicamente.
- În mediul urban asigurarea medicamentelor se desfășoară în limite normale, probleme înregistrându-se în rural (o farmacie la 3.000 de locuitori).
- Lista de medicamente nu acoperă întreaga patologie a vârstnicilor.

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Sibiu**

- Relațiile de decontare dintre farmacii și CJAS sunt la parametrii normali.
- Fondurile alocate lunar pentru eliberarea medicamentelor acoperă cerințele.

- Medicii de familie sunt nemulțumiți de noul contract cadru.
- Măsurile restrictive introduse de Ministerul Sănătății privitor la eliberarea și plata concediilor medicale de boală au provocat nemulțumirii în rândul personalului salariat și a medicilor.

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Suceava**

- Fondurile alocate lunar pentru eliberarea medicamentelor acoperă cerințele.
- Colaborarea cu medicii de familie în vederea prescrierii rețetelor gratuite și compensate pentru persoanele vârstnice se desfășoară în condiții optime, nefiind reclamații.
- În județ sunt 79 de farmacii în mediul urban și 36 în rural.
- Situația decontărilor este satisfăcătoare, neexistând conflicte.

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Teleorman**

- În anul 2009 s-au alocat pentru medicamente cu/fără contribuție personală suma de 31.805 mii lei din care 16.217 mii lei pentru semestrul al II-lea. Aceste sume fiind mai mici cu 20% față de anul 2008.
- La 31.12.2009 au rămas nedecontate farmaciilor următoarele sume:
  - 21.606 mii lei medicamente cu și fără contribuție;
  - 3.136 mii lei pentru medicamente pe programe naționale;
  - 190 mii lei pentru materiale sanitare.
- Colaborarea cu medicii de familie în vederea prescrierii rețetelor gratuite și compensate pentru persoanele vârstnice se desfășoară în condiții optime, nefiind reclamații.
- În mediul rural sunt 115 medici de familie, iar în urban 63.
- Sunt înscrise la medicul de familie un număr de 125.722 de persoane vârstnice.
- În întreg județul sunt 62 de farmacii, din care 45 în mediul urban și 17 în rural, iar în 33 de localități rurale sunt puncte farmaceutice.
- Medicamentele prescrise se găsesc în farmacii, iar în cazul în care acestea lipsesc, se fac comenzi la furnizori, această problemă rezolvându-se în 24 de ore.
- Se acordă gratuit un număr de 6.096 medicamente, iar compensate cu 90% sunt 1.555 medicamente și 789 medicamente compensate cu 50%.
- Lista de medicamente acoperă întreaga patologie pentru persoanele

vârstnice.

- Introducerea sistemului de coplată și a pachetului minim de servicii în spitale, au provocat nemulțumiri în rândul persoanelor vârstnice.
- Măsurile restrictive introduse de Ministerul Sănătății privitoare la eliberarea și plata concediilor medicale de boală au provocat nemulțumiri în rândul personalului salariat și a medicilor.

**PROPUNERI :**

- mărirea numărului de farmacii din mediul rural;
- elaborarea unor studii și analize care să aibă în vedere cauzele care duc la agravarea stării de sănătate a populației în general, a persoanelor vârstnice în mod special.

**Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Timiș**

- Fondurile alocate pentru al II-lea semestru 2009 nu au acoperit în totalitate necesarul.
- Nu s-au reclamat cazuri de refuz din partea medicilor de familie pentru consultarea persoanelor vârstnice.
- Introducerea sistemului de coplată și a pachetului minim de servicii în spitale, au provocat nemulțumiri în rândul persoanelor vârstnice.
- Colaborarea cu medicii de familie în vederea prescrierii rețetelor gratuite și compensate pentru persoanele vârstnice se desfășoară în condiții optime, nefiind reclamații.
- Situația decontărilor nu este satisfăcătoare, existând conflicte.
- Numărul de farmacii din județ este suficient pentru acoperirea nevoilor.

**Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Tulcea**

- Fondurile alocate pentru semestrul al II-lea în 2009 au fost de 21.775 lei în condițiile în care rețetele eliberate în această perioadă au însumat 43.284 lei.
- Lista de medicamente nu acoperă întreaga patologie pentru persoanele vârstnice.
- Medicamentele gratuite și compensate distribuite prin farmaciile din județ nu acoperă solicitările.
- În județul Tulcea funcționează:

- 96 cabinete de medicină primară (50 în urban și 46 în rural),
  - 2 ambulatorii de spital,
  - 45 cabinete particulare de specialitate (41 au contract cu CJAS),
  - 3 spitale și 1 centru de sănătate,
  - 38 de farmacii cu circuit deschis (din care 12 au 31 de puncte farmaceutice în mediul rural)
- Nu s-au reclamat cazuri de refuz din partea medicilor de familie pentru consultarea persoanelor vârstnice.
- Nu s-a reușit contractarea unui medic cardiolog, această afecțiune având o pondere însemnată în județul Tulcea.

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Vaslui**

- În semestrul al II-lea 2009 au fost alocate 25.050.135 lei pentru medicamente compensate și gratuite, aceste fonduri acoperind necesarul.
- Pentru acordarea și eliberarea medicamentelor în regim compensat și gratuit CJAS Vaslui a încheiat contracte cu 180 de medici de familie și 65 de farmacii, din care 18 se află în mediul rural.
- Medicamentele prescrise se găsesc în farmacii, iar în cazul în care acestea lipsesc, se fac comenzi la furnizori, această problemă rezolvându-se în 24/48 de ore.
- Sunt probleme deosebite cu prescrierea rețetelor pentru bolnavii de diabet din lipsa medicilor de specialitate (2 medici în tot județul).
- Decontare între farmacii și CJAS se face la 90 de zile pentru Programele Naționale de Sănătate și la 180 de zile în cazul medicamentelor în regim compensat și gratuit.

### **Consiliul Persoanelor Vârstnice al Județului Vrancea**

- În semestrul al II-lea 2009 fondurile alocate au asigurat 70% din valoarea medicamentelor cu regim gratuit și compensat, acumulându-se restanțe de plată către farmacii.
- Medicamentele prescrise se găsesc în farmaciile din mediul urban, probleme fiind întâlnite în rural.
- Sunt probleme în ceea ce privește aprovizionarea farmaciilor cu medicamente specifice unor boli cronice sau incurabile.
- Farmaciile sunt numeroase în urban, iar în mediul rural 40 de

localități ajung să fie deservite de un singur punct farmaceutic.

- Existența unei relații tensionate între CJAS, medicii de familie și farmaciști, a dus la îngreunarea obținerii medicamentelor necesare persoanelor vârstnice.
- Lista de medicamente nu acoperă întreaga patologie a vârstei a treia.