



**CONSILIUL NAȚIONAL AL
PERSOANELOR VÂRSTNICE**

**Acordarea medicamentelor
în regim gratuit și compensat
în România**

**octombrie
2015**

Cuprins

1. Sistemul de sănătate în România.....	3
1.1. Prezentare generală.....	3
1.2. Acordarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.....	11
1.2.1. Prevederi legislative.....	11
1.2.2. Disfuncționalități.....	22
2. Concluzii.....	31
3. Propuneri	35
<i>Bibliografie.....</i>	40

Capitolul 1

SISTEMUL DE SĂNĂTATE ÎN ROMÂNIA

1.1. Prezentare generală

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

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

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

Populația de vârstă a treia, respectiv persoanele peste 65 de ani, în ianuarie 2015, reprezenta 15,3% din totalul populației, față de 11,0% în anul 1992. Această creștere considerabilă a ponderii vârstnicilor necesită să fie urmată de strategii și programe concrete care să asigure servicii de îngrijire a

sănătății profilactice și curative, în cadrul sistemului de sănătate publică, care să răspundă nevoilor unei categorii de populație dezavantajată atât de factorii perioadei de regresie specifică vârstei, cât și de factorii sociali, care determină calitatea vieții.

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

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

x
x x

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

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

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

Tabelul nr. 1

Ponderea cheltuielilor publice pentru sănătate în PIB

Anul	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
%	3,7	4,0	4,0	4,1	3,8	3,7	3,3	3,7	3,9	3,7	3,7	3,5	3,8	4,4	3,7

Sursa: Date furnizate de Ministerul de Finanțe

Totodată, comparând **ponderea cheltuielilor totale cu sănătatea** în PIB pentru un număr de 19 state din Uniunea Europeană în anul 2013, (site-ul Eurostat), constatăm că la aproape toate țările ponderea nu a depășit 10,0%, iar România, cu 4,3%, se situează pe penultimul loc.

Tabelul nr. 2

Ponderea cheltuielilor totale cu sănătatea în PIB

- în procente-

Austria	Belgia	Cehia	Croația	Estonia	Finlanda	Franța
8,4	8,5	6,0	5,8	4,5	7,1	9,0
Grecia	Germania	Lituania	Olanda	Polonia	Portugalia	România
6,8	8,7	3,5	10,3	4,6	6,3	4,3
Slovacia	Slovenia	Spania	Suedia	Ungaria		
5,8	6,6	6,3	7,9	5,1		

X

X X

Persoanele asigurate beneficiază de pachetul de bază de servicii medicale odată cu începerea plății contribuției la fond, condiția fiind ca acestea să se înscrie pe listele unui medic de familie. Excepție fac următoarele categorii sociale, care au dreptul la un pachet de servicii de bază fără plata contribuției la fondul asigurărilor sociale:

- veteranii de război și văduvele de război – conform Legii nr.44/1994;
- persoanele persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și cele deportate în străinătate ori constituite în prizonieri – conform Legii nr. 189/2000;

- persoanele persecutate, din motive etnice, de către regimurile instaurate în România cu începere de la 6 septembrie 1940 până la 6 martie 1945 – conform Legii nr. 189/2000;
- persoanele cu handicap – conform Legii 448/2006.
- persoanele care și-au pierdut total sau parțial capacitatea de muncă, mării mutilați, răniții, urmașii și părinții celor care au decedat ca urmare a participării la lupta pentru victoria Revoluției din decembrie 1989, și care dețin titlu de Luptător pentru Victoria Revoluției Române din Decembrie 1989 – conform Legii nr. 42/1990;
- pensionarii care au venituri până la limita supusă impozitării.

Având calitatea de asigurat, persoanele vârstnice solicită eliberarea de medicamente gratuite și compensate pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii specialiști și medicii de familie.

x

x x

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

Pentru evaluarea accesibilității, au fost analizați indicatori de proximitate care să identifice eventuale grupe de populație și /sau zone geografice dezavantajate în privința accesului la servicii, care ar trebui să fie vizate în politicile de dezvoltare. Factorii determinanți care influențează gradul de accesibilitate al populației la serviciile de sănătate sunt în general determinați 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 2013, din lucrarea „Dimensiuni ale incluziunii sociale în România” realizată de Institutul Național de Statistică, pe baza datelor din

Ancheta Bugetelor de Familie, rezultă că rata sărăciei relative a pensionarilor a fost de 12,0% pe total, 9,6% pentru sexul masculin și 13,6% pentru sexul feminin.

Atât rata sărăciei persoanelor vârstnice, cât și a pensionarilor a fost în creștere în perioada 2005 – 2013, cu precădere la sexul feminin (tabelul nr.3 și tabelul nr.4).

Tabelul nr.3

Rata sărăciei (%) pe grupe de vârstă

Anul	Sub 16 ani ¹	16-24 ani	25-49 ani	50-64 ani	65 ani și peste
2005	24,9	22,2	16,3	13,2	17,2
2006	25,4	21,2	16,5	14,5	18,7
2007	24,7	20,5	16,5	14,9	19,4
2008	25,9	20,9	16,9	13,5	16,2
2009	32,9	19,8			21,0
2010	31,3	19,2			16,7
2011	32,9	21,0			14,1
2012	34,6	21,0			15,4
2013	32,1	21,5			15,0

Sursa: Dimensiuni ale incluziunii sociale în România

Tabelul nr.4

Rata sărăciei (%) pensionarilor, pe sexe

2009			2010			2011			2012			2013		
Total	Fem.	Total	Fem.	Masc.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.
15,7	18,0	11,2	13,0	8,7	12,7	12,8	14,9	9,8	11,1	12,9	8,5	12,0	13,6	9,6

Sursa: Dimensiuni ale incluziunii sociale în România

Este important să evidențiem că fenomenul sărăciei la pensionari și fenomenul sărăciei la vârstnici nu se pot suprapune în România. Permisivitatea crescută pentru pensionările de invaliditate, anticipate și anticipate parțial, au redus dramatic vârsta medie reală de pensionare, făcând ca “pensionarii” să nu fie totuna cu „vârstnicii”. Astfel, în anul 2014, ponderea acestor categorii în numărul total de pensionari a fost de 15,8% pentru total pensionari, de 17,4% în sistemul pensionarilor de asigurări sociale de stat și de 1,0% pentru pensionarii agricultori.

¹La coloana sub 16 ani, pentru anii 2009-2013 a fost considerată populația sub 18 ani, iar în coloanele 16-24 ani, 25-49 ani, 50-64 ani, a fost cumulată populația de 18-64 ani

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

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

Analizele realizate au relevat că există inegalități regionale marcante în acoperirea populației cu personal medical. Astfel, în anul 2014, numărul de locuitori care revin la un medic în rural a fost de 7,5 ori mai mare decât în urban.

Cele mai favorizate regiuni din punct de vedere al numărului de locuitori care revin la un medic, la nivel de **total**, au fost București și Vest (182,2 respectiv 279,5 locuitori la un medic). În regiunea de București se înregistrează și cea mai bună acoperire cu medici în mediul **rural** (996,0 locuitori la un medic). Menționăm și faptul că în mediul rural există numeroase localități fără medic.

Tabelul nr. 5

Numărul de locuitori ce revin la un medic, pe regiuni, în anul 2014

	Total	București	Vest	Nord-Vest	Centru	Sud-Vest	Nord-Est	Sud-Est	Sud-Muntenia
locuitori/medic	362.4	182.2	279.5	332.5	354.6	414.8	463.2	512.3	660.5
-urban	217.6	166.3	188.9	193.5	224.7	229.2	224.0	314.4	337.6
-rural	1.626.7	996,0	1.217,5	1.639,5	1.683,0	1.344,6	1.933,5	1.826,3	1.760,1

Sursa: INS

Situația numărului de medici de familie care reveneau în medie la 1.000 de locuitori, pe regiuni de dezvoltare, ne arată că și din acest punct de vedere, ca și în cazul numărului de locuitori ce revin la un medic, regiunile cele mai defavorizate sunt Sud-Muntenia, Sud-Est și Nord-Est.

Tabelul nr. 6

Numărul mediu de medici de familie la 1.000 de locuitori, pe regiuni, în anul 2014

	Total	București	Vest	Nord-Vest	Centru	Sud-Vest	Nord-Est	Sud-Est	Sud-Muntenia
Medici de familie/1.000 locuitori – total, din care:	2,76	5,49	3,58	3,01	2,82	2,41	2,16	1,95	1,51
-urban	4,60	6,01	5,29	5,17	4,45	4,36	4,47	3,18	2,96
-rural	0,61	1,00	0,82	0,61	0,59	0,74	0,52	0,55	0,57

Sursa: INS

Reforma în domeniul sanitar demarată o dată cu promulgarea Legii nr. 95/2006 prevede **descentralizarea sistemului de sănătate** ca una dintre verigile procesului de modernizare și aliniere la standardele europene în domeniul sănătății. Atât reorganizarea, cât și descentralizarea finanțării și furnizării serviciilor de sănătate au început concomitent cu introducerea sistemului de asigurări sociale de sănătate, când, pentru prima dată, pacientul a fost pus în centrul sistemului de sănătate, prin posibilitatea liberei alegeri de către acesta a furnizorului de îngrijiri de sănătate.

În prezent, autoritățile administrației publice locale participă la finanțarea unor cheltuieli de administrare și funcționare, respectiv bunuri și servicii, reparații capitale, consolidare, extindere și modernizare, dotări cu echipamente medicale, a unităților sanitare publice de interes local, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație. Dar experiența ultimilor ani arată o implicare inegală a autorităților administrației publice locale în administrarea unităților sanitare, cu variații mari între zonele geografice, determinate fie de un management defectuos, fie de o distribuție inegală a resurselor financiare și umane. Totodată, se evidențiază inechități în accesul la serviciile de îngrijiri medicale, ceea ce determină dezechilibre în starea de sănătate a diferitelor grupuri de populație, a unor comunități din diferite zone geografice și a grupurilor defavorizate economic. Aceste disparități se manifestă prin indicatori de bază modești ai stării de sănătate (speranța de viață la naștere, mortalitatea infantilă, mortalitatea generală pe cauze de deces evitabile, grad de morbiditate, ani de viață în stare de sănătate), dar și prin nivelul scăzut de informare privind factorii de risc și de protecție pentru sănătate sau sistemul de îngrijiri de sănătate și pachetul de servicii de bază. Raportul Național al Dezvoltării Umane pentru România (PNUD) menționează existența unor enclave caracterizate de un indice scăzut al dezvoltării umane

(IDU) care se situează în cele mai multe cazuri în zonele greu accesibile ale județelor, departe de rețeaua principală de șosele. Satele cele mai sărace (cu IDU foarte scăzut) sunt de obicei izolate față de drumurile modernizate sau față de orașe, având chiar un rol marginal în cadrul comunelor de care aparțin. Accesul redus al persoanelor vârstnice la un tratament adecvat se reflectă nefavorabil asupra stării de sănătate conducând de multe ori la decese. Astfel, în anul 2013, din totalul de 249.321 decese, 86347 decese au fost din rândul bărbaților în vârstă de 65 ani și peste și 106104 decese au fost din rândul femeilor în vârstă de 60 ani și peste.

Tabelul nr. 7
Incidența numărului de îmbolnăviri noi la 100.000 persoane în anul 2014

Clase boli	Total	Masculin	Feminin
Total țară	73.686,91	64.648,68	82.336,29
Bolile infectioase si parazitare	2.715,57	2.501,77	2.920,18
Tumori	458,88	403,18	512,19
Bol. sing., ale org. hemat. si unele tulb. ale mec. de imun.	869,67	633,54	1.095,63
Boli endocrine, de nutritie si metabolism	2.945,51	2.261,78	3.599,83
Tulburari mentale si de comportament	1.184,88	915,48	1.442,69
Bolile sistemului nervos	1.590,76	1.338,07	1.832,57
Bolile ochiului si anexelor sale	2.591,25	2.334,94	2.836,53
Bolile urechii si apofizei mastoide	2.425,59	2.169,55	2.670,62
Bolile aparatului circulator	4.759,54	4.097,86	5.392,75
Bolile aparatului respirator	28.106,29	26.749,77	29.404,45
Bolile aparatului digestiv	7.860,34	6.928,55	8.752,04
Boli ale pielii si tesutului celular subcutanat	3.898,58	3.549,48	4.232,66
Bolile sist. osteo-articular, ale muschilor, tesutului conj.	6.542,25	5.498,49	7.541,11
Bolile aparatului genito-urinar	5.180,82	2.718,41	7.537,28
Sarcina, nasterea si lauzia	133,62	-	261,49
Unele afect. a caror origine se situeaza in perioada perinatale	18,53	19,06	18,03
Malformatii congenitale, deformatii si anomalii cromozomiale	54,38	53,89	54,86
Simptome, semne si rez. anormale ale investig. clinice si de lab.	959,22	852,54	1.061,31
Leziuni traumatice, otraviri si alte consecinte ale cauzelor ext.	1391,21	1.622,30	1.170,07

Sursa datelor: Ministerul Sănătății

Incidența² anumitor boli precum tumori, bolile aparatului respirator, circulator, ale aparatului digestiv sau leziunile traumatice în cazul persoanelor vârstnice (65 ani și peste) trebuie luate în considerare pentru alocarea de

² Numărul de îmbolnăviri noi raportat la 100.000 locuitori

fonduri în vederea prevenirii și tratării corespunzătoare a acestor boli, prin asigurarea accesului la serviciile medicale adecvate și medicamentele necesare.

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

1.2.1. 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. 400 din 13 mai 2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015.

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 modificată și aprobată prin Ordinul nr. 944 din 30 septembrie 2015.

Tabelul nr. 7

Numărul de medicamente cuprinse în listă în perioada 2009-2015

Sublista	Nr. medicamente DENUMIRI COMUNE INTERNAȚIONALE (Ordinul nr. 502 din 8 aprilie 2009)	Nr. medicamente DENUMIRI COMUNE INTERNAȚIONALE (Ordinul nr. 409 din 01 aprilie 2010, cu modificările și completările ulterioare)	Nr. medicamente DENUMIRI COMUNE INTERNAȚIONALE (Ordinul nr. 1002 din 28 decembrie 2011, cu modificările și Completările ulterioare)
A	1.471	1.562	1.518
B	626	788	1.032
C1	1.348	1.636	1.855
Total	3.445	3.986	4.405
Sublista	Nr. Medicamente DENUMIRI COMUNE INTERNAȚIONALE (Ordinul nr. 898 din 28 decembrie 2012, cu modificările și completările ulterioare)	Nr. Medicamente DENUMIRI COMUNE INTERNAȚIONALE (Ordinul nr. 591 din 12.09.2014)	Nr. Medicamente DENUMIRI COMUNE INTERNAȚIONALE (Ordinul nr. 944/30.09.2015)
A	1380	1327	1124
B	1121	1218	1030
C1	1690	1870	1626
Total	4191	4415	3780*

* la acestea se adaugă 127 medicamente cuprinse în Lista D (compensare 20%)

Pentru anul 2015 se constată o scădere pe total a numărului de medicamente, la toate cele trei subliste. O noutat o reprezintă introducerea unei noi liste cu o compensare de 20%, care cuprinde un număr de 127

denumiri comune internaționale. Chiar și așa numărul de medicamente este mai mic decât în anii anteriori.

Noul contract cadru este aprobat prin H.G. nr. 400 din 13 mai 2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015 și prevede modalitățile de prescriere și de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu modificată de H.G. nr 791/2015, care a intrat în vigoare începând cu 1 octombrie 2015.

- **Contractul cadrul pentru anul 2014-2015 prevede :**

Medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se eliberează de către farmaciile autorizate de Ministerul Sănătății, evaluate conform reglementărilor legale în vigoare, în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate. Toate farmaciile care dețin autorizație de funcționare în vigoare pentru distribuție cu amănuntul și sunt evaluate conform reglementărilor legale în vigoare sunt eligibile în ceea ce privește încheierea contractului de furnizare de medicamente cu casele de asigurări de sănătate, dacă dețin dovada respectării Regulilor de bună practică farmaceutică pe baza certificatului eliberat de Colegiul Farmaciștilor din România, avizat în ultimul an calendaristic. În cazul sancțiunii de suspendare a autorizației de funcționare, Ministerul Sănătății și Colegiul Farmaciștilor din România, după caz, au obligația de a notifica în scris caselor de asigurări de sănătate aplicarea acestei sancțiuni.

Lista cuprinzând DCI-uri 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, denumită în continuare listă, se elaborează în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare. Drepturile și obligațiile furnizorilor de medicamente.

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de medicamente evaluați au următoarele obligații:

a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate cu medicamentele al căror preț pe

unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință - pentru medicamentele din sublistele A, B și C - secțiunile C1 și C3;

b) să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiași DCI, cu prioritate la prețurile cele mai mici din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, în maximum 24 de ore pentru bolile acute și subacute și 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul /medicamentele din lista cu denumiri comerciale ale medicamentelor, dacă acesta /acestea nu există la momentul solicitării în farmacie; solicitarea de către asigurat se face în scris, iar farmacia trebuie să facă dovada demersurilor efectuate în acest sens;

c) să dețină documente justificative privind intrările și ieșirile pentru medicamentele și materialele sanitare eliberate în baza prescripțiilor medicale raportate spre decontare;

d) să verifice prescripțiile medicale în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora și a decontării contravalorii medicamentelor; medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale electronice /prescripțiile cu regim special pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante, care nu conțin toate datele obligatorii să fie completate de medic, prevăzute în formularul de prescripție medicală, nu se eliberează de către farmacii și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

e) să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în norme cu privire la eliberarea prescripțiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente și durata terapiei în funcție de tipul de afecțiune: acut, subacut, cronic;

f) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, utilizând platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de medicamente evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații;

g) să întocmească și să prezinte caselor de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite prin norme, documentele necesare în vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu - factura și alte documente justificative prevăzute în norme.

h) să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în condițiile stabilite prin norme; să nu elibereze medicamente pentru care este necesară prescripție medicală, în lipsa acesteia;

i) să funcționeze cu personal farmaceutic autorizat conform legii;

j) să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum și la modul de utilizare a acestora, conform prescripției medicale; să afișeze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și puse la dispoziție de către aceasta;

k) să respecte prevederile Codului deontologic al farmacistului, aprobat prin Decizia Adunării generale naționale a Colegiului Farmaciștilor din România nr. 2/2009 privind aprobarea Statutului Colegiului Farmaciștilor din România și a Codului deontologic al farmacistului, în relațiile cu asigurații;

l) să își stabilească programul de funcționare, pe care să îl afișeze la loc vizibil în farmacie, să participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuității privind furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții, și să afișeze la loc vizibil lista farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente, publicată pe pagina web a casei de asigurări de sănătate. Acest program se stabilește în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

m) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care furnizorul de medicamente are contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripția medicală a încheiat contract sau convenție în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale eliberate, în situațiile prevăzute în norme;

n) să anuleze, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea mențiunii "anulat", DCI-urile/medicamentele care nu au fost eliberate, în fața

primitorului, pe exemplarele prescripției medicale electronice off-line și pentru prescripțiile medicale eliberate pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante, în condițiile stabilite prin norme, nefiind permisă eliberarea altor medicamente din farmacie în cadrul sumei respective;

o) să nu elibereze medicamentele din prescripțiile medicale care și-au încetat valabilitatea;

p) să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii și reclamații; condica va fi numerotată de farmacie și ștampilată de casa /casele de asigurări de sănătate cu care furnizorul se află în relație contractuală;

q) să asigure prezența unui farmacist în farmacie și la oficiile locale de distribuție pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

r) să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de medicamente;

s) să se informeze asupra condițiilor de furnizare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu;

ș) să elibereze medicamentele din sublistele A, B și C - secțiunile C1 și C3, ale căror prețuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială sau la cererea asiguratului. În cazul în care medicamentele eliberate au preț pe unitatea terapeutică/prețul de vânzare cu amănuntul mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului /primitorului pe prescripție;

t) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

ț) să anunțe casa de asigurări de sănătate cu privire la modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente în tratamentul ambulatoriu, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

u) să acorde medicamentele prevăzute în lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, și să nu încaseze contribuție personală pentru medicamentele la care nu sunt prevăzute astfel de plăți;

v) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, situația medicamentelor eliberate de farmaciile care din motive justificate, cu avizul casei de asigurări de sănătate, nu eliberează medicamente în sistem on-line, precum și situația substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope eliberate de farmacii, conform formularelor de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; nerespectarea nejustificată a acestei obligații pe perioada derulării contractului conduce la rezilierea acestuia la a patra constatare;

w) să nu elibereze prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, precum și dacă nu au fost respectate condițiile prevăzute în norme privind eliberarea prescripțiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente și la durata terapiei, excepție făcând situațiile prevăzute la art. 143 lit. c);

x) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta este pus în funcțiune;

y) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a farmaciei și dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor – farmacii /oficine, precum și dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic: farmaciștii și asistenții de farmacie, care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia;

z) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale eliberate de medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene /Spațiului Economic European /Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor /documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale eliberate de medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Prevederile actualului contract cadru și modificările recente aduse contractului cadru în vigoare, cu privire la acordarea medicamentelor compensate și gratuite, se referă la următoarele aspecte:

- Medicamentele în tratamentul ambulatoriu ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat se eliberează de către farmaciile aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, în baza unor acte adiționale încheiate în acest sens. Încheie acte adiționale cu farmaciile pentru eliberarea acestor medicamente numai casele de asigurări de sănătate care se află în relație contractuală cu medicii care pot prescrie, conform prevederilor legale în vigoare, medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat.

- Farmaciile au obligația:
 - să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate cu medicamentele ale căror prețuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință - pentru medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunile C1 și C3 și din sublista D;
 - să elibereze medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunile C1 și C3 și din sublista D, ale căror prețuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială sau la cererea asiguratului;
 - să elibereze conform prevederilor legale în vigoare și să întocmească evidențe distincte în condițiile prevăzute în norme pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum /cost-volum-rezultat."
 - să încaseze de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A, B și D asupra prețului de referință, respectiv

diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință al medicamentelor, decontată de casele de asigurări de sănătate".

• Alte modificări se referă la modul de compensare și prescriere a medicamentelor:

- Procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista A este de 90% din prețul de referință, a celor din sublista B este de 50% din prețul de referință, a celor din sublista D este de 20% din prețul de referință, iar a celor din secțiunile C1 și C3 din sublista C este de 100% din prețul de referință.
- Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor - denumiri comerciale din catalogul național al prețurilor medicamentelor autorizate de punere pe piață în România (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătății, elaborată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, și metoda de calcul pentru sublistele A, B, D și C - secțiunile C1 și C3 din sublistă se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. În listă se cuprind prețurile de referință aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Pentru medicamentele autorizate, care au primit preț și au fost listate în CANAMED, deținătorul de autorizație de punere pe piață este obligat să asigure medicamentul pe piață în cantități suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienților, de la data avizării prețului."
- Modalitățile de prescriere, de eliberare și de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se stabilesc prin norme. Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internaționale - DCI, iar în cazuri justificate medical, precum și în cazul produselor biologice și al medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum /cost-volum-rezultat, prescrierea se face pe denumirea comercială, cu precizarea pe prescripție și a denumirii comune internaționale - DCI corespunzătoare. Cu excepția cazurilor în care medicul recomandă o anumită denumire comercială, recomandarea farmacistului pentru denumirile comerciale aferente DCI prescrise de medic se face în ordinea crescătoare a prețului, începând cu medicamentul cel mai ieftin din cadrul DCI respective. Pentru bolile

- cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente cu și fără contribuție personală, cu respectarea următoarelor condiții: pentru sublistele A, B și D - o prescripție/mai multe prescripții lunar, care să nu depășească cumulativ 7 medicamente diferite pe toate prescripțiile aferente unei luni. Valoarea totală a medicamentelor din sublista B, calculată la nivelul prețului de referință, este **de până la 330 lei pe lună;**"
- Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, în care sunt evidențiate distinct:
 - a) medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte;
 - b) medicamentele prescrise de medicul de familie ca urmare a scrisorii medicale de la medicul de medicina muncii, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte;
 - c) medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de card european;
 - d) medicamentele din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;
 - e) medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de formulare europene."
 - Pe același formular de prescripție se pot înscrie medicamente din subliste diferite. Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de maximum 7 zile în afecțiuni acute, de până la 8-10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30-31 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice. Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie /medicii de specialitate din specialitățile clinice aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90 /91 /92 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și cu asiguratul beneficiar al prescripției medicale. Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală. Perioada pentru care

pot fi prescrise medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum /cost-volum-rezultat este de până la 30-31 zile."

"Pentru contractele cost-volum-rezultat, după expirarea perioadei necesare acordării tratamentului și a celei pentru evaluarea rezultatului medical prevăzute în cuprinsul contractelor, casele de asigurări de sănătate decontează medicamentele care fac obiectul acestor contracte, cu excepția celor prevăzute la art. 12 alin. (8) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, aprobată prin Legea nr. 184/2015, cu modificările și completările ulterioare, în termen de 60 de zile de la validarea facturii."

"Pentru contractele cost-volum-rezultat durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzute la alin. (9¹) nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data depunerii /transmiterii acestora, după caz, de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. Prescripțiile medicale on-line se păstrează de către farmacii și se vor prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. În situația în care, ca urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în borderourile centralizatoare de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic."

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

Conforma datelor furnizate de Casei de Asigurări de Sănătate a județului **Bacău**, pensionarii au beneficiat de medicamente în valoare totală de 14.589 mii lei, respectiv 36,38% din total consum de medicamente înregistrat în trimestrul I 2015. Ponderea pensionarilor în totalu asigurați este de 28,4%. Astfel putem concluziona că pensionarii băcăuani au acces la serviciile medicale primare și farmaceutice. În contractele încheiate cu furnizorii de servicii farmaceutice nu există limită financiară; prin urmare, toate prescripțiile medicale sunt onorate de farmacii. Termenul la care se face decontarea facturilor înaintate de farmacii este sub termenul maxim impus de actele normative, respectiv 90 de zile.

Consiliul Județean al Persoanelor Vârstnice **Ialomița** ne-a comunicat că persoanele vârstnice, din cauza afecțiunilor specifice vârstei înaintate, au fost principalii beneficiari în proporție de 50% din numărul total al rețetelor compensate și gratuite în primele 6 luni ale acestui an.

Toate farmaciile din județul **Neamț** asigură eliberarea rețetelor gratuite și compensate, unele acordând reduceri suplimentare de 10-15% din valoarea acestora.

■ **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 farmacia, 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.

Consiliul Județean al Persoanelor Vârstnice **Maramureș** ne-a comunicat că medicamentele prescrise de medici se găsesc în general în farmacia însă există obiecții în ceea ce privesc medicamentele compensate parțial care sunt prea scumpe și nu se compensează la preț de raft. Astfel, deseori, persoanele vârstnice renunță la achiziționarea unora dintre ele.

Consiliul Județean al Persoanelor Vârstnice **Sibiu** a întocmit o listă cu medicamentele care nu se găsesc în farmaciile sibiene: tassigna, clexane, lyrice, depakine, betalok, detralex, viread 3, neorecormon, salofalk, aranesp, augmentin, vessel, infanrix hexa-prevenar, tetavax, zolof, spiriva, straterra, rivotril, frontin, apidra solostar, novorapid, novomix, levemir, gabapentina-pfizer, prograf, advagraf, cell-cept, milgamma n, biorinil spray, brilique, cordarone, micardis, tarka, exelon, ombrez, madopar, dormicum, heparina.

În județul **Suceava** sunt cazuri când, pentru unele medicamente, trebuie să se aștepte câte 2-3 luni până când farmaciile primesc medicamentul respectiv. De exemplu pentru medicamentul Ursolfalk s-a așteptat din iunie până în septembrie la Suceava și câte 2 săptămâni la Ploeni, Salcea, Dumbrăve etc.

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

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

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

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

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

Tabelul nr. 8

Numărul de farmacii și puncte farmaceutice pe medii de rezidență

JUDEȚUL	Număr de farmacii /puncte farmaceutice	
	Mediul urban	Mediul rural
Alba	67	21
Argeș	-	53
Bacău	127	87
Bihor	163	146
Brăila	84	57
Călărași	35	57
Constanța	263	180
Covasna	62	25

JUDEȚUL	Număr de farmacii /puncte farmaceutice	
	Mediul urban	Mediul rural
Dâmbovița	77	138
Giurgiu	30	71
Ialomița	37	24
Maramureș	110	63
Mehedinți	59	19
Neamț	110	61
Sălaj	30	31
Tulcea	53	39
Vaslui	67	59

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

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

Consiliul județean al persoanelor vârstnice din Brăila ne sesizează că în 9 localități nu există farmacii sau un punct farmaceutic și cea mai apropiată farmacie se află în medie la 20 de km distanță.

Casa de Asigurări de Sănătate **Dâmbovița** se află în relație contractuală pentru eliberarea de medicamente cu și fără contribuție personală cu un număr de 93 societăți comerciale farmaceutice care eliberează medicamente printr-un număr de 157 de farmacii, din care 77 sunt în mediul urban și 80 în mediul rural. Gradul de acoperire al orașelor în județul Dâmbovița cu farmacii este 100% iar al comunelor este 95%.

Conform datelor statistice primite în data de 30.03.2015 de la Direcția Statistică Dâmbovița numărul total al populației la 01 iulie 2014 era de 531.715 din care 171.172 în mediul urban (respectiv 32,2% din totalul populației județului) și 360.543 în mediul rural (respectiv 67,8% din totalul

populației județului). Astfel, statistic, o farmacie din mediul urban deservește un număr de 2.223 persoane iar o farmacie sau oficiu locală de distribuție din mediul rural deservește un număr de 4507 persoane.

În județul **Suceava** sunt în total 217 farmacii, din care 125 se regăsesc în cele 5 municipii și 11 în orașele județului, restul de 92 aflându-se în cele 98 de comune și 379 de sate ($98 + 379 = 477$ localități rurale). De aici rezultă că, o unitate farmaceutică deservește în medie 5 localități rurale. În farmaciile din mediul urban, în special Suceava, Fălticeni, Rădăuți, Vatra Dornei, etc. medicamentele solicitate se găsesc. Nu același lucru putem spune despre mediul rural, unde farmaciile se găsesc la distanțe mari, iar orele de funcționare sunt la bunavoința proprietarilor.

Din această cauză, bolnavii sunt nevoiți să se deplaseze în orașele mari din zonă (Suceava, Rădăuți, Gura Humorului, Vatra Dornei, Fălticeni), ca să procure medicamentele de care au nevoie. În felul acesta, în afară de timpul pierdut, la medicamentele compensate se mai adaugă și contravaloarea transportului.

O altă caracteristică a zonelor rurale din județul Suceava este că acestea se află în zone montane iar accesul la farmacii este foarte anevoios.

În județul **Tulcea** din 45 de unități administrative din rural, 13 nu au deloc un punct farmaceutic, ceea ce înseamnă că aproximativ 70% din acestea dispun de punct farmaceutic aflat în relație cu casa de asigurări de sănătate. În mediul urban, în municipiul Tulcea și încă patru orașe, există o acoperire de 100%.

În județul **Vaslui** funcționează 126 de farmacii, 67 în mediul urban și 59 în rural. Farmaciile deserveșc o populație de 478.179, existenți la 01.01.2015, din care, în mediul urban 215.588 persoane și 262.591 în rural, respectiv o farmacie la 3218 persoane în urban și 4451 persoane în rural.

Populația din mediul urban locuiește în două orașe, respectiv Negrești și Murgeni și trei municipii Vaslui, Bârlad și Huși. În mediul rural populația locuiește în 81 comune și 449 de sate. Rețeaua de farmacii existente satisface normal cerințele și nevoile tuturor categoriilor de bolnavi, inclusiv persoane vârstnice.

În mediul rural mai sunt probleme în aprovizionarea cu medicamente ale persoanelor vârstnice cu diferite vulnerabilități cronice și singure. Din

acest punct de vedere, în mod concret și de la caz la caz, s-a discutat cu autoritățile locale, asistenți sociali, comunicatori și personalul medical din comune și centre de permanență, să ajute aceste persoane în procurarea de medicamente și facilitarea accesului la servicii medicale.

■ Colaborarea persoanelor vârstnice cu medicii de familie.

Colaborarea cu medicii de familie este în general bună, greutatea 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, în special cei din mediul rural;
- 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 medicilor specialiști în diverse afecțiuni des întâlnite la persoanele vârstnice. De exemplu în județul Tulcea este nevoie urgentă de un medic cardiolog mai ales că această afecțiune are o pondere însemnată la nivelul întregii populații, nu doar a persoanelor vârstnice. În județul Giurgiu persoanele vârstnice bolnave de diabet au un singur specialist la nivelul județului, iar aceștia primesc scrisoarea medicală la circa 60 de zile. În aceeași situație aflându-se și cei care suferă de cancer, având tot un singur medic oncolog în județ.

Față de acestea se solicită reducerea timpului de așteptare pentru efectuarea consultațiilor de către medicii de familie și mărirea numărului de medici stomatologi.

În județul **Covasna** medicii de familie sunt prompti în prescrierea rețetelor pentru persoanele vârstnice, în plus în Baraolt s-a deschis un centru de permanență unde șapte medici de familie acordă servicii medicale prin rotație.

Conform necesarului de medici de familie stabilit de comisia mixtă formată din reprezentanții casei de asigurari de sanatate, ai Direcției de Sănătate Dâmbovița, ai CJM de familie **Dâmbovița** și ai Asociației Medicilor de Familie Dâmbovița, la nivelul județului nu exista nici o localitate în care să nu își desfășoare activitatea cel puțin un medic de familie, asigurându-se astfel accesul persoanelor vârstnice la servicii medicale și medicamente cu și fără contribuție personală. Numărul cabinetelor medicale de medicină de familie aflate în relație contractuală cu CAS Dâmbovița este de 235. La data de 30.06.2015 pe lista medicilor de familie erau înscrși un număr de 104.518 persoane cu vârsta de 60 de ani și peste (din care 70.847 în mediul rural și 33.671 în mediul urban) aceștia reprezentând 26,37 % din total persoane asigurate.

Pe raza județului **Sălaj** accesul persoanelor vârstnice la medicul de familie se face în condiții mulțumitoare cu excepția celor din comunele: Lozna, Treznea, Cosei și Simisna, unde nu există medici de familie iar bolnavii sunt deserviți de către medicii de familie din localitățile învecinate.

În județul **Suceava**, conform datelor statistice furnizate de Consiliul Județean Suceava, există un număr de 286 medici de familie, iar persoane vârstnice sunt aproximativ 200.000, de unde rezultă că, la fiecare medic de familie reveni câte 700 de persoane vârstnice înafara celorlalte categorii de vârstă. În zona urbană, la nivel de reședință de județ și orașele mari Rădăuți, Fălticeni, Gura Humorului, Vatra Dornei, accesibilitatea persoanelor vârstnice la medicii de familie în vederea obținerii rețetel gratuite, ori compensate este asigurată, cu mențiunea că, primele 10 zile ale lunii se fac cozi la care se stă câte 4-5 ore. Aceasta din cauza faptului că există pericolul ca medicamentele gratuite compensate să se epuizeze, ca apoi să se aștepte încă o lună până să obțină. În orașele mici - Frasin, Liteni, Milișăuți, Dolhasca, și, în special localitățile rurale situația este cu totul alta. În unele localități nu există medici de familie. Un medic deservește câte 4-5 localități rurale. Aproape toți medicii de familie din localitățile rurale locuiesc în orașele din zonă, iar prezența în

localitățile rurale se face pe perioade scurte (de 3 ori pe săptămână, câte 3 - 4 ore pe zi). În unele situații, unii medici nu eliberează rețete pentru toate medicamentele necesare, din diferite motive.

În județul **Vaslui** activează un număr de 178 medici de familie care sunt în relații contractuale cu C.J.A.S.Vaslui. Nu există localități în rural fără medic de familie. De asemenea, în județul Vaslui funcționează 11 centre de permanență, unde activează un număr de 60 medici și 61 asistenți medicali.

Persoanele vârstnice au accesibilitate la medicii de familie. Dar, cu toate aceste trebuie să subliniem că, în mediul rural mai sunt cazuri în care medicii de familie, puțini la număr, nu respectă în totalitate programele de lucru afișate la cabinetele respective.

Consiliul Persoanelor Vârstnice din **Sectorul 1 al municipiului București** a adus la cunoștință că reglementarea care prevede ca un medic de familie să programeze maxim 22 pacienți pe zi are implicații negative. Astfel, un medic de familie care are în evidență 1.600 - 2.000 de pacienți înscrși nu are posibilitatea ca într-o lună să acorde consultații la toți pacienții. Chiar dacă se presupune că nu toți pacienții au nevoie în fiecare lună de consultații, totuși sunt destui pacienți care au această nevoie. Medicii de familie care au foarte multi pacienți din rândul persoanelor vârstnice nu reușesc să satisfacă nevoile acestora.

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

Consiliile Persoanelor Vârstnice nu au semnalat probleme grave existente în acoperirea patologiei persoanelor vârstnice, însă majoritatea sunt de acord că lista de medicamente nu acoperă întreaga patologie specifică vârstei a treia. Sunt cazuri în care medicamentele prescrise nu pot fi procurate gratuit sau compensat de către persoanele vârstnice din cauza lipsei efective din farmacii a acestora sau din cauza epuizării fondurilor.

Capitolul 2

CONCLUZII

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

În România sunt prezente toate cele patru tipuri de inechități în accesul la serviciile de îngrijiri, ceea ce determină diferențe în starea de sănătate a grupurilor de populație, a unor comunități în funcție de zonele geografice și a grupurilor defavorizate economic. Aceste disparități se manifestă prin indicatori de bază ai stării de sănătate modești (speranța de viață la naștere, mortalitatea infantilă, mortalitatea generală pe cauze de deces evitabile, grad de morbiditate, ani de viață în stare de sănătate) dar și prin nivelul scăzut de informare privind factorii de risc și de protecție pentru sănătate sau sistemul de îngrijiri de sănătate și pachetul de servicii de bază din România.

Factorii determinanți care influențează gradul de accesibilitate al populației la serviciile de sănătate sunt în general reprezentați de: nivelul sărăciei, șomajul, ocupația, mediul de rezidență, statutul de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, gradul de acoperire cu personal medical. Vârștii sunt multiplu defavorizați de caracteristicile vârștii, al expunerii la deprecierea veniturilor și a stării de sănătate, iar pentru populația din mediul rural se adaugă lacunele grave ale infrastructurii sistemului de sănătate (lipsa medicilor de familie, a farmaciilor, a mijloacelor de transport până la cel mai apropiat centru medical, a serviciilor de urgență etc.).

Serviciile de sănătate în România sunt caracterizate prin lipsa de continuitate, care are drept consecințe principale duplicări ale actelor medicale, pierderea din evidență a pacienților și supraîncărcarea spitalelor. Toate aceste elemente de discontinuitate conduc la generarea de costuri

crescute atât în cadrul sistemului, cât și costuri suferite de pacient (materiale și mai ales morale).

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

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

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

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

În condițiile în care *speranța de viață* a crescut în Uniunea Europeană, a crescut și ponderea populației îmbătrânite – principalul consumator de servicii medicale – în totalul populației, *medicamentele și tehnicile medicale moderne sunt din ce în ce mai costisitoare*, resursele alocate sănătății devin un efort chiar și pentru țările dezvoltate, eficientizarea sistemului de sănătate

fiind o temă de dezbatere la nivel european. Aceeași tendință demografică o urmează și societatea românească.

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

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

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

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

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

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

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

Plafonarea valorică a medicamentelor a determinat discontinuități în prescrierea și eliberarea medicamentelor fapt pentru care este benefică eliminarea acesteia din actuala legislație.

Deși există prevederi legislative în acest sens, unele farmacii nu respectă contactul cu casele de asigurării și nu eliberează continuu

medicamente compensate și gratuite, motivația fiind lipsa de fonduri alocate de casa de asigurări, deși alocarea fondurilor se face în funcție de adresabilitate, consumul de medicamente, orarul de lucru al unității, ceea ce creează în continuare dificultăți în procurarea medicamentelor.

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

- 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 3

PROPUNERI

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

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

- luarea de măsuri pentru limitarea emigrației medicilor și personalului medical, cum ar fi rambursarea cheltuielilor făcute de stat pentru școlarizarea acestora dacă nu își practică meseria în țară pentru o perioadă de cel puțin 5 ani.
- identificarea unor facilități pentru atragerea personalului medical în zonele izolate, defavorizate economic, precum și în specialități deficitare;
- dezvoltarea și extinderea rețelei de asistență medicală comunitară integrată.

Pentru creșterea calității vieții persoanelor vârstnice, sistemul de sănătate publică poate contribui semnificativ prin continuarea **implementării 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 dizabilități, boli cronice, boli aflate în faze terminale care necesită tratamente paliative, și alte categorii: graviditate, copii cu vârstă sub 5 ani, familii monoparentale.

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

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

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

- a) stabilirea listei de medicamente esențiale pentru sănătatea populației, astfel încât să corespundă nevoilor reale de tratament ale principalelor grupe vulnerabile ale populației și respectiv principalelor afecțiuni care se regăsesc în rândul acestora;
- b) asigurarea stocurilor corespunzătoare de medicamente în unitățile farmaceutice;
- c) stabilirea de prețuri accesibile prin elaborarea unor norme corespunzătoare de prețuri pentru medicamente de uz uman prin consultări ale autorităților guvernamentale cu reprezentanți ai producătorilor și distribuitorilor de medicamente, precum și cu organizațiile profesionale – Colegiul Farmaciștilor, Colegiul Medicilor și reprezentanți ai Patronatului Farmaciștilor în scopul reducerii acestora;
- d) pregătirea profesională continuă a farmaciștilor și a asistenților de farmacie;
- e) verificarea modului de aplicare a legislației farmaceutice, respectiv aplicarea prevederilor /reglementărilor emise de Ministerul Sănătății.
- f) facilitarea înființării 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;

- ⇒ Măsurile 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:

- Actualizarea listelor A și B de medicamente compensate și gratuite pentru ca acestea să acopere întreaga patologie a vârstnicilor. Această categorie de persoane se confruntă adesea cu probleme financiare și au posibilități reduse de procurare a unor medicamente ce nu sunt cuprinse în listă.
- Eliberarea rețetelor de către medicii de familie să se facă în funcție de necesitățile vârstnicilor, nu limitându-se la o singură rețetă pe lună;
- Luarea de măsuri care să determine extinderea ariei de acoperire a farmaciilor în mediul rural;
- Suplimentarea fondurilor la Casa OPSNAJ pentru acordarea de medicamente compensate și gratuite;
- Măsuri pentru reducerea prețurilor medicamentelor;
- Compensarea medicamentelor la prețul de raft;
- Acordarea de medicamente gratuite pentru persoanele vârstnice cu pensii mai mici de 800 de lei.
- Încurajarea producătorilor 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. introducerea vitaminelor în lista medicamentelor compensate;
- Cuprinderea în lista gratuităților (compensațiilor) a pampers-ilor pentru bolnavii care sunt nevoiți să folosească acest articol igienico-sanitar;

- 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.);
- Renunțarea la impozitarea cu 5,5 %;
- Unificarea celor două case de sănătate (CNAS și OPSNAJ) pentru o mai bună rezolvare a problemelor persoanelor vârstnice, în general.

BIBLIOGRAFIE

1. "Activitatea unităților sanitare în anul 2014", Institutul Național de Statistică, 2015
2. "Dimensiuni ale incluziunii sociale în România în anul 2013", Institutul Național de Statistică, 2014
3. "Finanțarea Sistemelor de Sănătate în Țările Uniunii Europene. România în Context European", Cristina Doboș, Calitatea Vieții, XIX, nr. 1-2, Ed. Academiei, 2008
4. "Sănătate Publică și management sanitar. Sisteme de sănătate", C. Vlădescu (coordonator), București, CPSS Publishing House, 2004
5. "Health and care in an enlarged Europe", Europe Foundation for the Improvement of living and Working Conditions, 2003
6. „Human development reports”, *www.undp.org*.
7. Legea nr. 95 din 13 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății
8. Ordinul nr. 898 din 28 decembrie 2012 pentru aprobarea listei de medicamente cu și fără contribuție personală pe baza de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare
9. H.G. nr. 400 din 13 mai 2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015
10. Ordinul nr. 944 din 30 septembrie 2015 pentru aprobarea listei de medicamente cu și fără contribuție personală pe baza de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate