

Îmbătrânirea populației -  
o provocare pentru sistemul public de sănătate

2009

## Cuprins

<b>1. SĂNĂTATEA ȘI CALITATEA VIEȚII.....</b>	<b>3</b>
1.1. Aspecte generale.....	3
1.2. Conceptul de calitate a vieții.....	4
<b>2. DEMOGRAFIA PERSOANELOR VÂRSTNICE.....</b>	<b>6</b>
2.1. Procesul de îmbătrânire.....	6
2.2. Indicatori statistici ai sănătății persoanelor vârstnice.....	8
<b>3. SISTEMUL DE SĂNĂTATE ÎN ROMÂNIA.....</b>	<b>20</b>
3.1. Prezentare generală.....	20
3.2. Cheltuielile pentru sănătate.....	24
3.3. Perspectiva consumului de îngrijiri de sănătate – situația în Europa.....	25
3.4. Acordarea de serviciilor medicale și medicamentelor.....	26
<b>4. EVALUAREA GERIATRICĂ COMPLEXĂ.....</b>	<b>33</b>
<b>5. COPLATA ȘI TICHETELE DE SĂNĂTATE.....</b>	<b>40</b>
5.1. Principii și mod de aplicare.....	40
5.2. Coplata plătită de asigurații din țările europene.....	50
<b>6. CONCLUZII ȘI PROPUNERI.....</b>	<b>53</b>
<b>BIBLIOGRAFIE.....</b>	<b>64</b>

# 1. SĂNĂTATEA ȘI CALITATEA VIEȚII

## 1.1. Aspecte generale

Sănătatea este o resursă fundamentală pentru persoane, comunități și societăți în ansamblu. Pentru persoana vârstnică, a se bucura de o stare bună de sănătate este de o importanță primordială. În același timp, un nivel în general bun al sănătății populației este indispensabil creșterii economice și dezvoltării societății.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește sănătatea nu numai ca o simplă absență a bolii și a infirmității, ci ca pe un „bine” total: fizic, mental și social.

Sănătatea este o dimensiune importantă a calității vieții și poate fi considerată în cel puțin trei moduri diferite:

- pornind de la aspectele sale negative, se poate defini ca **absența bolii**. În acest caz, indicatorii sănătății sunt datele privind mortalitatea, morbiditatea și speranța de viață;
- poate fi considerată ca **o bună adaptare a persoanei la mediul său** și ca funcționare bună în acest mediu. Definiția este, de această dată, mai pozitivă, dar și în acest caz indicatorii se focalizează pe consecințe: neplăcerile bolii, incapacități funcționale, handicap și/sau dezavantaj social;
- poate fi definită în modul în care este concepută în documentele OMS, respectiv ca **o bunăstare fizică mentală și socială**, într-o manieră pozitivă, devenind o valoare.

Cercetări numeroase au evidențiat că mulți vârstnici, suferind de boli cronice și/sau incapacități se consideră într-o stare bună de sănătate. Cel puțin la vârste înaintate, sănătatea nu înseamnă doar absența bolii sau vindecarea ei, ci trebuie înțeleasă într-o manieră mai globală.

Definită ca mai sus, sănătatea pare să-și asume dimensiuni ale conceptului de calitate a vieții. Cu atât mai mult cu cât, pe de o parte, „sănătatea socială” este recunoscută ca o dimensiune indisociabilă a sănătății generale, dar,

pe altă parte, nu există încă un consens asupra conținutului concret al conceptului și al modului de evaluare.

## 1.2. Conceptul de calitate a vieții

Conceptul de *calitate a vieții* răspunde cel mai bine nevoii de a avea în vedere globalitatea persoanei. Cercetătorii din domeniul calității vieții fac o distincție clară între conceptul de „calitatea vieții” și cel de „sănătate”, cu excepția medicilor.

Medicii se concentrează pe aspecte ale experienței personale legate de sănătate și, în general, utilizează termenul de *calitatea vieții* pentru a desemna repercusiunile fizice, psihologice și sociale ale unei patologii asupra vieții unui pacient (Launoiss, 1995). Problema este de a ști dacă se măsoară sănătatea, calitatea vieții sau calitatea vieții legată de sănătate. Oricum, nu există un acord absolut asupra unui punct de vedere. Sunt și autori, care consideră că sănătatea socială nu ar fi un aspect pertinent al calității vieții legat de sănătate, așa cum pretinde OMS.

În cercetările de calitatea vieții, sănătatea este unul dintre determinanți. În cadrul eurobarometrului „Europenii și calitatea vieții” (2000) subiecții au avut de ales dintr-o listă de 15 factori, 3 factori care **contribuie** cel mai mult la nivelul lor de viață actual și, apoi trei factori care pot contribui la **ameliorarea** nivelului de viață. Trei factori constituie, însumăți, peste jumătate din răspunsurile furnizate pentru prima temă (contribuția ca determinanți):

- a fi în stare bună de sănătate – 25%;
- a avea venituri suficiente pentru satisfacerea nevoilor – 15%;
- a avea membri de familie pe care se poate conta la nevoie – 14%.

În țările investigate, sănătatea este primul dintre cei trei factori care, în opinia respondenților, contribuie cel mai mult la calitatea vieții lor actuale. Diferă puțin doar ponderea acordată în fiecare țară. Există o relație directă între **vârsta** respondenților și faptul de a alege răspunsul „starea bună de sănătate”: În ceea ce privește factorii care **ameliorează** cel mai mult calitatea vieții, starea bună de sănătate se află tot printre primii trei factori, dar pe al treilea loc (după venituri și

lipsa grijilor și a stresului); în cazul vârstnicilor însă, a fi în stare bună de sănătate este, din nou, factorul care contează cel mai mult, de această dată, pentru ameliorarea calității vieții (22% din răspunsurile celor de peste 55 ani). Cu toate acestea, nu se poate spune că persoanele vârstnice consideră sănătatea ca singura lor prioritate. Cel puțin o treime din vârstnici asociază ceea ce numesc „bătrânețe bună” cu alte dimensiuni decât cu cea de sănătate.

## 2. DEMOGRAFIA PERSOANELOR VÂRSTNICE

### 2.1. Procesul de îmbătrânire

Strehler a identificat următoarele patru caracteristici pentru a defini procesul de îmbătrânire și pentru a-l distinge de patologia cronică:

*Universal* - schimbările apar la toți membrii speciei, dar pot afecta indivizii în grad diferit:

- *Intrinsec* - îmbătrânirea este un proces care apare chiar și atunci când toate influențele mediului sunt eliminate;
- *Progresiv* - apariția procesului este graduală și schimbările sunt cumulative; a nu se confunda aceasta cu bolile cronice, ca de exemplu, cancerul, care are o incidență mai mare, mai ales la o anumită vârstă, dar care se dezvoltă sporadic și rapid;
- *Deteriorant* - un fenomen de îmbătrânire ar trebui, eventual, să fie dăunător pentru organism. Multe din schimbările datorate vârstei sunt o progresie simplă a schimbărilor care au fost utile organismului în perioada de creștere și dezvoltare; schimbări care au drept finalitate scurtarea vieții.

O clasificare curentă a persoanelor în vârstă distinge:

- *între 65 (60) - 75 ani*, trecerea spre bătrânețe, sau perioada de **vârstnic**;
- *între 75 - 85 (90) de ani*, perioada de **bătrân**;
- *peste 85 (90) de ani*, marea bătrânețe sau perioada de **longeviv** sau **vârsta a IV a.**

În afara de această clasificare cronologică, există și o clasificare medicală:

- „**îmbătrânirea fiziologică**”, armonioasă, în care vârsta cronologică se identifică cu vârsta biologică;

- „**îmbătrânirea nefiziologică**” care poate fi: prematură, când începe de timpuriu sau accelerată, când ritmul de îmbătrânire se amplifică la un moment dat (după pensionare, după decesuri în familie, după internări etc).

Îmbătrânirea nefiziologică este o îmbătrânire patologică, dar aceasta nu înseamnă că bătrânețea este o boală.

Procesul îmbătrânirii se manifestă la nivelul sistemului nervos central (creierul, în special), celui imunitar, endocrin și cardiovascular, care sunt cele mai afectate de acest proces.

Afectarea creierului datorată numai procesului de îmbătrânire (prin opoziție cu îmbătrânirea patologică) este minimă. Deși creierul care îmbătrânește poate pierde 100.000 neuroni pe an, el pare să compenseze aceste pierderi. Această compensație ar putea fi influențată pozitiv prin provocarea intelectului (prin exerciții mentale). Creierul este cel care dă abilitatea de a exista un control asupra îmbătrânirii. El este singurul organ care teoretic nu poate fi înlocuit – deoarece există organe care nu pot fi înlocuite din punct de vedere tehnic – creierul nostru ne reprezintă, el este “eu”. Putem înlocui inima, rinichii sau alte organe – în limitele tehnologiei – dar nu putem înlocui creierul. Prioritatea noastră ar trebui să fie evitarea îmbătrânirii creierului; evitarea îmbătrânirii în restul organismului este secundară în afară de cazul, desigur, când este necesară acțiunea de a păstra creierul.

Pierderea memoriei de scurtă durată, schimbările cognitive și de personalitate apărute odată cu înaintarea în vârstă, demența, declinul senzorial și al sistemului nervos ca și alte schimbări par să apară în procesul de îmbătrânire (Hayflick, 1994). Cauza principală a acestor schimbări pare să fie pierderea neuronilor.

**Psihologia vârstei înaintate poate fi împărțită în trei domenii: schimbări cognitive, de caracter și temperament (personalitate) și de adaptare.**

*Schimbările cognitive* presupun că există o scădere a capacității de a achiziționa o nouă inteligență, dar există o capacitate susținută de a utiliza cunoștințele existente (menținerea înțelepciunii, cu oarecare declin). Îmbătrânirea are un efect slab asupra mărimii memoriei active, dar trebuie îmbunătățit transferul informației de la stocarea pe termen scurt la stocarea pe

termen lung. De aceea informațiile noi trebuie să fie prezentate mai rar, încet și să fie repetate. Pierderea cunoștințelor existente (de exemplu cum să se îmbrace) este o schimbare patologică și nu una ce ține de îmbătrânire.

*Schimbările de caracter și de temperament* presupun că vârstnicii demonstrează schimbări de personalitate, cel mai tipic o scădere în neuroticism și o creștere în introversiune.

*Schimbările de adaptare* se referă la faptul că vârstnicii trebuie să ajungă la termenii la care ei sunt și să-și schimbe rolul lor în viață. Cei mai mulți vârstnici își schimbă rolul social pe care chiar societatea îl reține. Există o pierdere a conformității sociale și o scădere a dorinței pentru respect social (teoria dezangajării). Societatea îi determină pe vârstnici să își asume un rol de dependență prin retragere și pensionare. Mulți dintre ei sunt destul de mulțumiți de aceste schimbări și le acceptă, alții încearcă să refuze că ar fi apărut schimbări și poate chiar că ar deveni depresivi din cauza lor. Și totuși mulți își utilizează timpul liber pe care îl au pentru a întreprinde diverse activități ca să se simtă împliniți (dependența structurată).

Persoanele vârstnice sunt înclinate adesea spre depresie, ceea ce afectează nutriția. Cauzele pot fi:

- *Biologice*: îmbătrânirea propriu-zisă, pierderea danturii, boli care afectează mobilitatea, vederea, deglutiția(AVC, dexteritatea manuală, cogniția, infecțiile orale);
- *Psihologice*: depresia, doliul, teama de a cădea care duce la teama de a se deplasa, demența;
- *Sociale*: scăderea accesului la alegerea hranei (exemplul mesei pe roți), scăderea posibilității de a șofa (dependența de alții de a merge la cumpărături), sărăcia, scăderea contactului social în timpul mesei.

Cronobiologia (știința ritmurilor biologice) arată implicațiile îmbătrânirii asupra organismului : crește timpul petrecut în pat, crește numărul de treziri, scade timpul de somn pe parcursul nopții, crește timpul de adormire, somn



neodihnit, mai multă oboseală în timpul zilei, mai frecvente adormiri în timpul zilei. Factorii care afectează somnul la vârstnici: tulburarea ritmului circadian, tulburări ale somnului primar, boala, medicația, demența.

Din cauza profundelor transformări pe care vârstnicii le parcurg asistența nu este numai medicală, deoarece implică și aspecte psiho-sociale, care fiind cunoscute, creează o perspectivă mai favorabilă procesului de înțelegere și îngrijire a lor. Astfel, vârstnicul, prin încetarea activității profesionale, mai ales când aceasta este bruscă, fără pregătire, își pierde sentimentul de utilitate socială, prestigiul social, responsabilitatea, rolul și statutul în familie, uneori fenomenul fiind resimțit ca o adevărată dramă, o moarte socială. Stresul devine nociv. Se descrie chiar o patologie a retragerii, a pensionării. Dacă se adaugă „izolarea”, se poate înțelege dimensiunea problemei.

În timp ce vechile civilizații apreciau și utilizau înțelepciunea bătrânilor, societatea modernă privește cu neîncredere utilitatea lor. Se dezvoltă o cultură a tinereții și adolescenței, în care bătrânul își găsește din ce în ce mai greu locul. În concluzie, societatea modernă generează bătrânețe, dar tinde să o respingă și o izolează.

Pentru combaterea acestui fenomen, pentru ameliorarea condițiilor de viață ale vârstnicului, în interesul acestuia, dar și al societății, sunt necesare eforturi susținute. Trebuie edificată o concepție realistă despre îmbătrânire. Aceasta trebuie să se desfășoare demn, ferită de griji și de boli. Este, ceea ce s-a numit, „pregătirea pentru îmbătrânire”. Specialiștii chemați, prin specificul profesiei, să îngrijească această categorie de populație, trebuie să ofere bătrânilor respinși de societate, și, uneori, de propria familie, un sprijin nu numai profesional, dar și moral.

Accelerarea procesului îmbătrânirii, începând cu 2010, este de importanță majoră pentru politicile sociale și modernizarea protecției sociale. Obiectivul protecției sociale constă în garantarea prosperității, într-o societate a cărei populație îmbătrânește. Menținerea unui grad ridicat de protecție socială, în aceste condiții este o importantă provocare pentru autorități. Necesitatea de adaptare la o populație în vârstă implică revederea și adaptarea politicilor și

strategiilor. Și pentru că societatea nu poate reveni la condițiile de viață anterioare sau la familia lărgită care asigura mijloacele de existență și prelua îngrijirea persoanelor vârstnice, revine în responsabilitatea statelor să elaboreze strategii/politici sociale care să stea la baza unor programe active pentru înlăturarea efectelor îmbătrânirii populației și pentru asigurarea unei calități superioare a vieții persoanelor de vârsta a treia.

Recomandările Adunării Mondiale a Persoanelor Vârstnice propun o serie de măsuri având drept țintă dezvoltarea îngrijirilor și serviciilor acordate la domiciliul persoanei, promovarea accesului fără restricții la serviciile de sănătate, îmbunătățirea măsurilor de prevenire a situației de dependență, diversificarea prestațiilor destinate prevenției sau combaterii riscului de marginalizare sau excludere socială și creșterea calității vieții persoanei vârstnice.

## 2.2. Indicatori statistici ai sănătății persoanelor vârstnice

### Speranța de viață

Speranța de viață este unul dintre elementele de bază ale indicelui dezvoltării umane (IDU). Longevitatea sau speranța de viață înseamnă durata potențială de viață a unei persoane și este în funcție de patrimoniul său genetic și de condițiile de mediu.

Speranța de viață la naștere este reprezentată de numărul de ani pe care i-ar trăi un nou-născut, dacă s-ar menține modelul curent de mortalitate.

Prelungirea speranței de viață este o constantă. Cercetările recente avansează aprecierea că longevitatea **potențială** medie poate fi fixată în jurul vârstei de 95 ani. Există mai multe scenarii în această privință. Cert este că, în ultimele decenii, de reculul mortalității au beneficiat, în principal, persoanele vârstnice, dintre care un număr important trăiesc până la vârste foarte avansate.

**Speranța medie de viață a ajuns, în cursul unui secol, la 79 de ani, de la 47 de ani. Se apreciază că va ajunge la 85 de ani, în 2010.**

Speranța de viață a avut evoluții oscilante în perioada 1995-2008, România, conform tabelului nr.1:

Tabel nr.1

Perioada	1995-1997	1997-1999	1999-2001	2001-2003	2003-2005	2005-2007
Durata medie a vieții	68,95	69,74	71,19	71,76	71,76	72,61

Speranța de viață la naștere în Uniunea Europeană (27) este în perioada 2005-2007, de 74,3 la nivel total, iar pentru bărbați de 70,2 ani și pentru femei de 78,4 ani.

**În România**, în anul 2008, durata medie a vieții a fost de 73,03 ani; pentru bărbați – 69,49 ani și 76,68 pentru femei. În urban, speranța de viață era de 73,76 ani, iar în rural, 72,05 ani.

Femeile trăiesc mai mult decât bărbații. Numărul văduvelor este mai mare decât al bărbaților văduvi, dar plusul de ani femeile îl trăiesc într-o stare mai rea de sănătate și cu un grad mai mare de dependență.

Specialiștii în domeniu consideră că indicatorul clasic al speranței de viață, utilizat în demografie, nu este suficient de sensibil pentru măsurarea stării sanitare. Noile concepte propuse „speranța de viață în bună sănătate” și „speranța de viață fără incapacități” permit să se țină seama nu numai de durata de viață, ci și de calitatea sa.

„Speranța de viață în bună sănătate” și „speranța de viață fără incapacități” permit analize diferențiate ale stării de sănătate, evidențiază inegalitățile în fața bolii și a morții dintre diferite grupuri sociale.

Acești indicatori au o importanță din ce în ce mai mare, în contextul dezbaterilor actuale privind îmbătrânirea. În cadrul Programului EHEMU (European Health Expectancy Monitory Unit) – studiu internațional coordonat de INSERM – Franța, s-au realizat diferite estimări ale speranței de viață în sănătate, în țările Uniunii Europene, calcule bazate pe Eurobarometru . Un obiectiv principal al

Programului EHEMU constă în realizarea unei analize și a unei sinteze a indicatorilor speranței de viață în bună sănătate. Aceștia adaugă o dimensiune

calitativă la măsura pur cantitativă a longevității europenilor și permit evidențierea inegalităților între statele membre. Speranța de viață în bună sănătate este un indicator structural pentru politica de dezvoltare durabilă în Uniunea Europeană. În context, creșterea speranței de viață și procesul de îmbătrânire a populației implică, printre altele și o problemă de alegere: prelungirea vieții cu orice preț sau o viață de calitate? Mai mulți ani vieții sau mai multă viață anilor? Cantitatea de viață poate fi însoțită de calitatea vieții?

Aceeași tendință de stagnare și creștere ușoară se înregistrează, atât la bărbați, cât și la femei. În aprecierea Raportului Național al Dezvoltării Umane (PNUD – 2002), majoritatea indicatorilor care se referă la speranța de viață indică o scădere treptată, care îndepărtează România de standardele regionale și europene.

### **Morbiditatea și mortalitatea**

Morbiditatea și mortalitatea sunt parametri tradiționali ai sănătății.

Analizând dinamica mortalității a primelor trei afecțiuni care au produs decesul persoanelor în vârstă de 65 de ani și peste, se constată că principala cauză de deces sunt bolile cardiovasculare, urmate de tumori și apoi bolile aparatului digestiv. Din analiza numerică a principalelor 5 afecțiuni a morbidității spitalizate la persoanele de 65 ani și peste se constată că pe primul loc sunt afecțiunile aparatului cardiovascular, pe locul al doilea sunt bolile aparatului digestiv, urmate de afecțiunile aparatului genito-urinar. Urmează tumorile maligne și afecțiunile sistemului nervos și ale organelor de simț.

Problema morbidității și, în special, a incapacității, rămân cruciale pentru viitor și aceasta derivă din caracteristicile pe care morbiditatea le are la vârstnici:

- **rată ridicată:** persoanele vârstnice au tendința de a fi mai des bolnave;
- **există boli care se întâlnesc predominant la vârstnici:** cancer, afecțiuni cardio-vasculare, infirmități fizice și tulburări mentale;
- **cronicitatea:** persoanele vârstnice au nevoie de mai mult timp pentru a se refăce și prezintă un risc crescut de cronicizare a unor boli.

Demența este o afecțiune tipică vârstei foarte înaintate și necesită servicii și îngrijiri profesionale;

- **multimorbiditatea** – persoanele vârstnice au un risc mai mare de a suferi în același timp de mai multe afecțiuni.

Se consideră că oricâte progrese ar interveni în viitor, ameliorarea stării de sănătate îi va privi pe vârstnici și mai puțin grupul de vârstă foarte înaintată. În ceea ce privește demența, este de așteptat să crească considerabil numărul de pacienți.

Populația vârstnică are în mod deosebit probleme de sănătate, în special boli cronice de lungă durată, dar o atenție specială va trebui acordată demențelor (și îndeosebi boala Alzheimer), care au progresat în ultimii ani și care au un impact economic și social considerabil. Toate studiile conchid că frecvența bolii are tendința să crească odată cu vârsta: 0,6% din persoanele de 65–69 ani suferă, în medie, de această boală, procentul ajungând la 22% la persoanele de peste 90 ani.

Vârstnicii, pe măsură ce avansează în vârstă sunt expuși multimorbidității și devin mai dependenți în ceea ce privește îndeplinirea activităților cotidiene. Studii recente arată însă că riscul de boală sau riscul de îngrijiri de sănătate este descris de o curbă a cărei inflexiune începe cu mult înainte de vârsta treia sau a patra (pentru cel puțin o boală care implică incapacitate), iar riscul de incapacitate este descris de o curbă a cărei inflexiune începe la 50–59 ani.

Deci pentru maladiile cronice, inflexiunea curbei de prevalență începe înainte de 65 ani, prag de vârstă utilizat în Uniunea Europeană. Este un fapt constatat prin anchetele de sănătate că, datorită ameliorării condițiilor de viață și progreselor medicinei, sexagenari de astăzi sunt într-o formă mai bună decât predecesorii lor. În consecință, pragurile de vârstă utilizate în prezent pentru a calcula riscul de dependență vor fi majorate.

**Rata mortalității**, indicator tradițional și important în domeniul sănătății reflectă și el tendințele de declin al sistemului de sănătate. Bolile circulatorii și tumorile sunt principalele cauze ale morții și ambele manifestă tendință de creștere.

Ratele de mortalitate (decedați la 1 000 locuitori), în 2008 au fost în scădere față de anii trecuți și au avut următoarele valori:

Tabel nr.2

60–64 ani	65–69 ani	70–74 ani	75 – 79 ani	80 – 84 ani	85 +
16,8	24,6	38,2	61,1	102,7	191,9

Înaintarea în vârstă se asociază cu creșterea riscului afecțiunilor cronice. **În România**, conform datelor Institutul Național de Statistică, bolile cronice afectează aproape jumătate dintre persoanele de 50 ani și peste. Evident că cei mai afectați de o boală cronică sau de o invaliditate sunt persoanele vârstnice de 60 ani și peste (46,2%), urmate de cele cu vârste între 50-64 ani (35,5%). Din totalul populației de 15 ani și peste, 18,9% declară că suferă de o boală cronică, majoritatea fiind femei (59,5%).

*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 251.965 decese, 85.931 decese au fost din rândul bărbaților în vârstă de 65 ani și peste și 107.703 decese au fost din rândul femeilor în vârstă de 55 ani și peste.*

Tabel nr.3

- persoane -

Categoriile de boli care au determinat decesul	Total decedați		Din care persoane vârstnice			
	Număr	%	Bărbați >65	Femei >55	Total	
					Număr	%
Boli infecțioase (tuberculoză)	2.375	0,9	404	329	733	0,4
Tumori	45.383	18,0	14.842	14.938	29.780	15,4
Boli endocrine, de nutriție, metabolism și diabet	2.382	1,0	693	1.220	1.913	1,0
Tulburări mentale	588	0,2	141	66	207	0,1
Boli ale sistemului nervos	2.018	0,8	512	724	1.236	0,6
Boli ale aparatului circulator	154.516	61,3	57.481	79.069	136.550	70,5
Boli ale aparatului respirator	12.657	5,0	5.040	3.916	8.956	4,6

Categoriile de boli care au determinat decesul	Total decedați		Din care persoane vârstnice			
	Număr	%	Bărbați>65	Femei >55	Total	
					Număr	%
Boli ale aparatului digestiv	14.568	5,8	3.693	4.755	8.448	4,4
Boli ale aparatului genito-urinar	2.294	0,9	943	845	1.788	0,9
Leziuni traumatice și otrăviri	12.257	4,9	1.997	1.572	3.569	1,8
Alte boli și cauze	2.927	1,2	185	269	454	0,3
<b>TOTAL</b>	<b>251.965</b>	<b>100,0</b>	<b>85.931</b>	<b>107.703</b>	<b>193.634</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 suplimentare în vederea prevenirii și tratării corespunzătoare a acestor boli, prin asigurarea accesului la serviciile medicale adecvate și la medicamentele necesare.

### Îmbătrânirea populației vârstnice

Un element puternic al creșterii populației vârstnice, cu implicații considerabile în ceea ce privește demența, creșterea supraviețuirii peste 65 ani înseamnă că procentajul vârstnicilor de 80 ani crește tot timpul.

Un aspect important în demografia populației vârstnice este creșterea însemnată care a apărut în numărul vârstnicilor cei mai bătrâni. Referirea la acest lucru se face ca la un proces de îmbătrânire dublu. Nu există numai totalul populației care îmbătrânește, ci se cunoaște de asemenea o îmbătrânire a populației deja îmbătrânite. Această creștere are implicații importante în balansul genului în care o proporție însemnată a celor mai bătrâni vârstnici o reprezintă femeile. Problemele specifice legate de văduvie, ca și alte nevoi ale femeilor vârstnice, în domeniul social și al sănătății, derivă din longevitatea lor mare comparativ cu a bărbaților. Există, de asemenea, o altă generație tânără care a început să se numească generația X care reflectă fertilitate joasă și care se va alătura populației vârstnice în 2030. Structura pe vârste a populației vârstnice

indică creșterea cu aproape 1,0% a acestui segment de populație în total, în ultimii 10 ani.

Tabel nr.4

*Populația României (% în total)*

-locuitori în mii-

Grupa de vârstă	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 <sup>1</sup>
60-64 ani	5.5	5.3	5.1	4.9	4.7	4.5	4.5	4.6	4.7	4.8
65-69 ani	4.9	4.9	5.0	5.0	5.0	5.0	4.8	4.7	4.5	4.3
70-74 ani	4.0	4.0	4.1	4.2	4.2	4.2	4.2	4.3	4.3	4.3
75-79 ani	2.7	2.8	2.9	3.0	3.0	3.1	3.1	3.2	3.3	3.3
80-84 ani	1.0	1.1	1.3	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.9	2.0
85+	0.8	0.8	0.8	0.7	0.7	0.7	0.8	0.9	0.9	1.0
Total 60 - 85+	18,9	18,9	19,2	19,3	19,2	19,2	19,2	19,6	19,6	19,7

Sursa: Institutul Național de Statistică

### Rata dependenței demografice

Un indicator util al acestor schimbări demografice este rata de dependență, care poate fi definită în mod convențional ca și raportul dintre grupul de vârstă “dependent” (0-14 și 65+) și grupul de populație încadrată în muncă (15-64). Așa cum se vede din tabelul nr.5, acest indicator este în declin, indicând un proces lent dar sigur de îmbătrânire a populației, urmat de reducerea populației active. Se așteaptă ca această rată în viitor să se schimbe dramatic în următorii 50 ani, pentru România de la 21,3%. În 2009, la 27,4% în 2025 și 49,6% în 2050.

Tabel nr.5

Anul	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 <sup>2</sup>
Rata dependenței demografice	46,1	45,8	45,7	45,0	44,3	43,6	43,3	43,1	43,0	43,0

### Rata dependenței economice

O problemă mare în ceea ce privește definiția demografică a dependenței este aceea că nu există o reflectare exactă a limitelor economice despre

<sup>1</sup> Populația României la data de 1 ianuarie 2009

<sup>2</sup> Pentru anul 2009, rata a fost calculată pe baza populației la data de 1 ianuarie 2009



proportia populației de vârstă activă. Este clar că ultima limită a dependenței “economice” în ceea ce privește salariul actual este mult mai mică pentru situația în care există o rată scăzută de încadrare în muncă.

Vârsta de pensionare este justificat să crească pentru a compensa presiunile fiscale.

Concomitent cu creșterea numărului pensionarilor s-a înregistrat o diminuare numărului populației ocupate. În acest cadru are loc o accentuare a dependenței demografice. Astfel, de la 629,7 pensionari<sup>3</sup> la 1000 salariați în 1996, s-a ajuns la 958,2 pensionari la 1000 salariați în 2001, la 1.011,4 pensionari la 1000 salariați în 2005, la 992,7 pensionari la 1000 salariați în 2006, la 950,5 pensionari la 1000 salariați în 2007 și la 970,6 pensionari la 1000 salariați în 2008;

În ianuarie 2009, la 100 persoane adulte (15-64 ani) reveneau 21,3 persoane vârstnice, cu 5,5 persoane mai multe decât în 1990. Raportul total de dependență (numărul tinerilor și a vârstnicilor la 100 persoane adulte) a scăzut treptat în ultima perioadă de timp, de la 51,4% (1990) la 44,35% (2004) și la 42,98% (1 ianuarie 2009); aceasta s-a realizat prin scăderea raportului de dependență al tinerilor de la 35,7% (1990) la 21,7% (1 ianuarie 2009).

### **Indicele conjunctural al fertilității**

Natalitatea a scăzut dramatic - în anul 1960 în aproape toate statele membre UE, indicele conjunctural al fertilității<sup>4</sup> depășea nivelul de înlocuire al generațiilor, respectiv 2,1 copii la o femeie, în timp ce în anul 2008, acest indice în toate statele membre UE, fără excepție, se afla sub acest nivel.

---

<sup>3</sup> Au fost considerați numai pensionarii de asigurări sociale de stat, iar în anii 2006 - 2008 oscilația raportului de dependență economică s-a datorat oscilației ușoare a numărului de salariați.

<sup>4</sup> Indicele conjunctural al fertilității se calculează prin însumarea ratelor de fertilitate pentru fiecare an din intervalul [15-49] și apoi se raportează la 1.000 și reprezintă în medie numărul de copii născuți de o femeie în cursul vieții sale fertile.

În România anului 1989, indicele conjunctural al fertilității la o femeie era de la 2,2 copii, valoare care asigura înlocuirea generațiilor. **Indicele conjunctural al fertilității** a coborât la doar 1,3 copii la o femeie în 1995 și s-a menținut constantă până în prezent. Altfel spus, modelul de fertilitate din ultimii 10 ani arată o scădere de aproape un copil la o femeie față de ultimele decenii ale perioadei comuniste.

### **Epidemiologia populației vârstnice**

Epidemiologia are în vedere distribuția bolilor la nivelul populației și controlul problemelor care influențează sănătatea (Last, 1988).

Creșterea proporției persoanelor vârstnice în totalul populației pune în evidență boala mentală la vârste înaintate. Societatea face eforturi să ia decizii cu privire la câte și ce fel de servicii trebuie furnizate comunităților de vârstnici. Bolile mentale constituie una dintre cele mai vaste arii de activitate în serviciile de sănătate, ponderea constituind-o tulburările mentale ale persoanelor vârstnice.

\*

\* \*

*O caracterizare generală* este dată de indicatorii de sănătate a populației, care exprimă o situație critică, România aflându-se, la mai mulți dintre ei, pe ultimele locuri din Europa. Conform unor aprecieri oficiale, printre care și Planul Național Anti-Sărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale, situația critică a stării de sănătate este dată de efectul combinat al mai multor factori: sărăcia (lipsa de resurse financiare, alimentația deficientă, condiții proaste de locuit, lipsa accesului la condiții de igienă elementară), *dezorganizarea socială* (abandonul grijii față de propria sănătate, stiluri nesănătoase de viață, deficit de cultură și educație sanitară), deficitul de acces la serviciile medicale, *deficitul serviciilor de prevenție și tratament ambulatoriu* (dispariția sistemului de îngrijire medicală bazat pe teritorialitate).

Printre grupurile sociale cu deficit de acces la serviciile medicale se plasează și *vârșnicii săraci și îndeosebi vârșnicii din zonele rurale*. Pe lângă scăderea gradului de acoperire a populației cu servicii sociale există o *polarizare accentuată a accesului la serviciile medicale*.

Fondurile alocate pentru sănătate sunt încă mici, chiar dacă în ultimii ani au fost în creștere.

Conform datelor Institutului Național de Statistică, în gospodăriile de pensionari, cheltuielile totale pentru produse medicale, aparate și medicamente erau, în 2008, de 20,23% din total cheltuieli produse nealimentare. În intervalul de vârstă de peste 65 ani s-au înregistrat 72,1% din total decese. Supramortalitatea este datorată, în principal, bolilor degenerative cu patologie complexă și lipsei îngrijirilor și asistenței adecvate.

Oferta de servicii de sănătate este, în general, afectată de cronicizarea subfinanțării, insuficiența resurselor materiale și umane, programe de sănătate insuficient fundamentate și diferențiate, absența unei piețe rurale a serviciilor de sănătate, inegalități în accesul la servicii și limitări la unele analize.

Raportul Băncii Mondiale evidențiază *interacțiunea dintre costurile cu securitatea vârșnicilor și cele cu sănătatea acestora*. Sănătatea fizică și mentală se deteriorează pe măsură ce persoanele îmbătrânesc. Îngrijirea medicală necesară bătrânilor implică costuri mari pentru sănătate, *odată cu îmbătrânirea populației*.

Disponibilitatea și costul serviciilor de sănătate au un impact important asupra nevoilor de venit ale vârșnicilor, de aceea **se recomandă îngrijirea medicală subvenționată de stat**. Modul de furnizare a serviciilor de sănătate afectează costurile cu pensiile. Este justificată finanțarea separată a pensiilor și a sănătății, pentru a evita mascarea costurilor reale ale fiecăruia dintre aceste domenii.

## 3. SISTEMUL DE SĂNĂTATE ÎN ROMÂNIA

### 3.1. Prezentare generală

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

Sistemul de asigurări sociale de sănătate prevede o contribuție stabilită în limite legale, atât pentru angajator cât și pentru angajat. Pentru anul 2009 contribuția aferentă venitului salarial a ajuns la 5,2 % pentru persoanele juridice și respectiv 5,5% pentru angajat. Raportul de activitate al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate menționează că în mediul urban gradul de cuprindere în sistemul de asigurări de sănătate este de 96 %, iar în cel rural de 90 %.

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*;
- 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;

Accesibilitatea la serviciile 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 (coplăți, 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 persoane, 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, pensionarii de asigurări sociale de stat și agricultorii au reprezentat un procent semnificativ în total populație, respectiv 25,7%.

Segmentul populației sărace din cadrul populației vârstnice s-a conturat pe fondul procesului de sărăcire a majorității populației, astfel în 2007<sup>5</sup>, pensionarii dețineau 25,4% în totalul persoanelor sărace, rata sărăciei relative pentru pensionari era estimată la 15,7%, din care masculin:13,2% și feminin: 17,6%. Pentru populația vârstnică de peste 65 de ani, rata sărăciei a fost de 19,4%, în anul 2007.

Populația arondată localităților din mediul rural, în care cea mai mare pondere o au persoanele vârstnice, este cea mai defavorizată din punct de

---

<sup>5</sup> “Dimensiuni ale incluziunii sociale în România”, Institutul Național de Statistică, 2008

vedere al accesibilității la serviciile medicale. Numărul persoanelor fără medic de familie se estimează la 145110 locuitori, reprezentând 1,48 % din totalul populației din mediul rural din care:

- 85616 – populație înscrisă pe listele medicilor de familie din localități învecinate;
- 35135 – populație asistată de cadre medii din dispensarele medicale care, datorită lipsei unui medic nu s-au putut constitui în cabinete medicale organizate conform OG nr. 124/1998, și care rămân în structura unităților sanitare cu paturi la care sunt arondate ;
- 24359 – populație neasistată.

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 peste 6 ori mai mare decât în urban, cele mai defavorizate regiuni fiind Sud și Sud-Est (773, respectiv 655 locuitori/1 medic). În regiunea de Nord-Est se înregistrează cea mai slabă acoperire cu medici în mediul rural (2778 locuitori/1 medic). De asemenea, numărul de asistente comunitare este total insuficient, la o asistentă comunitară revenind circa 26500 de persoane. În mediul rural există numeroase localități fără medic.

În anul 2007 situația numărului de medici de familie care reveneau în medie la 10.000 de locuitori, pe regiuni de dezvoltare, ne arată că s-a menținut în continuare cel mai scăzut nivel pentru regiunile Sud-Est, Nord-Est și Sud:

Tabel nr.6

	Total	Nord-Est	Sud -Est	Sud Muntenia	Sud Vest	Vest	Nord Vest	Centru	București Ilfov
Medici de familie/10.000 locuitori	5,62	4,63	4,46	4,87	5,77	7,45	5,28	5,85	8,26

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 în paralel 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 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.

### 3.2. Cheltuielile pentru sănătate

Nivelul cheltuielilor publice afectează sectorul sănătății în România, calitatea accesului la servicii, în special segmentele cele mai sărace și vulnerabile ale populației, din care fac parte și multe persoane vârstnice. În 2002, în Raportul Național al Dezvoltării Umane se aprecia că „în ultimul deceniu, cheltuielile publice pentru sănătate s-au situat sub media standardului european, fapt care a afectat întreținerea sistemului, managementul, investițiile în echipamente și accesul la servicii al persoanelor cu venituri reduse”.

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, donațiile și sponsorizările. 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 însă la un nivel redus, după cum urmează:

Tabel nr.7

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

Astfel, România se situează pe penultimul loc dintr-un număr de 22 state europene, rezultând în mod clar că s-au alocat sume mici îngrijirilor de sănătate pentru populație, inclusiv pentru persoanele vârstnice.

Nu sunt date privind cheltuielile de sănătate pe categorii de vârstă, dar este cert că acestea cresc la categoriile de vârstă înaintată, întrucât îngrijirea medicală a bătrânilor implică tehnologii medicale mai scumpe, spitalizare îndelungată, îngrijiri și supraveghere mai costisitoare. La nivel individual, îngrijirea sănătății este resimțită ca fiind foarte scumpă și adesea se renunță la unele genuri de îngrijiri, din această cauză.



### 3.3. Perspectiva consumului de îngrijiri de sănătate – situația în Europa

Îmbătrânirea populației influențează nevoile în materie de îngrijiri de sănătate, iar efectele vor fi și mai vizibile în deceniile viitoare.

În prezent în Europa, majoritatea persoanelor care necesită o prezență și îngrijiri permanente sunt îngrijite la domiciliu de către membrii familiei lor, serviciile profesionale în domeniu fiind insuficiente. Problema este că, în viitor, familiile vor fi din ce în ce mai puțin în măsură să-și asume aceste sarcini.

Cauzele sunt legate de diminuarea numărului de persoane care compun o gospodărie, de faptul că cei în nevoie vor trăi la distanță de cei apropiați, astfel că familiei îi va fi mult mai dificil să-și asume ea însăși sarcinile de îngrijire. Pe de altă parte, va exista un număr din ce în ce mai mic de copii care să se ocupe de un număr din ce în ce mai mare de persoane foarte vârstnice, suferinde de afecțiuni legate de vârstă.

Asigurarea rolului de îngrijire de către instituții sau societatea civilă va căpăta o importanță crescută. Este vorba de servicii la domiciliu, asistarea persoanelor vârstnice și locuințe amenajate pentru nevoile persoanelor vârstnice.

Cererea de îngrijiri pe termen lung va crește îndeosebi o dată cu creșterea tranșei de vârstă de 80 ani și peste.

Din punctul de vedere al sănătății publice și al sarcinii sociale, **este importantă determinarea numărului de persoane care vor avea nevoie de ajutor în viitor**, dar acest lucru este dificil de realizat. Totuși, un studiu efectuat (1993) arată că, aproape o treime din persoanele de peste 65 ani vor avea nevoie, în viitor, de ajutor sau asistență permanentă pentru îngrijiri personale și sarcini menajere. Nevoile viitoare de îngrijiri, îndeosebi pentru cei de peste 80 ani, vor viza persoanele cu demențe. Va crește, așadar, importanța și volumul îngrijirilor formale sau informale, ca și impactul tehnicii moderne asupra prelungirii vieții în bună stare de sănătate și a păstrării autonomiei, chiar și în caz de infirmitate.

Sistemul de îngrijiri de sănătate în Uniunea Europeană trebuie să facă față, simultan, unui triplu obiectiv:

- accesul la îngrijiri pentru toți;
- la un înalt nivel de calitate;
- conservând viabilitatea financiară a sistemului.

Persoanele vârstnice au nevoie de îngrijiri de lungă durată, ceea ce înseamnă o provocare, atât în ceea ce privește finanțarea, cât și adaptarea la oferta de servicii, îndeosebi cu privire la instituționalizarea îngrijirilor de lungă durată.

**Pentru europeni, accesul la îngrijiri de sănătate este un drept fundamental**, esențial pentru demnitatea umană, care trebuie garantat pentru toți. În articolul 33 al Cartei Drepturilor Fundamentale ale Uniunii Europene se proclamă că „orice persoană are dreptul de a accede la prevenția sanitară și de a beneficia de îngrijiri medicale”, iar Uniunea Europeană recunoaște „dreptul de acces la prestații de securitate socială și servicii sociale, asigurând protecție în caz de maternitate, boală, accident de muncă, dependență sau bătrânețe.

#### **3.4. Acordarea de serviciilor medicale și medicamentelor**

Faptul că populația a îmbătrânit și această tendință demografică continuă, ridică probleme importante de morbiditate, asistență medicală și socială. La toate vârstele, dar mai ales după 60 de ani, aspectele negative ale sănătății se fac simțite sub forma unor boli diagnosticate obiectiv, a unor suferințe sau simptome supărătoare, care reprezintă o experiență subiectivă a pierderii sănătății, a unor capacități, neputințe, a unor handicapuri și, de multe ori, a unor accidente urmate de răni sau fracturi. Astfel, patologia bătrânilor determină nevoile lor sanitare. Acestea sunt adesea legate de probleme sociale datorită veniturilor, a inaptitudinii de a-și rezolva problemele, iar în cazurile avansate realizarea activităților cotidiene, din cauza izolării ce se agravează cu vârsta, din cauza infirmităților survenite, de multe ori, trăind într-un anturaj de vârstnici și a decesului.

Conform legislației în vigoare, persoanele vârstnice beneficiază de servicii medicale suportate din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și anume:

➤ **Servicii medicale profilactice**

În scopul prevenirii îmbolnăvirilor, al depistării precoce a bolii și al păstrării sănătății, asigurații, direct sau prin intermediul medicilor cu care casele de asigurări se află în relații contractuale, trebuie informați permanent asupra mijloacelor de păstrare a sănătății, de reducere și de evitare a cauzelor de îmbolnăvire și asupra pericolelor la care se expun în cazul consumului de droguri, alcool și tutun.

**Serviciile medicale profilactice suportate din fondul de asigurări sociale de sănătate** cu adresabilitate și pentru persoanele vârstnice sunt următoarele:

- controale periodice pentru depistarea bolilor ce pot avea consecințe majore în morbiditate și mortalitate;
- unele servicii medicale din cadrul programului național de imunizări.

➤ **Servicii medicale curative**

Asigurații au dreptul la servicii medicale pentru vindecarea bolii, pentru prevenirea complicațiilor ei, pentru recuperarea sau cel puțin pentru ameliorarea suferinței. Tratamentul medical se aplică de către medici sau asistenți medicali și de alt personal sanitar, la indicația și sub supravegherea medicului. **Serviciile medicale curative ale căror costuri sunt suportate din fond** sunt:

- servicii medicale de urgență;
- servicii medicale acordate persoanei bolnave până la diagnosticarea afecțiunii: anamneza, examenul clinic, examenele de investigații paraclinice;
- tratamentul medical, chirurgical și unele proceduri de recuperare;
- prescrierea tratamentului necesar vindecării, inclusiv indicațiile privind regimul de viață și muncă, precum și igieno-dietetic.

Asigurații au dreptul la **asistența medicală primară și de specialitate ambulatorie** la recomandarea medicului de familie, în condițiile contractului-cadru. Asigurații primesc asistența medicală de specialitate în spitale autorizate și sunt evaluate.

➤ **Serviciile de sănătate furnizate persoanelor vârstnice**

(spitalicești, ambulatorii, asistență medicală primară, servicii medicale de urgență, servicii medicale de recuperare, unități medico-sociale, medicamente etc.)

**a. Asistența medicală spitalicească**

Serviciile spitalicești se acordă prin spitalizare și cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratament medical și/sau tratament chirurgical, îngrijire, recuperare, medicamente și materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă. Asistența medicală de recuperare se acordă pentru o perioadă de timp stabilit de medicul curant în unități sanitare, autorizate și evaluate. Serviciile și îngrijirile medicale la domiciliu se acordă de furnizori evaluați și autorizați. Serviciile medicale stomatologice se acordă de către medicul de medicina dentară în cabinete medicale autorizate și evaluate conform legii. Asigurații beneficiază de tratamente stomatologice care se suportă din fond, în condițiile stabilite prin contractul-cadru.

În ultimii ani, la nivel național, circa 22% dintre vârstnicii de 65 de ani și peste au fost spitalizați, comparativ cu 18% pentru întreaga populație. S-a dovedit că 70-79% din cei câțiva ani care i-ar mai avea de trăit vârstnicii, circa trei sferturi din timp sunt grav bolnavi, dependenți de familie sau societate.

Principalele cauze de boală/accident care au determinat internarea persoanelor vârstnice în spital: bolile cardio-vasculare – 22,06%, tumorile maligne – 16,63%, bolile aparatului digestiv – 12,98%, traumatisme/otrăviri-9,8%. Numărul internațiilor din această categorie de vârstă a crescut în 17 ani cu 302,9%, prognozând un ritm anual de creștere de 17,82%. Cele mai multe spitalizări s-au efectuat pentru boli cardio-vasculare, ale aparatului respirator, digestiv, tumori, boli genito-urinare, osteo-articulare, traumatisme, afecțiuni oftalmologice, boli endocrine, depresii, stări confuzionale.

**b. Asistența medicală de urgență**

Solicitările pentru urgențele de grad I pentru populația de 65 de ani și peste, reprezintă 29,3% din total solicitări. Cele mai multe sunt reprezentate de

accidente cerebro-vasculare (63,1 %), urmate de bloc atrioventricular grad 3 (61,5%), insuficiență renală acută(57,7%); urgențele de grad II pentru persoanele cu vârsta de 65 ani și peste, reprezintă 26,7% din total solicitări.În cadrul acestora predomină retenția de urină (73,6% din total solicitări), insuficiența cardiacă decompensată (58,8%), anuria ( 55%), afecțiunile reumatologice cronice confirmate cu puseu inflamator (53,6%).Solicitările de urgențe ale femeilor sunt mult mai numeroase decât ale bărbaților.

***Urgențele geriatrice devin o responsabilitate pluridisciplinară, date fiind manifestările clinice nespecifice ce ridică probleme deosebite de diagnostic și tratament.*** Furnizorii de servicii medicale primare , cei de servicii medicale de urgență, personalul din secții și compartimente de primiri urgențe trebuie să participe la cursuri de urgențe geriatrice. **Activitățile de prevenție primară, secundară și terțiară ar putea reduce solicitările către ambulanță.**

### **c. Serviciile medico-sociale, persoane vârstnice instituționalizate**

S-au realizat o serie de cercetări cantitative în rândul persoanelor vârstnice , instituționalizate, privind starea de sănătate, în corelație cu unii factori ai mediului ambiant. **Printre concluziile acestor cercetări ar fi de subliniat următoarele aspecte:** prima problemă recunoscută este lipsa banilor, a doua este legată de starea de sănătate; una din cinci persoane consideră că singurătatea este a treia problemă ca importanță din viața sa. Mai mult de trei sferturi din persoanele vârstnice ar dori să aibă o situație materială și socială superioară, aproape trei din cinci persoane ar dori să aibă o relație mai apropiată cu cei din jur și o alimentație mai bună , mai mult de jumătate ar dori să se bucure de mai multă considerație și atenție din partea membrilor comunităților; cei mai mulți au declarat că au fost mulțumiți sau foarte mulțumiți de modul în care au fost tratați de către personalul medical din cămin; majoritatea consideră că, de când sunt la cămin, au mai multă grijă de sănătatea lor și urmează medicația conform recomandării medicului, urmează o alimentație adaptată regimului alimentar indicat.

Concluziile care se desprind arată că instituționalizarea prezintă și aspecte pozitive, dar este necesară formularea unui concept nou privind alternativele de satisfacere a nevoilor medico-sociale ale persoanelor vârstnice; crearea unor structuri instituționale mult mai flexibile, permițând totodată un acces mai larg persoanelor vârstnice la servicii sociale cu costuri acceptabile, prevenind excluderea socială, oferind servicii de calitate, motivații de ordin etic, un echilibru între protecție și autonomie.

d. Asigurații au dreptul la **materiale sanitare și dispozitive medicale** pentru corectarea văzului, auzului, pentru protezarea membrelor și la alte materiale de specialitate în scopul protezării unor deficiențe organice sau fiziologice, pentru o perioadă determinată sau nedeterminată, pe baza prescripțiilor medicale, cu sau fără contribuție personală, în condițiile prevăzute în contractul-cadru.

e. Asigurații, inclusiv persoanele vârstnice, beneficiază de **proceduri fizioterapeutice**, pe baza recomandărilor medicale, cu sau fără contribuție personală, în condițiile prevăzute în contractul-cadru.

**f. Serviciile medicale de îngrijiri la domiciliu și alte servicii speciale**

Persoanele vârstnice au dreptul să primească servicii de îngrijiri medicale la domiciliu acordate de un furnizor autorizat și evaluat în condițiile legii.

**g. Serviciile de transport sanitar** necesare pentru realizarea unui serviciu medical pentru asigurat, se suportă din fondul de asigurări sociale de sănătate.

Asigurații au dreptul la transport sanitar în următoarele situații:

- urgențe medico-chirurgicale;
- alte cazuri prevăzute în contractul-cadru.

**h.** 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 ai acestora.

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 alocate 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. 502 din 8 aprilie 2009 pentru modificarea și completarea Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 501 din 14 iulie 2008

Tabel nr.8

## Numărul de medicamente pentru asigurații în ambulatoriu în perioada 2007-2009

	Nr. medicamente - <i>DENUMIRI COMERCIALE</i> (Ordinul nr. 578 din 29 decembrie 2006)	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)
<b>Sublista A</b>	1089	1209	1534	1471
<b>Sublista B</b>	600	761	605	626
<b>Sublista C 1</b>	1004	1663	1187	1348
<b>Total</b>	<b>2693</b>	<b>3633</b>	<b>3326</b>	<b>3445</b>

Pentru anul 2009 se constată o creștere pe total a numărului de medicamente, creștere mai substanțială pentru sublistele A și C1.

Un element de noutate îl reprezintă și **reintroducerea programului social pentru persoanele vârstnice cu venituri mici** astfel:

- Prescrierea de medicamente compensate 90% pentru pensionarii cu venituri mici care se face numai de către medicii de familie, în limita unei singure rețete pe lună, în valoare de maximum 300 lei.
- Pentru stabilirea dreptului de a beneficia de aceste medicamente, pensionarul se prezintă la cabinetul medicului de familie cu ultimul talon de pensie, cu actul de identitate și cu o declarație pe propria răspundere din care să rezulte că are numai venituri din pensie, sub 600 lei/lună.
- Medicul consemnează în fișa pacientului și în registrul de consultații numărul talonului și cuantumul pensiei și anexează la fișa medicală declarația dată pe propria răspundere de către pacient.
- În situațiile în care, pentru afecțiunile cronice de care suferă, asiguratul necesită mai mult de șapte medicamente diferite pe lună, din subliste diferite, se pot elibera mai multe prescripții medicale, cu respectarea limitelor de prescriere prevăzute de contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate.



## 4. EVALUAREA GERIATRICĂ COMPLEXĂ

Problemele de sănătate ale persoanelor trecute de 75 ani se pot caracteriza la modul general, printr-o multitudine de boli cronice, progresive, în general incurabile, care sunt asociate cu probleme semnificative de sănătate mentală, cu probleme funcționale și sociale. Ca și rezultat, îngrijirile de sănătate pentru aceste persoane se focalizează nu pe aspectul curativ, ci îndeosebi pe menținerea statusului funcțional.

Vârstnicii cu risc crescut sunt caracterizați, în literatura de specialitate, ca și vârstnicii “fragili” și reprezintă populația țintă pentru evaluarea geriatrică ca și pentru programele de management al îngrijirilor. Vârstnicii fragili sunt persoanele, în general trecute de 75 de ani, care au probleme complexe de sănătate, multidisciplinare. Vârstnicii fragili au tulburări funcționale și problemele lor de sănătate sunt în general complicate, cu tulburări semnificative psihosociale ca demența sau depresia, în strânsă legătură sau decurgând din cauze sociale, precum izolarea socială și sărăcia.

Ca și rezultat al naturii multidisciplinare a problemelor lor de sănătate, vârstnicii fragili necesită identificarea riscului ridicat și o echipă geriatrică pentru a le furniza îngrijiri de sănătate eficiente și de calitate. Vârstnicii fragili se evidențiază ușor de vârstnicii obișnuiți care suferă de una sau două boli cronice “ușoare” care pot fi manageriate, nu au tulburări funcționale și trăiesc independent. Vârstnicii fragili pot fi ușor identificați prin screening.

Promovarea și menținerea independenței funcționale la cel mai înalt grad, care este posibil, este obiectivul primar al îngrijirilor de sănătate, menținând persoanele la un maximum de independență funcțională (de exemplu trăind independent la domiciliu), prevenind spitalizarea și instituționalizarea. Aceste obiective pot fi atinse printr-o evaluare geriatrică eficientă și de calitate și în consecință, stabilirea persoanelor cu risc din grupurile țintă pentru sistemele de management al îngrijirii bolilor cronice este necesar pentru a manageriza în mod

potrivit starea de sănătate în ansamblu a vârstnicilor fragili. Managementul de caz al problemelor cronice din ambulatoriu este o strategie primară și fundamentală pentru promovarea calității îngrijirilor și reducerea costurilor de îngrijire pentru vârstnicii fragili.

În cazul populației de vârstnici fragili, calitatea îngrijirilor și costurile de îngrijire sunt legate foarte strâns. Prin apariția unui eveniment comun în starea de sănătate a vârstnicilor fragili, această populație de pacienți geriatrici însumează majoritatea costurilor pentru îngrijirile de sănătate alocate în totalitate populației vârstnice.

Etapizarea procedurilor în procesul de evaluare geriatrică este bine stabilită. În esență, include: screeningul riscului crescut pentru identificarea vârstnicilor fragili cu risc, evaluarea geriatrică a acestor pacienți și triajul eficient și efectiv pentru un management al îngrijirilor geriatrice multidisciplinare, complexe. După evaluarea și identificarea riscului crescut, a pacienților fragili, implementarea planurilor de îngrijire recomandate este coordonată de medicii din asistența primară.

Protocoalele managementului îngrijirilor geriatrice includ evaluarea și strategiile de management pentru problemele comune și specifice geriatrice, ca de exemplu, căderile, polipragmazia, incontinența urinară, demența. După evaluarea geriatrică inițială făcută de membrii echipei, au loc întâlnirile acestora pentru a dezvolta un plan multidisciplinar pentru îngrijirea geriatrică. La această întâlnire a membrilor echipei este dezvoltat un plan coordonat de îngrijire multidisciplinară.

Operând în acest sistem, o echipă multidisciplinară cu expertiză geriatrică în mai multe discipline necesare trebuie să fie aptă să comunice efectiv și să execute abordarea stabilită. Este necesară o echipă multidisciplinară din cauza naturii multidisciplinare a problemelor de sănătate suferite de pacientul geriatric, în furnizarea unei îngrijiri geriatrice eficiente, de înaltă calitate și care în ultimă instanță reduce costurile.

Există mai multe metode pentru dirijarea evaluării geriatrice. Acestea depind de cadrul și structura planului de îngrijire. În general, dirijarea evaluării

geriatrie este făcută ca o formă specializată de **management de caz**. În programele cu risc, managementul de caz se poate baza pe planul de sănătate.

Există diferențe în practică între furnizorii de îngrijire geriatrică și furnizorii tradiționali. În general, îngrijirea geriatrică necesită:

- focalizarea pe managementul îmbolnăvirilor multiple, cronice, incurabile și progresive;
- urmărirea cauzelor multiple ale problemelor de sănătate cu scopul de a căuta reversibilitatea;
- promovarea statusului funcțional;
- atenția pentru o îngrijire umană, potrivită, care contrazice “ageismul”;
- capacitatea de a lucra efectiv cu o echipă multidisciplinară;
- cunoașterea sistemelor de management de îngrijire pe termen lung a bolilor cronice necesară implementării îngrijirilor geriatrice.

**Dezvoltarea acestei expertize în sistemul românesc de sănătate este o problemă importantă, dificil de rezolvat din cauza lipsei personalului cu expertiză geriatrică și percepției conform căreia vârstnicii fragili par să fie ca oricare alții.** Această atitudine face dovada unei greșeli în multe programe de îngrijire.

Într-o perioadă a interesului pentru conținutul costurilor și a managementului îngrijirilor, cheltuielile adiționale pentru echipele de îngrijire geriatrică sunt justificate.

Evaluarea geriatrică realizată de echipa geriatrică se justifică prin:

- înțelegerea principiilor generale ale geriatriei și gerontologiei, incluzând aici: heterogenitatea vârstnicilor (continuitatea care există de la un vârstnic cu o stare bună la un vârstnic fragil);
- îmbătrânirea normală și semnificațiile ei clinice (schimbările legate de vârstă în funcționarea organelor și testele de laborator);
- aspectele unice ale anamnezei, examenului fizic și diagnosticului la vârstnic, incluzând prezentarea într-o stare alterată de boală și natura multifactorială a bolilor; practicile de prescriere a unei

medicații potrivite pentru vârstnici, obiective ale îngrijirii geriatrice (îngrijire și nu cură, focalizarea pe menținerea independenței funcționale și calitatea vieții).

O altă justificare constă în cunoștințele echipei geriatrice în arii specifice ale medicinei geriatrice necesare pentru îngrijiri de calitate pentru vârstnici, incluzând: aspecte unice ale medicinei preventive atât pentru vârstnicii- tineri cât și pentru vârstnicii- bătrâni (de exemplu: utilizarea potrivită a exercițiului, imunizărilor, screeningului pentru cancer, prevenirea căderilor); diagnosticul, managementul și tratamentul bolilor și sindroamelor geriatrice comune ale vârstnicilor fragili, incluzând și demență, depresie, delir, căderi, declin funcțional, imobilitate și reabilitare, malnutriție, escare de decubit, polipragmazie, tulburări senzoriale (scăderea auzului și văzului), tulburări de somn, incontinență urinară și fecală; semnificația clinică a factorilor sociali (stresul îngrijitorului și izolarea socială care afectează sănătatea vârstnicului); cunoștințe de etică care permit luarea deciziilor pentru îngrijirea clinică la vârstnic; cunoștințe despre principii de bază și practici de îngrijiri pe termen lung, hospice și îngrijiri paliative, incluzând managementul durerii.

Prezența și intervenția medicului geriatru este necesară din următoarele motive:

- diagnosticul, managementul și tratamentul pacienților vârstnici fragili cu probleme de sănătate complexe, multidisciplinare (medicale, funcționale și psihosociale) care necesită o evaluare geriatrică complexă de către medicul geriatru și o echipă geriatrică multidisciplinară pentru a încerca să identifice cauzele reversibile ale îmbolnăvirii și declinului, pentru a promova independența funcțională și calitatea vieții și pentru a dezvolta un plan de îngrijire complex și pe termen lung;
- pacienții cu diagnostic sau sindrom geriatric pentru care consultarea cu un expert geriatru poate fi benefică pentru diagnostic, management sau tratament;

- pentru pacienții care necesită îngrijiri pe termen lung, geriatrul facilitează accesul eficient și promovează calitatea îngrijirilor în locuri puțin sau deloc familiare pentru medicul din asistența primară.

Din studiile și experiența internațională rezultă că evaluarea geriatrică complexă este importantă și necesară deoarece:

- în urma evaluării sunt recomandate servicii specializate, individualizate;
- are implicații asupra optimizării costurilor serviciilor furnizate, motiv pentru care ar trebui să fie un instrument recunoscut și folosit de organismele finanțatoare de servicii geriatrice și ar trebui să fie parte integrantă a curriculei în toate programele de pregătire în specialitatea de geriatrie.

Evaluarea geriatrică complexă utilizează o serie de teste care au drept scop stabilirea unui diagnostic tridimensional: medical, funcțional (al gradului de dependență) și social, având drept scop precizarea nevoilor persoanei evaluate și recomandarea de servicii specializate.

Evaluarea geriatrică complexă se face la domiciliul persoanei vârstnice din două motive în cazul vârstnicului: surprinderea și valorificarea rețelei informale (familie, vecini, voluntari etc.).

Evaluarea geriatrică complexă trebuie realizată de către o echipă multidisciplinară formată din: medic geriatru, asistent medical și asistent social.

Avantajele evaluării geriatrice complexe, ca metodă utilizată, constau în:

- valorificarea profesionalismului fiecărui membru al echipei de evaluare;
- stabilirea nevoilor individuale ale fiecărei persoane vârstnice și în funcție de acestea, recomandarea de servicii specializate, metoda dovedindu-se a fi un proces dinamic;
- dimensionarea serviciilor și impactul asupra dimensionării costurilor;
- contribuția la creșterea calității vieții vârstnicului cu costuri “minime”, prin stabilirea nevoilor și implicit a serviciilor;
- articularea celor două domenii: medical și social, atât în stabilirea nevoilor cât și în stabilirea serviciilor;

- rolul de catalizator în relația: persoană vârstnică (beneficiar al serviciilor) -furnizor de servicii - finanțator al serviciilor, operând obiectiv și benefic în raport cu toți cei trei actori implicați;
- obiectivitate , metoda operând independent de furnizorul de servicii;
- acțiunea de prevenție prin stabilirea riscurilor.

Evaluarea geriatrică complexă stabilește nevoi, recomandă servicii și dimensionează costuri.

Nevoile sunt determinate în funcție de gradul de dependență și vârsta beneficiarului, serviciile în funcție de gradul de singurătate și riscurile medicale/ sociale, costurile în funcție de calificarea personalului, complexitatea cazului (timpul afectat rezolvării problemelor).

Necesitatea creării unor unități de evaluare geriatrică complexă rezultă din:

- utilitatea acordării de servicii specializate, individualizate;
- evaluarea geriatrică complexă poate contribui la monitorizarea stării de sănătate a populației vârstnice și prin aceasta la aprecierea calității vieții vârstnicului;
- planificarea judicioasă a resurselor financiare și umane (formarea și educarea personalului);
- cuplarea fondurilor de finanțare din mai multe surse (casa de asigurări sociale de sănătate, administrația locală, ministerul muncii, familiei și protecției sociale etc.);
- repartizarea corectă a profesioniștilor în sfera specialității pentru care au fost pregătiți;
- evitarea consumului de timp și energie fără rezultat din partea persoanei vârstnice care în prezent încearcă să își rezolve singură problema de îngrijire;
- utilizarea resurselor umane potrivite: la nivelul furnizorilor de servicii și în echipa de evaluare –importanța geriatrului, asistentului medical și social;
- creșterea calității vieții vârstnicului prin: cuplarea nevoilor specifice cu servicii specializate, individualizate și promovarea prevenției în geriatrie;

- valorificarea rețelei informale din perspectiva educației pentru sănătate în comunitate.

Legislația actuală (H.G. nr. 886/2000) prevede ca evaluarea situației socio-medice a persoanelor vârstnice să se realizeze în echipa multidisciplinară, dar ea se limitează de realitatea întâlnită în practică și anume lipsa a specialiștilor ; numărul medicilor geriatri este foarte redus la nivel național încât nu pot fi cooptați în aceste activități, iar asistenții sociali sunt cel mai adesea cu studii medii, competențele lor fiind limitate. Din datele aflate în evidența Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la 31.12.2008, dintr-un total de 10.928 medici specialiști aflați în relații contractuale cu casa, numai 40 sunt medici specialiști în geriatrie și gerontologie, ceea ce este evident foarte insuficient pentru situația de incapacitate în care se află instituțiile de asistență socială de a pune în aplicare legislația în vigoare în interesul persoanelor vârstnice și în spiritul eficienței și eficacității programelor socio-medice derulate pentru vârstnici.

## 5. COPLATA ȘI TICHETELE DE SĂNĂTATE

### 5.1. Principii și mod de aplicare

Pornind de la două dintre obiectivele principale ale actualei strategii privind politica de stat în domeniul sănătății și anume: îmbunătățirea stării de sănătate a populației și creșterea calității vieții, respectiv creșterea graduală a resurselor alocate, pentru asigurarea în România a unui sistem de sănătate la nivel european, **s-a propus o reconfigurare a pachetului general de servicii medicale din sistemul asigurărilor sociale de sănătate** și s-a identificat un mecanism optim pentru realizarea acestor obiective, **meccanism propus sub denumirea „TICHETUL PENTRU SĂNĂTATE”**.

Un studiu realizat de Banca Mondială, pornind de la problema plăților informale concluzionează că în condițiile în care pacienții doresc să contribuie direct pentru sănătate, acest proces trebuie să fie conștientizat, reglementat și oficializat corespunzător. Propunerea pentru România denumită „TICHETUL PENTRU SĂNĂTATE” este definită ca o modalitate (mecanism, procedură) care asigură accesul oricărei persoane la o gamă de servicii medicale a căror utilizare conform nevoilor fiecăruia devine astfel posibilă, cu scopul de diminuare a practicilor actuale de suprautilizare și de a îmbunătăți accesul la serviciile deficitare.

Materializarea acestui tichet pentru sănătate se va produce prin participarea asiguratului cu o contribuție personală la plata serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale în momentul în care beneficiază efectiv de acestea, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Implementarea tichetului pentru sănătate va avea loc corelativ cu reconfigurarea pachetului general de servicii medicale și redefinirea mecanismelor de plată a furnizorilor, astfel încât să se asigure o convergență a stimulentelelor din sistemul de sănătate pentru atingerea scopurilor dorite.



Proiectul propune următoarea reconfigurare pentru :

## 1. Asistența primară

A. Pachetul de servicii. Sunt propuse următoarele modificări față de pachetul de bază actual:

- Stabilirea programului normal de activitate al medicului la 7ore/zi la cabinet;
- Eliminarea din pachetul de servicii a vizitelor la domiciliu din partea medicului de familie **din timpul orelor de program normal** (7 ore/ zi);
- **Nu se vor mai limita numărul de consultații la domiciliul pacientului** în afara orelor de program normal (7 ore pe zi).

B. Modificarea mecanismelor de plată actuale:

- **Reducerea ponderii capitației** în total fond alocat asistenței primare de la 90% la 50%
- Introducerea în cadrul plății per serviciu și a **plății per consultație** (pentru consultația inițială – 15 puncte și cea de control – 10 puncte) efectuată pentru pacienții de pe listă. Cu precizarea că:
  - Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schema terapeutică stabilă, medicii de familie au obligația de a prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90 de zile inclusiv.
  - Sunt scutite de la contribuția personală consultațiile aferente plății per serviciu a medicilor de familie și cele aferente serviciilor acoperite prin capitație.
- **Introducerea unei valori estimate la plata per serviciu** în asistența primară
- Pentru vizitele la domiciliu efectuate **în afara programului** normal de lucru (7 ore pe zi) se vor deconta 10 puncte per consultație

- **Eliminarea plății separate a examenelor EKG și Ecografie** (care sunt parte a consultației pacientului respectiv).

C. Introducerea unei contribuții personale din partea pacientului:

- Se va percepe o contribuție personală din partea pacientului de 5 de lei la fiecare **consultație** (pentru prezentările în cazul afecțiunilor acute se va puncta consultația inițială și cea de control).
- Pentru vizitele la domiciliu efectuate **în afara programului** normal de lucru (7 ore pe zi) se va percepe o contribuție personală din partea pacientului de 15 de lei.

## 2. Ambulatoriul de specialitate clinic

A. Pachetul de servicii. Sunt propuse următoarele modificări față de pachetul de bază actual:

- **Eliminarea explorărilor funcționale (din lista serviciilor paraclinice)** din pachetul de servicii decontat separat pentru ambulatoriul clinic de specialitate, cu ajustarea tarifelor pentru consultațiile respective ce impun aceste explorări;

B. Modificarea mecanismelor de plată actuale:

- Medicul din ambulatoriul de specialitate nu poate avea decât un singur contract cu casa de asigurări de sănătate, indiferent de forma de organizare a ambulatoriului;
- Pentru vizitele la domiciliu efectuate **în afara programului normal** de activitate (7 ore pe zi) se vor plăti 10 puncte per consultație și nu se va limita numărul de consultații;

C. Introducerea unei contribuții personale din partea pacientului:

- **Pentru fiecare consultație** la medicul de specialitate din ambulatoriu, contribuția personală din partea pacientului este de 10 de lei;

- **Pentru vizitele la domiciliu efectuate în afara programului normal** de activitate (7 ore pe zi) se va percepe o contribuție personală din partea pacientului de 20 de lei;
- **Pentru serviciile de recuperare-reabilitare din ambulatoriu (proceduri)** se va percepe o contribuție personală din partea pacientului de 50 de lei pe cura de tratament (maxim 10 zile cu maxim 4 proceduri pe zi).

### 3. Ambulatoriul de specialitate paraclinic

A. Pachetul de servicii. Sunt propuse următoarele modificări față de pachetul de bază actual:

- Eliminarea din pachetul de servicii a următoarelor servicii:
  - investigații paraclinice pentru care recomandările, respectiv efectuarea acestora s-a situat sub 100 cazuri anual în cursul ultimilor 2 ani.
  - Eliminarea serviciilor paraclinice ce nu se pot face în ambulatoriu, de exemplu: pentru noile tehnologii introduse în anul 2009 să existe la nivelul fiecărui furnizor ce contractează cu casele de asigurări de sănătate dovada utilizării unor ghiduri sau protocoale de practică.

B. Modificarea mecanismelor de plată actuale. **Propuneri:**

- Diminuarea tarifelor actuale ale serviciile paraclinice de laborator cu valoarea sumelor provenite din contribuția personală (1 leu) pentru fiecare analiză de laborator, prin negocierea tarifelor la contractare între casele de asigurări de sănătate și laboratoare;
- Stabilirea unor criterii clare și transparente de raționalizare a ofertei (contractare selectivă de către casele de asigurări de sănătate pe baza nevoii de servicii – corelativ cu raționalizarea ofertei în ambulatoriul de specialitate clinic și a licitației de prețuri) .

C. Introducerea unei contribuții personale din partea pacientului:

- contribuția personală de la pacient la analizele de laborator este de **1 leu** pe analiză;
- contribuția personală de la pacient pentru **serviciile paraclinice** de tip Rx și alte explorări imagistice, explorări funcționale este de **5 lei** pe investigație;
- contribuția personală de la pacient pentru **investigații de înaltă performanță** (CT, RMN, angiografie, scintigrafie etc.) este de **25-200 lei** pe investigație în funcție de tipul investigației. În această situație nu se mai poate solicita nici o altă plată din partea pacientului pentru serviciul respectiv.

#### 4. Asistența spitalicească

A. Pachetul de servicii. Sunt propuse următoarele modificări față de pachetul de bază actual:

- Redefinirea spitalizării de zi (servicii clar definite și cu plăți aferente și tipuri de cazuri ce pot fi rezolvate în spitalizarea de zi, cu plata pe caz rezolvat);
- Identificarea prin reguli de validare a cazurilor „la limita” din punct de vedere al încadrării lor în pachetul de bază (e.g. urgentele, corecții estetice etc.);
- Introducerea protocoalelor clinice/ ghidurilor de practică pentru anumite DRG-uri;
- Eliminarea posibilității de a se prescrie medicamente, cu și fără contribuție personală, la structurile de urgență spitalicească (cu excepția medicamentelor prescrise de urgență în perioada sărbătorilor legale sau în cursul săptămânii pentru maxim 24 h și în weekend pentru maxim 72 h);
- Eliminarea posibilității de eliberare de concedii medicale din partea medicilor care funcționează în structurile de urgență ale spitalelor;

B. Modificarea mecanismelor actuale de plată:

- Ajustarea tarifelor și a valorilor relative în funcție de costurile reale din sistem și a protocoalelor/ ghidurilor adoptate;
- Alinierea tarifelor pentru cazurile rezolvate în spitalizare de zi la 100% din valoarea tarifului pentru spitalizare continuă, doar în condițiile revizuirii serviciilor ce pot fi efectuate prin spitalizarea de zi.

C. Introducerea unei contribuții personale din partea pacientului:

- **20 lei /consultație** la structurile de urgențe ale spitalelor, în situația în care pacientul respectiv nu intră în categoria urgențelor și nu se internează în spital;
- **10 lei /episod** de spitalizare de zi (servicii sau caz rezolvat), iar în cazul efectuării unor investigații de înaltă performanță se vor adăuga și coplățile aferente acestora;
- **50 lei /episod** de spitalizare.

## 5. Asistența de urgență prespitalicească

A. Pachetul de servicii. Sunt propuse următoarele modificări față de pachetul de bază actual:

- Eliminarea posibilității de eliberare de concedii medicale din partea medicilor de la ambulanță

B. Introducerea unei contribuții personale din partea pacientului:

- **25 lei /consultație** la domiciliu efectuată de către medicii de pe ambulanțe (când pacientul nu reprezintă o urgență sau nu este transportat pentru a fi internat în spital).

**Trebuie subliniat faptul că se va stabili o limită maximă pentru suma anuală aferentă contribuției personale, care va fi plătită de pacient doar în momentul accesării serviciilor de sănătate necesare.**

Prin introducerea tichetului pentru sănătate se preconizează atingerea următoarelor scopuri:

**1. Creșterea eficienței la nivelul sistemului de sănătate** prin:

- orientarea pacientului către furnizorii de servicii medicale cei mai potriviți cu nevoile reale ale fiecărei persoane privind îngrijirile de sănătate;
- reducerea consumului nejustificat de servicii (prin limitarea cererii induse de servicii medicale și în consecință a tendinței de raportare în exces a serviciilor).

**2. Responsabilizarea cetățenilor pentru propria sănătate** prin:

- garanția accesului la serviciile necesare persoanelor care au nevoie, atunci când au nevoie;
- posibilitatea fiecăruia de a-și „contabiliza” consumurile reale;
- simplificarea „circuitului bolnavului în sistemul de sănătate”;
- scăderea timpilor de așteptare și reaplicarea principiului „banii urmează pacientul”, odată cu alocarea mai corectă a resurselor. Practic, se urmărește reducerea internărilor prelungite în favoarea spitalizării de zi și remodelarea comportamentului consumatorului de servicii în ideea de a recurge la serviciile medicale și în special la cele de urgență (exagerat de accesate) doar în cazul în care are efectiv nevoie;
- diminuarea plăților informale, mecanism care corelat cu celelalte inițiative ale Ministerului Sănătății respectiv testele de integritate, intensificarea controalelor – eventual înăsprirea sancțiunilor, linia verde pentru reclamații, afișarea topului prescrierilor medicilor pe site-ul CNAS etc.

**3. Creșterea resurselor financiare la nivelul sistemului** care să conducă la cointeresarea furnizorilor din sistemul de sănătate pentru a asigura servicii eficiente și de calitate, precum și la alocarea mai judicioasă a noilor fonduri astfel rezultate, respectiv către acele segmente ale sistemului care sunt efectiv solicitate pentru acordarea serviciilor de îngrijire a sănătății.

**4. Plata în funcție de performanță a furnizorilor** în sensul în care furnizorii cu activitate mai mare vor avea și resurse mai multe.

**5. Alocarea resurselor funcție de nevoia pacientului** – sumele aferente tichetului pentru sănătate se plătesc doar atunci când a fost accesat serviciul medical. De menționat că, mecanismele actuale care stau la baza acoperirii costurilor din sistemul de sănătate, au la bază latura de solidaritate socială, astfel încât nu e vorba de acumularea unor fonduri în timp, de care să dispună asiguratul ulterior, ci de o redistribuire a contribuțiilor într-o formă mai apropiată de normalitate, către cei care necesită îngrijiri medicale, la un anumit moment.

**6. Principalele categorii de beneficiari ai serviciilor medicale –și vârstnicii** – nu vor suporta aceste costuri suplimentare directe, deoarece pentru aceste categorii tichetele pentru sănătate vor fi suportate de la bugetul de stat sau din alte fonduri similare.

**7. Dezvoltarea sistemului de asigurări voluntare, private de sănătate** cu efect benefic asupra:

- sistemului de asigurări sociale de sănătate, întrucât serviciile care nu vor fi acoperite de sistemul social vor putea fi preluate și suportate de sistemul privat de asigurări;
- persoanelor beneficiare prin crearea posibilității ca sumele aferente tichetului pentru sănătate să poată fi acoperite de asigurările private.

**Mecanismul de implementare a Tichetului pentru sănătate în România se bazează pe următoarele principii:**

- Contribuțiile personale se fac la toate nivelurile de asistență medicală (cu excepția structurilor specifice pentru urgență prespitalicească și spitalicească – CPU, UPU atunci când cazurile respective sunt urgențe reale și pentru care pacientul va plăti contribuție personală aferentă episodului spitalicesc);
- Contribuțiile personale sunt stabilite în sume care să contribuie la stabilirea traseului corect al pacientului în sistemul de sănătate;
- Sumele aferente tichetului pentru sănătate vor constitui în totalitate venituri ale furnizorilor de servicii medicale;

- Se introduce un plafon maxim aferent tichetului pentru sănătate, per pacient/an – 600 lei/an (doar pentru noile tipuri de contribuție personală introduse prin aceste noi reglementări);
- Se mențin sumele actuale plătite de pacienți ca și „contribuție personală” (medicamente, dispozitive medicale, stomatologie, recuperare în sanatorii);
- O simulare făcută pe propunerile de contribuție personală existente arată un nivel de aproximativ 350 lei pe an pentru un pacient mediu (aproximativ 2 episoade de spitalizare continua, 2 de spitalizare de zi, 6-8 vizite la medicul de familie, 4 vizite la medicul specialist, 1 vizită la domiciliu a unui furnizor, 10 analize de laborator, 1 investigație radiologică, 1 investigație de înaltă performanță)
- Atingerea plafonului de 600 lei trebuie documentată de fiecare pacient prin tichetele de sănătate respective, astfel încât pacienții să fie stimulați să le solicite de la furnizorii de servicii de sănătate. După atingerea plafonului de 600 lei pe pacient, nu se mai plătește cu tichete de sănătate contribuția personală la servicii. Pe baza tichetelor adunate și care însumate dau 600 de lei vor primi un document de la casa de asigurări de sănătate, prin care se precizează că pentru anul respectiv nu se mai plătesc alte sume, întrucât s-a ajuns la plafonul maxim deductibil.
- Se propune totodată ca persoanele juridice să poată acoperi pentru salarii cheltuielile cu tichetele pentru sănătate în limita a 600 lei/an.
- Se propune ca sumele plătite ca și contribuția personală să poată fi deductibile fiscal. În Codul Fiscal suma deductibilă este de 200 euro, astfel ca până la această sumă se pot contracta și asigurări private de sănătate - tichetele pentru sănătate pot fi acoperite și prin polițe private de asigurare de sănătate.
- Tichetele pentru sănătate se vor afla la furnizorii de servicii medicale. - Asigurații care beneficiază de un serviciu medical pentru care a fost stabilită o contribuție personală, vor primi în schimbul acesteia un tichet,



- iar în momentul în care suma acestor tichete va atinge 600 de lei, nu se va mai plăti în anul respectiv nici o sumă pentru tichetele pentru sănătate.
- Persoanele pentru care plata tichetului pentru sănătate se suportă din alte surse vor primi de asemenea un tichet, iar furnizorul de servicii medicale va înainta un exemplar al acestuia la casa de asigurări pentru a i se deconta suma aferentă acestuia din sumele virate în acest sens de către autoritățile competente.
  - Este de menționat că pe aceste tichete vor fi completate datele și semnătura pacientului, element ce conduce la decontarea numai a serviciilor reale și efectiv prestate.

**CONTRIBUȚIA PERSONALĂ se va stabili prin Contractul-Cadru și normele metodologice de aplicare pentru 5 tipuri de servicii:**

- Pentru **medicamente** contribuția personală reprezintă diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A și B asupra prețului de referință, respectiv diferență dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință/prețul de decontare al medicamentelor, decontată de casele de asigurări de sănătate, cu excepția medicamentelor și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ pentru care sunt stabilite prețuri de decontare.
- Pentru **medicina dentară** este stabilită o cotă procentuală de 40% din tariful definit, care se plătește de asigurat, pentru unele servicii.
- Pentru **spitale**, contribuția personală a asiguraților reprezintă diferența dintre tarifele pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort stabilite de fiecare unitate furnizoare și cele corespunzătoare confortului standard. Prin confort standard, în ceea ce privește cazarea, se înțelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare și fără dotări suplimentare

(televizor, radio, telefon, frigider etc), iar în ceea ce privește masa, cea acordată la nivelul alocației de hrană stabilite prin acte normative.

- Pentru **recuperare-reabilitare în sanatorii**, contribuția personală a asiguraților reprezintă 30 - 35% din tariful/zi de spitalizare, în funcție de tipul de asistență balneară și de durata tratamentului, plus diferența pentru confort sporit la cazare (idem cu spitalele)
- Pentru **dispozitivele medicale**, dacă prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului. Casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât prețul de referință.

## 5.2.Coplata plătită de asigurații din țările europene

La nivel european sistemul practicat pentru contribuția personală este prezent atât în țările din Europa de vest, cât și din Europa de est. Câteva exemple privind nivelul și categoriile de contribuții personale ale asiguraților sunt următoarele:

### Franța

- 20% coasigurare pentru serviciile spitalicești, plus 16 Euro pe zi (12 Euro la psihiatrie) până la un plafon maxim de 30 de zile de spitalizare;
- 30% coasigurare pentru serviciile ambulatorii, plus 1 Euro pe consultație, limitate la un plafon de 50 Euro pe an;
- coplata de 18 Euro pentru proceduri ce costă peste 91 Euro;
- 35% coasigurare pentru medicamentele prescrise;
- 30% coasigurare pentru serviciile dentare;
- 35% coasigurare pentru transport medical, ochelari de vedere, proteze etc;
- 40% coasigurare pentru serviciile de laborator;
- costurile condițiilor hoteliere deosebite în spital (camera single);
- plata suplimentară a medicilor ce au dreptul să perceapă tarife peste cele decontate de casele de asigurări;

- plata diferenței între tariful cu amănuntul și cel decontat de sistemul de asigurări pentru protezele dentare, dispozitivele medicale, ochelari de vedere, medicamentele cu preț de referință etc.

### **Germania**

- 10 Euro/consultație în ambulatoriu, per trimestru sau pentru consultațiile consecutive fără trimitere;
- 10 Euro/ziua de spitalizare, până la un nivel maxim de 28 zile pe an;
- 10 Euro/ziua de spitalizare pentru serviciile de recuperare-reabilitare;
- 10% coasigurare pentru îngrijiri ce nu sunt furnizate de medic, ochelari de vedere, proteze, transport medical etc;
- Între 5 și 10 Euro/cutie la medicamente;
- Tratamente dentare (aproximativ 50-65% din costul total).

### **Estonia (introduse din 2002):**

- 3 Euro /consultație în ambulatoriu;
- 1,5 Euro /zi de spitalizare - limitat la 10 zile.

### **Croația (introduse din 2005):**

- 1,5 Euro/ consultație în ambulatoriu, se plătesc maxim 3 contribuție personale pe lună;
- 7,5 Euro/ episodul de spitalizare.

### **Ungaria (introduse din 2007):**

- 1,2 Euro /consultație în ambulatoriu;
- 1,2 Euro/ zi de spitalizare - limitată la 20 de zile;
- 4 Euro /pentru serviciul de urgență.

### **Cehia (introduse din 2008):**

- 2 Euro/ consultație în ambulatoriu;
- 2 Euro/ zi de spitalizare;

- 2 Euro /pentru serviciul de urgență.

### **Bulgaria**

- taxă fixă de 1% din salariul minim pe economie pentru consultații în ambulatoriu;
- taxă fixă de 2% din salariul minim pe economie pentru ziua de spitalizare, pentru maximum 10 zile.

## 6. CONCLUZII ȘI PROPUNERI

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

Teoretic, susținerea financiară poate fi îmbunătățită printr-o serie de măsuri: limitarea accesului la servicii, reducerea calității serviciilor sau creșterea ponderii finanțării private, dar nici una dintre acestea nu este dezirabilă din punct de vedere social. Din perspectiva protecției sociale, cel mai indicat mod de îmbunătățire a susținerii financiare este creșterea eficienței sistemului de sănătate prin 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 resurse suficiente destinate programelor de prevenție și celor de menținere a sănătății, cu scopul reducerii unor potențiale cheltuieli viitoare.

În România reforma sistemului public de sănătate s-a concretizat prin promovarea **Legii nr. 95 din 14 aprilie 2006**, care redefinește principalele aspecte privind domeniul sanitar cu scopul de a realiza un sistem de sănătate modern, eficient și compatibil cu sistemele de sănătate din Uniunea Europeană.

Scopul asistenței de sănătate publică îl constituie promovarea sănătății, prevenirea îmbolnăvirilor și îmbunătățirea calității vieții. Strategia sistemului sănătății publice urmărește asigurarea sănătății populației în cadrul unor comunități sănătoase. Asistența de sănătate publică este o componentă a sistemului de sănătate publică și este garantată de stat și finanțată de la bugetul de stat, bugetele locale, fondul național unic de asigurări sociale de sănătate sau din alte surse.

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 populației.*

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.

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 :

- resurse 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 trebuie urmărite cu prioritate, în perioada următoare, sunt :

- acces universal și echitabil la un pachet de servicii;
- libertatea opțiunilor pentru consumatori și furnizori;

- utilizarea cât mai eficientă a resurselor disponibile.

*Realitatea cu care se confruntă persoanele vârstnice este în contradicție cu principiile asumate în contextul aderării la Uniunea Europeană și promovate prin Legea cadru privind reforma sistemului de sănătate.*

Asistența medicală este, de asemenea, deficitară pentru persoanele vârstnice atât în raport cu medicii de familie, cât și cu unitățile sanitare (policlinici, centre de recoltare, spitale etc) :

- Medicii de familie nu respectă în totalitate programul de lucru existând numeroase sesizări în acest sens. Controalele medicale periodice care ar trebui să fie obligatorii nu se efectuează, iar controalele periodice de reevaluare a bolilor cronice nu se realizează decât la inițiativa pacientului. Menționăm că aceste controale sunt foarte importante mai ales în ceea ce privește prevenția primară și secundară la persoanele vârstnice.
- Examenele paraclinice și de laborator se fac pe bază de programare și listă de așteptare, care în unele cazuri poate dura peste două sau trei luni fără a se avea în vedere gravitatea bolii, adesea bolnavii vârstnici fiind obligați să le efectueze contra-cost.
- Internarea în spitale este un procedeu foarte greoi și de cele mai multe ori tratamentele și materialele sanitare din timpul spitalizărilor sunt suportate de persoanele vârstnice sau de familia acestora.

Vârstnicii din mediul rural sunt dezavantajați în plus de lipsurile sistemului actual, deoarece în multe localități nu există cabine ale medicilor de familie sau acestea funcționează în spații improprii. Situația este aceeași și pentru farmaciile sau punctele farmaceutice, cât și pentru centrele de recoltare și laboratoarele pentru analize.

*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 devine totală așa cum prevede legea.*

*Eliberarea unei singure rețete pe lună de medicamente din sublista A (compensat 90%) aduce un prejudiciu mare persoanelor vârstnice care pot prezenta într-o lună mai multe episoade de îmbolnăviri acute, fără legătură unele cu altele și nu pot beneficia de tratament decât dacă medicația necesară se regăsește în sublista B (compensat 50 %). Acest program de compensare cu 90% a medicamentelor a produs nemulțumiri în rândul pensionarilor din cauza prețului de referință practicat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Datorită acestui preț de referință, compensarea nu este efectiv de 90% ci mult mai mică, pacientul fiind nevoit să plătească și diferența dintre prețul de raft și prețul de referință.*

*Când apar bolnavi noi sau se schimbă tratamentul deja implementat apar disfuncționalități. În același timp nu se pot prescrie ca medicație în cadrul programelor de sănătate decât acele medicamente care au fost admise în protocoalele terapeutice pe fiecare program în parte, chiar dacă aceste medicamente nu pot fi administrate de unii bolnavi.*

Plafonarea valorică a medicamentelor pentru bolile cronice la farmacii și la medici a determinat discontinuități în prescrierea și eliberarea medicamentelor fapt pentru care este benefică eliminarea acestui plafon instituit de actuala legislație.

*Deși există prevederi legislative în acest sens, farmaciile nu respectă contractul cu casele de asigurări 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, situație care creează în continuare dificultăți în procurarea medicamentelor.*

Coroborând informațiile preluate din teritoriu, **concluzionăm 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 în farmacii;



- insuficiența fondurilor alocate farmaciilor pentru eliberarea medicamentelor gratuite și 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 treia, 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.

În strânsă legătură cu starea sănătății se dovedește a fi și starea fizică a persoanelor vârstnice, care este evaluată prin posibilitatea de deplasare și autoservire în cadrul gospodăriei. Problema care se ridică în acest cadru, **este de a crea rețele de servicii casnice și de îngrijire personală la domiciliu, ca alternativă la instituționalizare sau ajutor familial**. Deși, deloc neglijabilă sub aspectul efortului de creare a unei asemenea rețele, avantajele pe care se poate conta, sunt multiple: creșterea gradului de satisfacere a nevoilor vârstnicilor la un nivel calitativ superior celui obținut prin propria implicare sau recurgere la serviciile altor membri ai familiei, crearea de locuri de muncă, substituirea familiei care în unele situații este împovărată de alte sarcini: creșterea și educarea copiilor, munca suplimentară pentru sporirea veniturilor.

**O resursă complementară**, la realizarea acestei rețele de servicii **o poate constitui voluntariatul**, ale cărei dimensiuni nu sunt deloc neglijabile în țările dezvoltate.

În acest scop este necesar formularea unui plan de intervenție bazat pe următoarele principii:

- filozofie de diagnosticare și îngrijire multidisciplinară și holistică;
- recunoașterea și abordarea patologiei specifice geriatrie, aspecte pe care medicina standard uneori le ignoră;

- realizarea de cursuri de formare în urgențe geriatrice, recuperare, îngrijiri paleative, îngrijiri comunitare;
- crearea de servicii medicale alternative, îngrijiri la domiciliu;
- serviciile geriatrice să devină un subiect al politicilor de sănătate viitoare, orientate spre prevenire, acces echitabil la servicii și îngrijiri de calitate.

Alte **propuneri de acțiuni pentru satisfacerea nevoilor de sănătate** și a celor sociale pentru vârstnici sunt următoarele :

- organizarea serviciilor medicale de îngrijire pentru persoanele vârstnice—instituții de sejur temporar, centre de zi, spitale de zi, case de bătrâni, spitale pentru cronici etc.;
- dezvoltarea serviciilor de sănătate primară și îngrijiri paliative la domiciliu;
- dezvoltarea rețelilor de susținere socială care, împreună cu serviciile medicale, pot favoriza întocmirea unor programe privind:
  - prevenirea patologiei îmbătrânirii;
  - pregătirea celor ce urmează să se pensioneze;
  - ajutor medical, menajer și social la domiciliu;
  - amenajarea gerontologică elementară a locuinței;
  - acțiuni socio-culturale, inclusiv de integrare în viața socială;
  - încurajarea ONG-urilor ce dezvoltă, în acest sector, acțiuni de solidaritate și caracter umanitar ;
  - reconsiderarea rolului familiei în acordarea de ajutor propriilor bătrâni, pentru ca aceștia să poată trăi cât mai mult posibil în locuința familială.
- formarea personalului specializat în îngrijirea medicală și socială a persoanelor vârstnice;
- revizuirea legislației privind persoanele vârstnice și armonizarea acesteia cu legislația sanitară și socială din Uniunea Europeană.

**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.

**Implementarea măsurilor din Planul Strategic al Ministerului Sănătății pentru perioada 2008 – 2010, ar trebui să răspundă tuturor problemelor de sănătate publică prioritare, precum și nevoilor grupurilor populaționale vulnerabile, îndeosebi persoanelor 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 care să prezinte 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;
- 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 redusă 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 persoanei, 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 zonă geografică definită, în special categoriile de persoane vulnerabile( vârstnici, nivel economic sub pragul sărăciei, șomaj, nivel educațional scăzut, diferite dizabilități, boli cronice, boli aflate în faze terminale care necesită tratamente paliative etc. ).

În acest sens persoanele vârstnice este necesar să beneficieze de un program de îngrijiri la domiciliu elaborat și susținut metodologic și financiar de către Ministerul Sănătății împreună cu Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale care să aibă la bază o strategie pentru dezvoltarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu, cu prioritate a îngrijirilor în comunitate pentru care să se definească un număr de specializări în îngrijiri paliative, îngrijiri de sănătate mintală la nivelul comunității, inclusiv asigurarea îngrijirii de lungă durată.

Un alt obiectiv care vizează categoria persoanelor vârstnice ca fiind o grupă importantă de beneficiari, îl reprezintă **reglementarea sistemului de acordare a medicamentelor gratuite și compensate în ambulatoriu** prin:

- a) stabilirea listei de medicamente esențiale pentru sănătate, care să fie acoperite total/partial prin sistemul de asigurări sociale de sănătate și care să corespundă nevoilor reale de tratament ale vârstnicilor 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 medicamentele de uz uman prin consultări ale autorităților guvernamentale cu reprezentanți ai producătorilor și distribuitorilor de medicamente, precum și cu organizațiile profesionale – Colegiul Farmaciștilor, Colegiul Medicilor și reprezentanți ai Patronatului Farmaciștilor în scopul reducerii acestora;
- d) pregătirea profesională continuă a farmaciștilor și a asistenților de farmacie;
- e) verificarea modului de aplicare a legislației farmaceutice, respectiv aplicarea prevederilor reglementărilor emise de Ministerul Sănătății;
- f) înființarea, în zonele defavorizate, de farmacii sau puncte de lucru ale farmaciilor autorizate de Ministerul Sănătății;
- g) repartizarea la farmacii a unor fonduri corespunzătoare de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării medicamentelor eliberate.

**Realizarea în România a compatibilității cu sistemele de sănătate din statele membre ale Uniunii Europene** trebuie să fie un alt deziderat și o provocare pentru autoritățile din domeniul sanitar. Deși nu există standarde unificate ale îngrijirilor medicale, Uniunea Europeană consideră dreptul cetățenilor la îngrijiri de înaltă calitate, ca pe un drept fundamental și sprijină politicile naționale pentru introducerea măsurilor de garantare a produselor, serviciilor și managementului de cel mai înalt nivel în cadrul sistemului de sănătate.

Activitățile principale pentru asimilarea de către sistemul național sanitar a acestor deziderate, vizează următoarele activități:

- adoptarea de standarde pentru produse medicale, tehnologii medicale, formare profesională, crearea de rețele de informare;
- introducerea și utilizarea conceptelor de medicină bazată pe dovezi și evaluare a tehnologiilor medicale;
- promovarea cooperării între statele membre pentru asigurarea calității în sistemele sanitare, inclusiv medicamente, echipamente, sânge, țesuturi și organe, laborator etc;
- standardizarea măsurilor de siguranță a pacienților.

**Preluarea modalității de coplată în sistemul sanitar românesc, ca o metodă de eficientizare a raportului cost – beneficii nu este acceptată de către persoanele vârstnice în perioada actuală ,când veniturile acestora provenite din pensie sunt insuficiente pentru un trai decent .Principalele motivații sunt următoarele:**

- Introducerea contribuției personale nu va modifica comportamentul personalului medical, nu va duce la diminuarea plăților informale și nu va îmbunătăți calitatea serviciilor medicale oferite de instituțiile sanitare de stat.
- Pentru sumele de bani cu care se contribuie la sistemul de asigurări de sănătate publice se va beneficia în continuare de servicii medicale de o calitate slabă.
- Introducerea sistemului de contribuție personală ar trebui să ducă la condiții *normale* în unitățile medicale (pacienții să nu mai fie obligați să cumpere medicamente, să existe pijamale, așternuturi curate, pacienților să li se acorde mai multă atenție).
- Reducerea consumului de servicii medicale nu se va realiza ,deoarece majoritatea vârstnicilor au nevoie de aceste servicii.Nu aceasta este soluția prin care timpul de așteptare ar putea scădea, ci limitarea reală a numărului de pacienți pe care un medic de familie îi poate avea pe liste sau introducerea unui sistem informatic care să îi permită medicului să îi identifice pe pacienții care apelează abuziv la serviciile lor.

- Pensionarii, persoanele din categoriile defavorizate, persoanele sărace, persoanele cu handicap nu sunt exceptate de la contribuția personală.
- Taxa de 5 lei pentru medicul de familie și 10 lei pentru spitalizarea pe zi nu pot fi acceptate, iar suma de 50 de lei pentru internarea este mult prea mare.

**Alternativele la contribuția personală (creșterea contribuției la sistemul de asigurări de sănătate, convertirea contribuției personale într-o asigurare privată etc.) nu sunt agreate de pensionari.**

**Referitor la îmbunătățirea finanțării sistemului de sănătate, aceasta se poate realiza prin:**

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

\*

\*           \*

Demersul întreprins periodic 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 următoarelor **propuneri punctuale pentru îmbunătățirea situației actuale:**

- suplimentarea operativă a fondurilor pentru compensarea medicamentelor pentru a nu se mai creea blocaje în farmacii la eliberarea rețetelor compensate și gratuite;

- eficientizarea sistemului de decontare între casele de asigurări de sănătate și farmaciile pentru a nu se mai crea blocaje în aprovizionarea medicamentelor gratuite și compensate;
- reconsiderarea sistemului de relații cu producătorii și importatorii de medicamente, inclusiv prin îmbunătățirea reglementărilor privind achizițiile publice;
- încurajarea marilor producători de medicamente din România să fabrice echivalente ale produselor străine pentru care nu există corespondent printre produsele românești, prin acordarea unor facilități la comercializarea medicamentelor, scutiri de taxe și impozite etc ;
- 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 asigurări de sănătate prin care pensionarii să poată verifica prețurile medicamentelor;
- 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;
- intensificarea acțiunilor pentru înființarea punctelor farmaceutice în localitățile izolate și cu asigurați puțini;
- utilizarea denumirii comerciale la prescrierea rețetelor;
- reintroducerea pe lista de gratuități a medicamentelor utilizate în tratamentul accidentului vascular cerebral ischemic, a căilor respiratorii, a văzului și auzului, etc;
- introducerea vitaminelor în lista medicamentelor compensate ;



- cuprinderea în lista gratuităților (compensațiilor) a pampers-ilor de unică folosință pentru bolnavii care sunt nevoiți să folosească acest articol igienico-sanitar;
- asigurarea stabilității conținutului listei cu medicamente aprobată pentru anul curent deoarece modificările ulterioare conduc la cozi în farmacii la începutul fiecărei luni, până când acestea își operează modificările în baza de date;
- 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 a 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);
- dotarea cabinetelor medicilor de familie cu aparatura minimă necesară;
- dezvoltarea rețelei de îngrijiri medicale la domiciliu pentru persoanele vârstnice nedeplasabile;
- înființarea unei rețele naționale de spitale de geriatrie sau secții de geriatrie în spitalele deja existente;
- creșterea nivelului de compensare a serviciilor stomatologice pentru persoanele vârstnice, deoarece aceștia nu își pot permite să susțină costurile ridicate ale lucrărilor.

**Director general,**

***Florin Pașa***

**Șef birou „Analize și studii”,**

***Alina Matei***

**Realizatori,**

***Daniela Garoschy***  
***Simona Ghiță***

## BIBLIOGRAFIE:

- [www.cnas.ro](http://www.cnas.ro);
- [www.ms.ro](http://www.ms.ro);
- [www.ln.edu.hk](http://www.ln.edu.hk);
- *World Congress of Gerontology, 1997* – [www.cas.flinders.edu.au](http://www.cas.flinders.edu.au);
- *Frontline-World Affairs – For Active Ageing – The Second World Conference on Ageing*, [www.frontlineonnet.com](http://www.frontlineonnet.com)
- *Human development reports*, [www.undp.org](http://www.undp.org).
- **"Coordonate ale nivelului de trai în România.Veniturile și consumul populației, 2008"**, Institutul Național de Statistică, 2009 ;
- **"Condițiile de viață ale populației din România ,2008"**, Institutul Național de Statistică, 2009 ;
- **"Dimensiuni ale incluziunii sociale în România"** , Institutul Național de Statistică, 2008 ;
- **"Mortalitatea 2008"** , Institutul Național de Statistică, 2009 ;
- **"Anuarul de Statistică Sanitară 2008"**, Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic în Domeniul Sănătății, Ministerul Sănătății
- Cristina Doboș, **"Finanțarea Sistemelor de Sănătate în Țările Uniunii Europene. România în Context European"**, CALITATEA VIEȚII, XIX, nr. 1–2, 2008
- Mincă, D., Marcu, M., **"Sănătate publică și management sanitar (Public health and sanitary management)"**, Bucharest, Carol Davila Publishing House, 2004
- Vlădescu, C. (coord.), **"Sănătate publică și management sanitar. Sisteme de sănătate (Public health and sanitary management. Health systems)"**, Bucharest, CPSS Publishing House, 2004.
- Howard M. Fillit, Gloria Picariello (1998) **"Practical Geriatric Assessment"**, Greenwich Medical Media, London
- **Planul strategic al Ministerului Sănătății pentru perioada 2008-2010**

- **„România: Raport de evaluare a sărăciei”** , Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, Noiembrie 2007
- **Ordinul nr. 429 din 31 martie 2009** pentru modificarea și completarea Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 501 din 14 iulie 2008 privind aprobarea listei de medicamente (denumiri comune internaționale) de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu cu și fără contribuție personală
- **H.G. nr. 1714 din 17 decembrie 2008** pentru aprobarea Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009
- **H.G. nr. 366 din 25 martie 2008** pentru modificarea și completarea Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009 aprobat prin H.G. nr. 1714 din 17 decembrie 2008