



CONSILIUL NAȚIONAL AL ORGANIZAȚIILOR DE
PENSIONARI ȘI AL PERSOANELOR VÂRSTNICE

Analiză privind accesul la medicamente al pensionarilor și persoanelor vârstnice din România

Simona NEGOESCU

Aprilie, 2022

SISTEMUL DE SĂNĂTATE ÎN ROMÂNIA

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

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

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

Ministerul Sănătății este responsabil pentru guvernarea generală a sistemului de asigurări sociale de sănătate, în timp ce Casa Națională de Asigurări de Sănătate administrează și reglementează Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate. Atât Ministerul Sănătății, cât și Casa Națională de Asigurări de Sănătate sunt reprezentate la nivel local prin direcțiile județene de sănătate publică și prin casele județene de asigurări de sănătate. Serviciile de asistență medicală sunt furnizate în 41 de județe și în capitală (București), în conformitate cu normele stabilite la nivel central.

În sistemul de asigurări sociale de sănătate, casele județene de asigurări de sănătate achiziționează servicii de la furnizorii de servicii medicale (medici de familie, cabinete de specialitate, laboratoare, spitale etc.) de la nivel local. Furnizorii de servicii medicale sunt, de asemenea, plătiți de Ministerul Sănătății în cadrul programelor

naționale de sănătate. Aceste programe acoperă domenii prioritare precum sănătatea mamei și a copilului, controlul bolilor infecțioase, sănătatea mintală și screeningul.

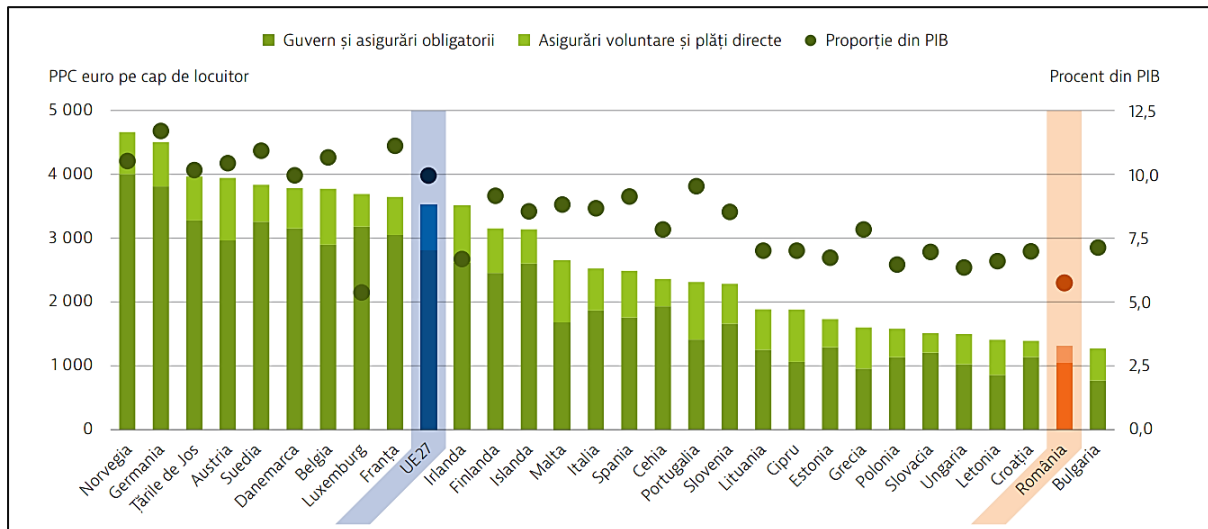
Înainte de 2017, plata contribuțiilor la asigurările sociale de sănătate către Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate a fost împărțită între angajați și angajatori, însă aceștia din urmă nu și-au respectat, în mod repetat, obligația de a plăti contribuțiile. Conform noii legislații, începând din 2017, angajații sunt responsabili pentru plata integrală a contribuțiilor la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și primesc majorări salariale corespunzătoare egale cu cota angajatorului. Unele categorii vulnerabile ale populației sunt scutite de la plata contribuțiilor directe (inclusiv șomeri, pensionari și persoane care beneficiază de prestații sociale). Contribuțiile acestora sunt plătite de la bugetul de stat către Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, ceea ce garantează acoperirea acestora. Grupurile specifice de populație – cum ar fi femeile însărcinate, persoanele cu handicap și pacienții cu boli cronice, precum și copiii și studenții cu vârsta sub 26 de ani – sunt finanțate din contribuțiile populației în vârstă de muncă la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate. Cu toate că sistemul de asigurări sociale de sănătate este obligatoriu, aproximativ 11% din populație rămâne neasigurată, în special în zonele rurale. Persoanele neasigurate au dreptul la un pachet de prestații minime care acoperă situațiile de urgență care pun viața în pericol, bolile infecțioase și îngrijirea în timpul sarcinii. În general, dependența în mare parte de contribuțiile plătite de angajați și numărul relativ redus al populației active are drept rezultat o subfinanțare cronică a sistemului de sănătate.

România și-a majorat în mod semnificativ cheltuielile pentru sănătate în ultimii ani, dar rămâne una dintre țările UE cu cele mai scăzute cheltuieli pentru sănătate, atât pe cap de locuitor, cât și ca procent din PIB.

În perioada 2015-2019, cheltuielile pentru sănătate au crescut în medie cu 10,3% pe an, reprezentând cea mai mare creștere din țările UE. Cu toate acestea, în 2019, România a cheltuit totuși mai puțin de jumătate din media pe cap de locuitor din țările UE (1.310 EUR comparativ cu 3.523 EUR, ajustată la diferențele în ceea ce privește puterea de cumpărare). Ca pondere din PIB, România a cheltuit 5,7% pentru sănătate – al doilea cel mai scăzut procent dintre țările Uniunii Europene, după Bulgaria. Deși ponderea cheltuielilor publice pentru sănătate este ridicată (80% în 2019) și în concordanță cu media UE, plățile directe, cu o pondere de 18,9%, se

situează peste media de 15,4% de la nivelul UE. Plățile informale sunt considerate a fi substanțiale, deși nu se cunoaște valoarea lor totală.

Figura nr. 1: Cheltuielile pentru sănătate pe cap de locuitor din România sunt printre cele mai scăzute din țările UE



Notă: Media UE este ponderată.

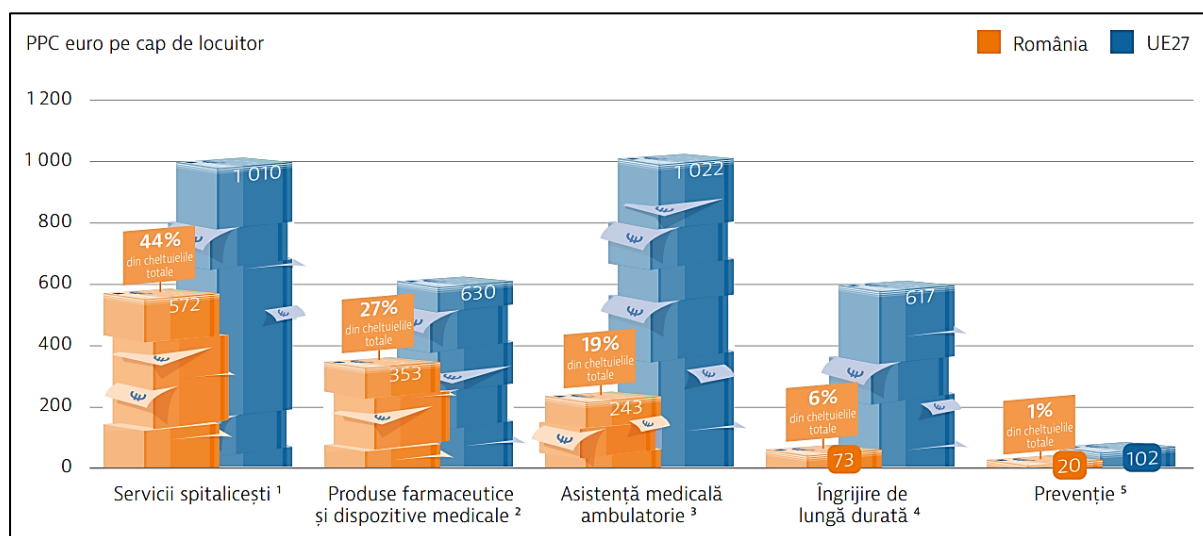
Sursă: Statisticile OCDE din 2021 în domeniul sănătății (datele se referă la anul 2019, exceptând Malta 2018).

În 2019, aproximativ 44% din cheltuielile pentru sănătate din România au fost alocate serviciilor spitalicești (o creștere de 3 puncte procentuale comparativ cu 2010). Aceasta este cea mai mare pondere înregistrată la nivelul țărilor UE, în care media este de 29%. Cu toate acestea, suma totală pe cap de locuitor rămâne scăzută în termeni absoluți.

Un alt procent de 27% este cheltuit pentru medicamente și produse medicale pentru pacienți ambulatorii – o pondere care a scăzut comparativ cu 2013, dar este în continuare mai mare decât media UE. În termeni absoluți, cheltuielile pe cap de locuitor cu medicamentele și dispozitivele medicale pentru pacienți ambulatorii (353 EUR) sunt printre cele mai scăzute din UE. Serviciile spitalicești și medicamentele sunt activități relativ costisitoare în sistemul de sănătate și, prin urmare, absorb o pondere mai mare din fondurile limitate disponibile decât în cazul în care bugetul pentru sănătate ar fi mai mare. În pofida eforturilor de consolidare a asistenței medicale primare, ponderea cheltuielilor pentru sănătate dedicate asistenței medicale primare și ambulatorii (18,6%) rămâne pe locul doi între cele mai scăzute din UE (după

Bulgaria) și este, de asemenea, pe locul doi între cele mai scăzute în termeni absoluți. În perioada 2018-2019, România a introdus noi programe de screening, însă cheltuielile pe cap de locuitor pentru prevenție au continuat să scadă, fiind a doua cea mai scăzută pondere din UE.

Figura nr. 2: România cheltuiește mult sub media UE în toate domeniile de îngrijire



Notă: Costurile administrării sistemului de sănătate nu sunt incluse.

1. include serviciile medicale curative și de recuperare în spitale și în alte unități;

2. include numai piața serviciilor ambulatorii;

3. include serviciile de îngrijire la domiciliu și serviciile auxiliare (de exemplu, transportul pacienților);

4. include numai componenta de sănătate;

5. include numai cheltuielile pentru programele de prevenție organizate. Media UE este ponderată.

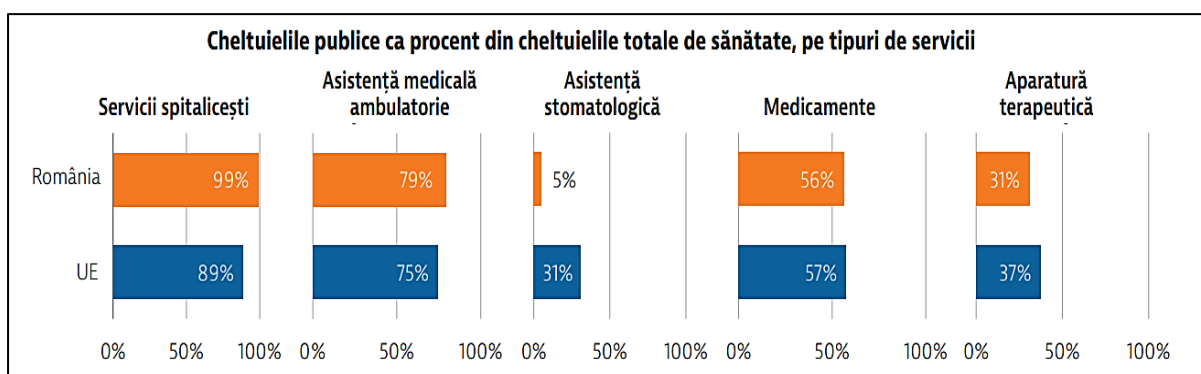
Surse: Statisticile OCDE din 2021 în domeniul sănătății; Baza de date Eurostat (datele se referă la anul 2019).

Sistemul de asigurări sociale de sănătate acoperă un pachet cuprinzător de prestații, inclusiv asistență medicală primară și majoritatea medicamentelor, inclusiv medicamente pentru copii și femei însărcinate, pentru anumite boli grave și pentru afecțiunile acoperite de programele naționale de sănătate. Cu toate acestea, pacienții trebuie să plătească o parte din costul medicamentelor în ambulatoriu: 10% pentru medicamentele generice cu prețuri mai mici, 50% pentru medicamentele generice scumpe și cele brevetate și 80% pentru medicamentele eliberate pe bază de rețetă cu un raport cost-eficacitate scăzut. Partajarea costurilor se aplică, de asemenea, serviciilor de reabilitare medicală și serviciilor spitalicești, care se ridică la aproximativ 35% pentru fiecare episod de îngrijire în cazul reabilitării, dar peste 60% din populație este scutită de la plata taxelor de utilizare pentru servicii spitalicești. Grupurile scutite includ copiii sub 18 ani și tinerii cu vârsta de până la 26 de ani, cu condiția să fie

înscrisi la o formă de învățământ; pacienții care fac obiectul programelor naționale de sănătate; femeile însărcinate fără venituri; și pensionarii.

Un pachet cuprinzător de prestații este garantat pentru toate persoanele asigurate din România. Pachetul include servicii de sănătate (prevenție, asistență medicală ambulatorie, asistență medicală specializată și servicii medicale spitalicești), medicamente și dispozitive medicale. Decizia de a adăuga sau a elimina servicii, medicamente sau dispozitive din pachetul de beneficii este luată de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, pe baza consultărilor cu diverse entități. Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale are sarcina de a întocmi o listă pozitivă de medicamente (cu ajutorul departamentului său de evaluare a tehnologiilor medicale). În 2019, finanțarea publică a acoperit 99% din totalul cheltuielilor cu servicii spitalicești în România – una dintre cele mai ridicate rate din UE.

Figura nr. 3: Cheltuielile publice pentru servicii și bunuri se situează peste media UE pentru mai multe funcții



Notă: Serviciile medicale ambulatorii se referă în principal la serviciile furnizate de medici de familie și specialiști în sectorul ambulatoriu. Medicamentele includ medicamente eliberate pe bază de rețetă și medicamente care se eliberează fără prescripție medicală, precum și bunuri medicale non-durabile. Aparatele terapeutice se referă la produse pentru vedere, aparate auditive, scaune cu rotile și alte dispozitive medicale.

Sursă: Statisticile OCDE din 2021 în domeniul sănătății (datele se referă la anul 2019 sau la cel mai apropiat an).

Cheltuielile publice ca procent din cheltuielile totale pe tipuri de servicii au fost, de asemenea, peste media UE pentru asistența medicală ambulatorie și aproape identice cu media UE pentru medicamente. Cu toate acestea, acoperirea costurilor serviciilor stomatologice rămâne un domeniu cu mult sub medie, întrucât pachetul de prestații garantează acoperirea integrală numai pentru copii, veterani de război și cei

cu afecțiuni cronice și numai 5% din asistența stomatologică este finanțată din fonduri publice (media UE este de 31%). Situația se reflectă în indicatorii de acces: aproximativ 5% dintre români au raportat nevoi nesatisfăcute de asistență stomatologică din cauza costurilor, distanței sau timpilor de așteptare în 2019 – aproape dublu comparativ cu media UE de 2,8%.

ACCESUL LA MEDICAMENTE

Populația de vârstă a treia, respectiv persoanele 65 de ani și peste, în 2021, reprezenta 19,3%, respectiv 3.707.080 de cetățeni, din totalul populației rezidentă a țării, față de 11,0% în anul 1992. Această creștere considerabilă a ponderii vârstnicilor necesită să fie urmată de strategii și programe concrete care să asigure servicii de îngrijire a sănătății profilactice și curative, în cadrul sistemului de sănătate publică, care să răspundă nevoilor unei categorii de populație dezavantajată atât de factorii perioadei de regresie specifică vârstei, cât și de factorii sociali, care determină calitatea vieții.

În acest cadru general al sistemului de sănătate publică, acordarea medicamentelor gratuite și compensate, precum și a serviciilor medicale pentru persoanele vârstnice se asigură în cadrul sistemului de sănătate publică și reprezintă o componentă importantă pentru susținerea actului terapeutic. Având calitatea de asigurat, persoanele vârstnice solicită eliberarea de medicamente gratuite și compensate pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii specialiști și medicii de familie.

Sistemul actual de acordare a asistenței medicale este reglementat prin Legea nr. 95 din 13 aprilie 2006, care asigură cadrul general de organizare și funcționare și H.G. nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022, cu modificările și completările ulterioare.

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 de Guvern.

Ministerul Sănătății stabilește și avizează prețurile medicamentelor din import și din țară, cu excepția medicamentelor care se eliberează fără prescripție medicală (OTC). Lista prețurilor de referință la nivel de unitate terapeutică corespunzătoare

medicamentelor – denumiri comerciale din Catalogul național al prețurilor medicamentelor de uz uman autorizate pentru vânzare pe piață (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătății publice, se elaborează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în condițiile stabilite prin normele metodologice privind aplicarea contractului cadru.

Actuala listă de medicamente este modificată și aprobată prin Ordinul nr. 1068/627/2021 cu modificările și completările ulterioare.

Procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista A este de 90% din prețul de referință, a celor din sublista B este de 50% din prețul de referință, a celor din sublista D este de 20% din prețul de referință, iar a celor din secțiunile C1 și C3 din sublista C este de 100% din prețul de referință.

Începând cu data de 1 ianuarie 2022, pensionarii cu venituri din pensii și indemnizație socială până la 1.429 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri, beneficiază de compensare cu 90% pentru medicamentele din sublista B cuprinsă în Lista de medicamente compensate și gratuite aprobată prin Hotărârea de Guvern nr. 720/2008, a căror valoare la nivelul prețului de referință/prescripție este de până la 330 lei/lună. Finanțarea se asigură în proporție de 50% din bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate și, respectiv, de 40% prin transferuri de la bugetul de stat prin intermediul Ministerului Sănătății. Această decizie face obiectul Hotărârii de Guvern nr.1289/2021, care a fost aprobată de executiv în cadrul ședinței din data de 28 decembrie 2021, în scopul creșterii accesului la medicamentele acordate în ambulatoriu pensionarilor cu venituri mici.

Creșterea plafonului de la 1.299 lei la 1.429 lei/lună inclusiv s-a realizat pentru a ține cont de majorarea cu 10% a valorii punctului de pensie începând cu data de 1 ianuarie 2022, precum și de prevederile art. 85 alin. (2) din Legea nr. 127/2019, cu modificările ulterioare, astfel încât să nu fie afectat accesul pensionarilor¹ la medicamente compensate cu 90%.

¹ În cadrul programului social al Guvernului privind compensarea cu 90% pentru medicamentele din sublista B, în perioada septembrie 2020 – septembrie 2021, au fost eliberate un număr de 2.805.729 rețete aferente unui număr de 468.279 pensionari cu o valoare de consum de 267.600.714,86 lei. Consumul total mediu lunar de medicamente pentru pensionarii cu venituri din pensii de până la 1.299 lei lună/inclusiv, este de aproximativ 20.584.670,37 de lei.

Prețul de referință pentru medicamentele cu și fără contribuție personală prescrise în tratamentul ambulatoriu se definește pentru fiecare sublistă pe baza unei metode de calcul care să asigure creșterea accesului asiguraților la medicamente în condițiile utilizării eficiente a Fondului, luând în calcul următoarele elemente: grupele terapeutice sau DCI, după caz, formele farmaceutice asimilabile, doza zilnică standard stabilită conform regulilor Organizației Mondiale a Sănătății sau cantitatea de substanță activă, după caz.

Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internaționale - DCI, iar în cazuri justificate medical, precum și în cazul produselor biologice și al medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum /cost-volum-rezultat prescrierea se face pe denumirea comercială, cu precizarea pe prescripție și a denumirii comune internaționale - DCI corespunzătoare. Cu excepția cazurilor în care medicul recomandă o anumită denumire comercială, recomandarea farmacistului pentru denumirile comerciale aferente DCI prescrise de medic se face în ordinea crescătoare a prețului, începând cu medicamentul cel mai ieftin din cadrul DCI respective. Pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente cu și fără contribuție personală, cu respectarea unor condiții.

Pentru persoanele prevăzute în legile speciale, care beneficiază de gratuitate suportată de Fond, în condițiile legii, casele de asigurări de sănătate suportă integral contravaloarea medicamentelor al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință, corespunzătoare medicamentelor cuprinse în sublistele pentru care se calculează preț de referință pentru forme farmaceutice asimilabile, cu respectarea prevederilor referitoare la prescrierea medicamentelor.

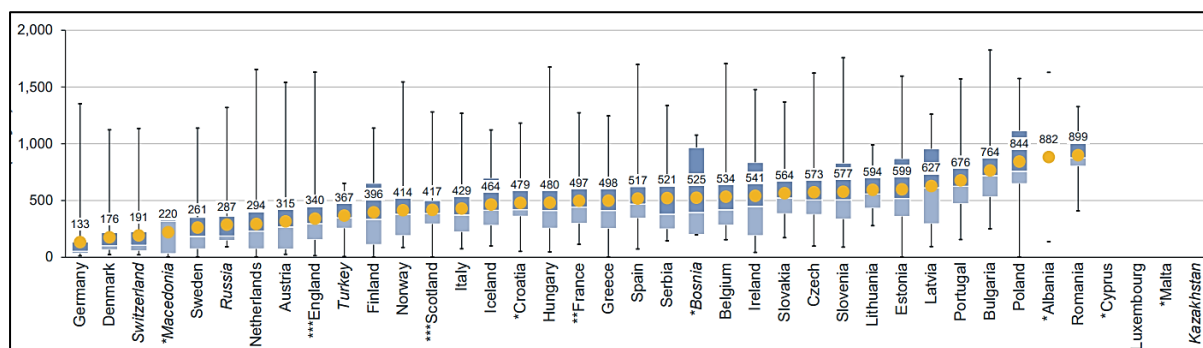
Conform Asociației Române a Producătorilor Internaționali de Medicamente (ARPIM) România nu poate să țină pasul cu accesul la medicamente pe care celelalte state îl oferă pacienților lor, la acest moment pacientul român fiind lipsit de acces la circa 40% dintre produsele inovative folosite în mod curent în vestul Europei.

Motivele care stau la baza acestei situații sunt multiple, însă principalele două se referă la lipsa resurselor materiale și a unui cadru legislativ adecvat.

În final, lipsa unei viziuni pe termen lung și a unor măsuri ferme de corectare a stării de fapt actuale, conduc la zile de viață pierdute pentru pacienții români, în special pentru cei vârstnici care nu au timp de pierdut și care au nevoie acum de o schimbare în bine a stării lor de sănătate.

Un alt studiu publicat la începutul lunii aprilie 2021, al Federației Europene a Industriilor și Asociațiilor Farmaceutice (EFPIA) – Patients WAIT survey – , realizat în parteneriat cu IQVIA, a arătat că, în Europa, pacienții pot aștepta între 4,5 luni și 2 ani și jumătate pentru a avea acces la aceleași medicamente noi în funcție de țară, România aflându-se pe ultimul loc în acest clasament. Din păcate situația în țara noastră s-a înrăutățit, în 2021 timpul de așteptare a crescut la o medie de peste 899 de zile, față de 883 de zile în 2020.

Figura nr. 4: Timpul de așteptare între data la care medicamentele au primit autorizația de introducere pe piață și data la care au devenit disponibile pacienților
- zile -

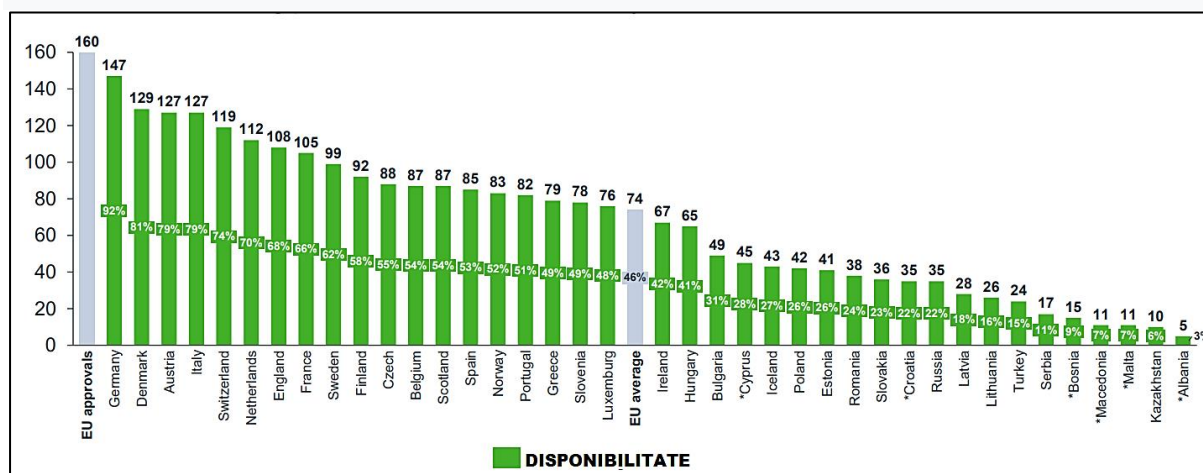


Se poate observa din figura de mai sus că țările din Europa de Nord-Vest au acces la medicamente de ultimă generație mult mai rapid decât vecinii lor din Europa de Sud și de Est, pacienții din unele țări așteptând de peste șapte ori mai mult, potrivit noilor cercetări. Accesul este cel mai rapid este în Germania, cu o medie de 133 de zile între autorizația de introducere pe piață și disponibilitatea în țară, în timp ce România se situează pe ultimul loc, cu o medie de 899 de zile.

Din păcate inegalitățile în ceea ce privește timpul necesar pacienților pentru a avea acces la medicamente noi în diferite state membre ale UE sunt în creștere.

Potrivit datelor studiului, din 160 de medicamente inovatoare aprobate de Agenția Europeană a Medicamentului în perioada 2017-2020, doar 38 (1 din 4) au fost introduse pe lista celor compensate și gratuite din România până la 1 ianuarie 2022. Germania a introdus la compensare 147 de medicamente, Italia 127, Slovenia 78, Bulgaria 49, iar Ungaria 65. Astfel, rata de disponibilitate a medicamentelor de ultimă generație pentru pacienții români, în sistem de compensare, este de doar 24%.

Figura nr. 5: Rata disponibilității medicamentelor, măsurată prin numărul de medicamente disponibile pacienților din țările europene



Principalele cauze ale întârzierilor sunt timpul de așteptare până la depunerea dosarului de rambursare (așteptarea ca alte țări să decidă rambursarea), procesul fără termene clare al elaborării și publicării Listei medicamentelor rambursate și al protocoalelor terapeutice, un sistem de evaluare a medicamentelor care nu valorizează inovația și resurse umane subdimensionate în departamentul responsabil din cadrul Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România (ANMDMR), care fac față cu greu și cu mult efort dosarelor depuse de companiile farmaceutice.

Din păcate conform celor mai recente date ale studiului WAIT ne arată din nou că suntem departe de standardele europene în ceea ce privește accesul la inovația salvatoare de vieți. În ultimii doi ani autoritățile au făcut eforturi semnificative și am apreciat că peste 90 de medicamente și indicații noi au ajuns la pacienți, dar este însă suficient pentru a recupera din decalajul față de media țărilor Europene (în special în ce privește timpul de la aprobarea medicamentelor la nivel european până la rambursarea în România).

Sistemul de acces din România este în continuare lipsit de predictibilitate. Compensarea medicamentelor noi depinde în continuare de o serie de pași birocratici, dar și de voința politică. Respectarea termenelor legale și îmbunătățirea cadrului legislativ actual prin introducerea termenelor clare pentru aprobarea listelor de molecule compensate ar fi pași simpli dar eficienți pentru rezolvarea situației.

CONCLUZII ȘI PROPUNERI

În evoluția omenirii, farmacia înseamnă ani de căutări, de acumulări, de punere în valoare a unor produse de origine vegetală, animală sau chimică, înseamnă descifrarea misterelor artei vindecării omului, de la folosirea empirică a unor leacuri, la imensa cantitate de cunoștințe înglobate în medicamentele moderne folosite de noi astăzi. Descoperirile continue din domeniul farmaceutic, împreună cu celelalte cunoștințe puse în slujba calității vieții omului și animalelor, au condus la lungirea vieții de la un secol la altul.

Este binecunoscut faptul că persoanele vârstnice sunt o categorie importantă de consumatori de medicamente, în principal din însăși caracteristicile stadiului involutiv pe care îl parcurg, bătrânețea fiind asociată cu una sau mai multe boli cronice.

Tocmai de aceea este necesar ca aceștia să aibă acces la medicamente de ultimă generație cât mai curând posibil pentru a-și îmbunătăți calitatea vieții. Considerăm că fiecare dintre noi trebuie să aibă acces la medicamente de calitate care ajută la tratarea bolilor, combaterea infecțiilor, îmbunătățirea stării generale de sănătate.

Timpul este o resursă limitată pentru toți, iar persoanele vârstnice sunt cele care sunt mai aproape de epuizarea sa. Astfel devine necesar să facilităm accesul la medicamente inovative pentru persoanele vârstnice având în vedere că aceștia au cel mai puțin timp la dispoziție pentru a aștepta un nou medicament care să-i facă să se simtă mai bine. Suntem obligați moral și nu numai să le oferim tuturor seniorilor noștri dreptul la o viață lungă, demnă, sănătoasă și independentă.

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

În urma analizării sistemului de acordare a medicamentelor am formulat o serie de **propuneri** pentru îmbunătățirea situației actuale, după cum urmează:

- stabilirea listei de medicamente esențiale pentru sănătatea populației, astfel încât să corespundă nevoilor reale de tratament ale principalelor grupe vulnerabile ale populației și respectiv principalelor afecțiuni care se regăsesc în rândul acestora;
- actualizarea listelor A și B de medicamente compensate și gratuite pentru ca acestea să acopere întreaga patologie a vârstnicilor. Această categorie de persoane se confruntă adesea cu probleme financiare și au posibilități reduse de procurare a unor medicamente ce nu sunt cuprinse în listă;
- creșterea prețului de referință, astfel încât contribuția pacientului să fie minimă și accesibilă și pentru medicamentele originale, nu numai pentru cele generice;
- luarea de măsuri care să determine extinderea ariei de acoperire a farmaciilor în mediul rural prin corelarea numărului de farmacii cu numărul de locuitori;
- eliminarea plafonului de prescriere a numai 7 medicamente compensate și gratuite pe lună pentru un pacient, de pe listele A și B, – și doar 3 produse pe lună de pe lista C;
- acordarea de medicamente gratuite pensionarilor cu venituri sub pensia medie;
- introducerea vitaminelor pe lista medicamentelor compensate sau gratuite pentru persoanele vârstnice cu pensii mai mici de 1429 de lei;
- asigurarea accesului pacienților la medicamente de ultimă generație și micșorarea timpului de așteptare până este disponibil.

Ultima propunere este una de mare importanță deoarece deficiențele privind accesul la medicamente în lipsa unei viziuni, a unei finanțări adecvate și a unui acces la timp la inovație medicală duc în final la zile de viață pierdute pentru pacienții români. Speranța de viață din România, de 75 de ani, este cu aproximativ 7 ani mai redusă față de media celor mai dezvoltate 5 state europene. La ritmul de recuperare actual al diferenței, îi vor fi necesari României 27 de ani pentru a atinge aceeași medie de speranță de viață cu țările dezvoltate și între 40 și 50 de ani în ritmul actual pentru scăderea mortalității prevenibile.

Întârzierile cu privire la accesul la noi tratamente pentru boli cu impact major, printre care cancerul, diabetul, bolile imunologice, infecțioase, se traduc într-o supraviețuire mai redusă pentru pacienții români. De asemenea, trebuie să nu uităm că o stare mai bună de sănătate a populației înseamnă o economie mai prosperă, cu oameni activi și care nu este sub presiunea unor costuri exagerate de sănătate.

Cauzele sunt multiple și pot începe cu cele financiare, până la cauze birocratice. Concret putem menționa patru cauze majore:

- nerespectarea termenelor legale de evaluare a medicamentelor, iar acest lucru este strâns legat de subdimensionarea echipei care se ocupă cu aceste evaluări la ANMDDMR;
- existența unor neclarități ale procedurilor administrative (lipsa unor termene clare de publicare a Hotărârilor de guvern și a protocoalelor terapeutice în raport cu data publicării raportului de evaluare).
- lipsa unor previziuni bugetare care să asigure finanțarea necesară pentru actualizarea regulată și predictibilă a Listei de medicamente rambursate.
- inexistența unui traseu clar al pacientului prin labirintul sistemului sanitar, care să aibă termene clare și bine precizate, care să pornească de la diagnostic, până la accesul la tratament.

Soluția generală și urgentă este crearea unui cadru legal predictibil, care ar trebui să ducă la actualizarea regulată, de exemplu trimestrial, a listei de medicamente compensate și pregătirea în paralel a protocoalelor terapeutice, pentru a fi reduși timpii de așteptare dintre aceste etape. În ciuda eforturilor făcute de ANMDDMR de a reduce întârzierile în aprobarea studiilor clinice, în continuare termenele sunt de 5 până la 8 ori mai lungi decât termenul legal de 60 de zile.

Fără un acces constant la terapii de ultimă generație, România nu va putea ține pasul cu ceea ce se declară politic ca fiind un deziderat al ultimilor ani: dorința ca pacientul român să fie tratat la standardele actuale ale Uniunii Europene.

De la leacurile empirice, medicamentul a devenit substanță și preparat farmaceutic destinat vindecării, ameliorării, prevenirii și diagnosticării suferințelor organismului uman. Medicamentele – care au străbătut un drum lung de la drogul brut la compușii de sinteză – sunt, după cum spunea biochimistul britanic Ernst Boris Chain, „una dintre cele mai mari binefaceri, poate cea mai mare binecuvântare a timpului nostru”! Binecuvântare de care au dreptul să se bucure și persoanele vârstnice din România, precum o fac și cei din celelalte țări ale Uniunii Europene.

ANEXA

Informații generale privind prescrierea și eliberarea medicamentelor compensate și gratuite

Doar **persoanele asigurate** pot beneficia de medicamente suportate din FNUASS, care sunt eliberate pe baza unei prescripții medicale electronice sau a unei prescripții medicale cu regim special (*pentru psihotrope și stupefiante - formularele verzi sau galbene*).

În cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, pot fi prescrise și decontate doar acele medicamente incluse în **Lista medicamentelor compensate** aprobată prin Hotărâre a Guvernului.

Medicamentele decontate din FNUASS pot fi eliberate doar de către farmaciile comunitare care se află în contract cu casele de asigurări de sănătate.

Începând cu data de **1 iulie 2021**, asiguratul poate beneficia de medicamente compensate pentru boala cronică deja confirmată și în cazul în care este internat într-un spital care nu deține respectivele medicamente. Astfel, pe lângă medicii de familie, și medicii din ambulatoriul de specialitate pot elibera prescripție medicală pentru medicamentele din programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu medicamente pe care o depune spitalul la contractare. În această situație, prescripția medicală se eliberează în condițiile prezentării unui document eliberat de spital din care să reiasă că asiguratul este internat. Începând cu data de 1 iulie 2021, spitalele au obligația de a publica pe propria pagină web **lista medicamentelor disponibile** în respectivul spital.

De regulă, medicul curant prescrie medicamentele compensate pe substanță activă (*denumire comună internațională – DCI*), dar în anumite situații, cum ar fi produsele biologice, medicamentele aflate în contracte cost-volum sau cost-volum-

rezultat sau în situații justificate medical, prescrierea poate fi și pe denumirea comercială a medicamentului.

Un exemplar al prescripției medicale este înmănat asiguratului de către medic, pentru a fi depus la farmacie. În cazul prescripțiilor medicale electronice emise ca urmare a unei consultații la distanță efectuată de medicul de familie sau de medicul specialist, asiguratul sau persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului poate printa documentul transmis de medic sau îl poate transmite farmaciei prin mijloace de comunicare electronică în vederea printării acestuia.

Medicul prescriptor

Medicamentele compensate pot fi prescrise de către medicul de familie sau medicul specialist (*care își desfășoară activitatea în ambulatoriul de specialitate sau în spital*) aflat în contract cu o casă de asigurări de sănătate.

În conformitate cu prevederile legale în vigoare medicii prescriptori au obligația de a respecta schemele terapeutice stabilite prin protocoale terapeutice ce constituie baza de prescriere și monitorizare a medicamentelor care se acordă asiguraților pe bază de prescripție medicală în sistemul asigurărilor de sănătate.

Valabilitatea prescripției electronice

Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de maximum 7 zile în afecțiuni acute, de până la 8 - 10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30 - 31 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice. Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicamentele pot fi prescrise pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile.

Prescripția medicală pentru afecțiunile cronice este valabilă maximum 30 de zile de la data emiterii acesteia, iar pentru afecțiunile acute și subacute prescripția medicală este valabilă maximum 48 de ore.

Prescripțiile emise pe o perioadă de 90/91/92 de zile, prescrise în regim online și semnate de către medicul prescriptor cu semnătură electronică extinsă, pot fi eliberate fracționat pentru 30/31/32 de zile, iar valabilitatea acestor prescripții este de

maximum 92 de zile, în funcție de perioada prescrisă. Prima eliberare se va face în maximum 30 de zile de la data emiterii prescripției.

Prevederi specifice

Pot fi prescrise medicamente pentru maximum 7 zile în următoarele situații:

- de către medicii din căminele pentru persoanele vârstnice, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscriși în lista unui medic de familie;
- de către medicul din cabinetul școlar sau studentesc, pentru elevi și studenți, în caz de urgență medicală, doar pentru afecțiuni acute; medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris;
- de către medicii din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie.

Listele de compensare

Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din FNUASS este cea corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor asupra prețului de referință. Procentul de compensare aplicat asupra prețului de referință este diferențiat în funcție de sublista în care se regăsește medicamentul prescris de către medicul curant, și poate fi de:

- **90%** corespunzător denumirilor comune internaționale (*DCI*) prevăzute în sublista A;
- **50%** corespunzător denumirilor comune internaționale (*DCI*) prevăzute în sublista B;
- **100%** corespunzător denumirilor comune internaționale (*DCI*) prevăzute în sublista C;
- **20%** corespunzător denumirilor comune internaționale (*DCI*) prevăzute în sublista D.

În situația în care vă încadrați în categoria „*pensionari cu venituri din pensii și indemnizație socială pentru pensionari de până la 1.499 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri*”, procentul de compensare corespunzător denumirilor comune internaționale (DCI) prevăzute în sublista B este de 90% din prețul de referință.

Eliberarea medicamentelor în farmacie

Medicamentele prescrise în regim compensat pot fi ridicate de la farmacie de către beneficiarul acestora sau de către altă persoană în numele acestuia, prin prezentarea cardului național de sănătate. Doar persoanele asigurate sau persoanele care ridică medicamentele în numele acestuia și care nu dețin card de sănătate semnează componenta eliberare, pe format hârtie, înmănată de farmacist și care se păstrează în farmacie.

Începând cu data de 1 aprilie 2021, **medicamentele pot fi ridicate de către asigurați din orice farmacie din țară**, care se află în contract cu casele de asigurări de sănătate, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul sau de casa de asigurări de sănătate cu care se află în contract medicul, cu excepția medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat.

Farmaciile trebuie să asigure aprovizionarea acestora cu medicamentele care au prețul mai mic sau egal cu prețul de referință, astfel încât asigurații, în cazul prescrierii pe substanță activă, să poată opta pentru acele produse pentru care casele de asigurări de sănătate decontează suma maximă, în funcție de procentul aferent listei de compensare, și pentru care contribuția personală a asiguratului este minimă.

BIBLIOGRAFIE

- *EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2021 Survey* Max Newton, Engagement Manager, Global Supplier & Association Relations Kirstie Scott, Consultant, Global Supplier & Association Relations Per Troein, VP, Strategic Partners Published, April 2022;
- Hotărârea nr. 696/2021 din 26 iunie 2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022;
- INS, Comunicatul de presă Nr. 218 / 30 august 2021;
- Legea nr. 95 din 13 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății
- Ordinul nr. 1068/627/2021 din 29 iunie 2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022;
- *România Profilul de țară din 2021 în ceea ce privește sănătatea*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruxelles, 2022;
- *The root cause of unavailability and delay to innovative medicines*, EFPIA, 2022;
- Resurse online:
 - <https://arpim.ro>;
 - www.casan.ro;
 - www.efpia.eu;
 - www.ms.ro;
 - www.profit.ro;
 - <https://cursdeguvernare.ro/accesul-la-medicamente-de-ultima-generatie-sansa-pentru-pacienti-si-pentru-eficienta-sistemului-de-sanatate.html>