



**CONSILIUL NAȚIONAL AL
PERSOANELOR VÂRSTNICE**

Reforma sistemului public de sănătate

2012

Cuprins

1. SĂNĂTATEA ȘI CALITATEA VIEȚII.....	3
1.1. Aspecte generale.....	3
1.2. Conceptul de calitate a vieții.....	4
1.3. Sănătatea, invaliditatea și mortalitatea în statele UE.....	5
1.4. Cheltuieli de bunuri și servicii de asistență medicală în statele UE.....	9
1.5. Punctul de vedere al populației privind sănătatea și asistența medicală...17	
2. SISTEMUL ACTUAL DE SĂNĂTATE ÎN ROMÂNIA.....	19
2.1. Prezentare generală.....	19
2.2. Finanțarea și cheltuielile în sistemul sanitar.....	21
2.3. Perspectiva consumului de îngrijiri de sănătate – situația în Europa.....	25
2.4. Acordarea de serviciilor medicale și medicamentelor.....	27
3. REFORMA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE.....	33
3.1. Scurtă prezentare a variantelor de reformă.....	33
3.2. Analiza comparativă a România UE.....	38
3.3. propuneri de reformă a sistemului de sănătate din România.....	44
4. NOUL PROIECT DE LEGE PRIVIND ORGANIZAREA ȘI FUNCȚIONAREA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA.....	48
5. CONCLUZII ȘI PROPUNERI.....	56
BIBLIOGRAFIE.....	70

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 sunt în cel puțin trei moduri diferite în care poate fi considerată:

- 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;
- ca **o bună adaptare a persoanei la mediul său** și ca funcționare bună în acest mediu. Definiția este, de această dată, mai cuprinzătoare, dar și în acest caz indicatorii se focalizează pe consecințe: neplăcerile bolii, incapacități funcționale, handicap și /sau dezavantaj social;
- după 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 globală.

Definită ca atare, 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.

Menținerea autonomiei și independenței generațiilor în vârstă a devenit un obiectiv pentru unii politicieni întrucât o sănătate mai bună are potențialul de a:

- îmbunătăți bunăstarea individuală;
- prelungi viața lor activă - oferind un stimulent pentru creșterea economică;
- reduce cheltuielile de ansamblu a sistemelor de sănătate și asistență socială.

UE sprijină politicile de îmbătrânire sănătoasă, ca parte integrantă a strategiei sale de sănătate "Împreună pentru sănătate: o abordare strategică pentru UE, 2008-13", și prin metoda deschisă de coordonare privind protecția socială și incluziunea socială. Îmbătrânirea sănătoasă se bazează pe o abordare pe două planuri:

- promovarea sănătății de-a lungul întregii vieți a unei persoane, având ca scop prevenirea problemelor de sănătate și a dizabilităților premature (promovarea unui stil de viață sănătos prin acțiuni care urmăresc să crească nivelul de activitate fizică, să încurajeze adoptarea unei alimentații sănătoase, sau să reducă dependența de consumul de tutun, alcool sau de droguri);
- un angajament de abordare a inegalităților în materie de sănătate generate de factori sociali, economici și de mediu.

Îmbătrânirea populației este de așteptat să conducă la cereri suplimentare pentru o gamă largă de produse și servicii de sănătate. De exemplu, prin creșterea speranței de viață, un număr tot mai mare de persoane ajung la o vârstă înaintată (80 de ani sau peste) și, prin urmare, este foarte probabil ca mulți dintre ei să necesite mai multe servicii de asistență socială sub formă de sprijin la domiciliu sau, pe termen lung, în centre rezidențiale. Această evoluție este probabil să se intensifice în viitor prin creșterea ponderii persoanelor singure înaintate în vârstă, reflectând destrămarea unității familiale și o reducere a disponibilității /posibilității pentru membrii familiei să ofere îngrijire rudelor lor mai în vârstă. Fără o schimbare în starea de sănătate generală a populației UE și fără o reformă a sistemelor de securitate socială și a pieței forței de muncă prin promovarea îmbătrânirii active și sănătoase, evoluția demografică va duce inevitabil la creșterea presiunii asupra bugetelor publice pentru sănătate și îngrijire pe termen lung.

1.3. Sănătatea, invaliditatea și mortalitatea în statisticile Uniunii Europene

Indicatorii de bunăstare arată că în anul 2007 în UE-27, populația în vârstă de 50 - 64 de ani au o atitudine optimistă în ceea ce privește viitorul în proporție de 48,9% din, pondere care a scăzut la 44,9% pentru cei de 65 de ani și peste. Un model similar s-a înregistrat cu privire la nivelurile de mulțumire a populației UE-27, care, în general, scad cu vârsta (Tabelul nr. 1).

Tabelul 1: Indicatori ai bunăstării, UE-27, 2007

	Optimiști în ceea ce privește viitorul				Satisfacția /fericirea medie (de la 1 la 10)	
	Agreează categoric	Da și nu	Dezagreează categoric	Nu știe	Fericit	Mulțumit de propria viață
18-34 ani	66,3	19,1	14,2	0,5	7,7	7,1
35-49 ani	53,3	23,5	22,7	0,5	7,5	7,0
50-64 ani	48,9	24,6	25,9	0,6	7,4	6,9
65+ ani	44,9	25,9	28,0	1,2	7,3	7,1

Sursa: European quality of life survey - 2007, © European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound)

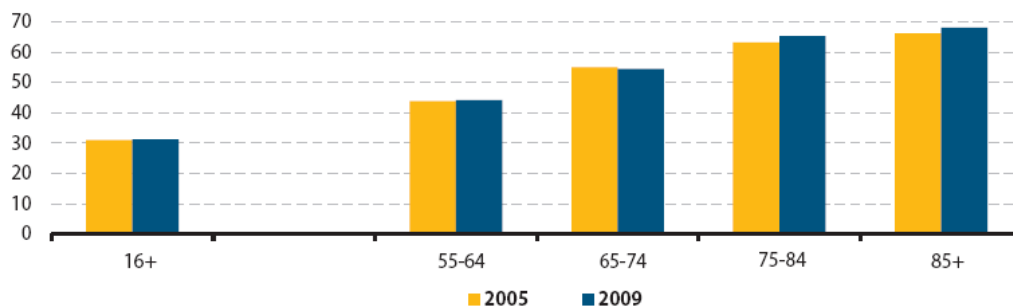
Persoanele în etate se confruntă cu o serie de presiuni diferite, care pot duce la probleme mentale, de exemplu, izolarea, reducerea capacității funcționale, insecuritate financiară sau personală. Cele mai frecvente forme de boli mentale sunt depresia și tulburările de anxietate, persoanele în vârstă fiind susceptibile de a fi afectate și de boli psihice, cum ar fi demența.

De asemenea, prevalența problemelor de sănătate fizică este mai mare în rândul persoanelor în vârstă. Multe dintre bolile care duc la o sănătate precară și, în unele cazuri, chiar la deces, cum ar fi bolile cardiovasculare sau diabetul zaharat de tip II, pot fi prevenite.

Pe întreg teritoriul UE-27, mai mult de două treimi (68,1%) din populația în vârstă de 16 ani și peste consideră (auto-declarație) că au o stare de sănătate foarte bună sau bună (vezi figura 2). Această pondere scade constant după vârsta de 55 de ani, la doar un sfert (25,3%) din repondenții cu vârsta de 85 de ani și peste.

Aproape o treime (31,2%) din populația UE-27 cu vârsta de 16 și peste au raportat că au avut o boală de lungă durată sau probleme de sănătate în anul 2009 (Figura 1). După cum era de așteptat, procentul de persoane care declară astfel de boli crește odată cu vârsta, astfel că mai mult de jumătate din populația UE-27 în vârstă de 65 - 74 de ani a declarat o boală de lungă durată sau de probleme de sănătate.

Figura 1: Ponderea persoanelor care au o boală de lungă durată sau probleme de sănătate, UE (%)

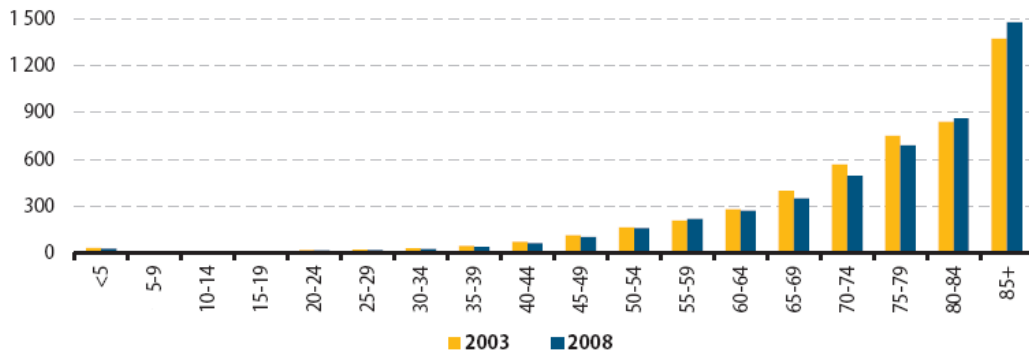


Sursa: Eurostat (online data code: hlth_silc_05)

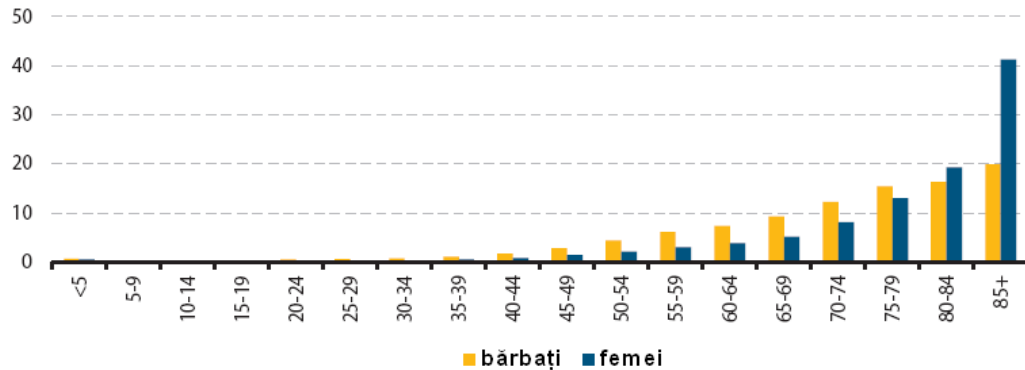
Aceeași anchetă a raportat că în UE-27, printre persoanele în vârstă de 55 și peste, care au luat antidepresive în ultimele 12 luni, 49% au făcut acest lucru din cauza depresiei, în timp ce 47% le-au luat pentru a trata anxietatea, ponderea primilor a fost mai mic decât pentru întreaga populație de 15 ani și peste, în timp ce pentru ultimii ponderea a fost peste medie.

Speranța de viață este în creștere și majoritatea europenilor pot spera în mod realist să trăiască mai mult decât generațiile anterioare, aceasta fiind important în perspectiva îmbătrânirii active și a faptului că din ce în ce mai multe persoane să spera la o stare bună de sănătate pentru anii de pensionare.

În UE-27 în 2008 au fost 4,84 milioane de decese (Figura 2). În cadrul populației cu vârsta de sub 40 de ani au avut loc relativ puține decese, după care numărul de decese s-a accelerat destul de repede. 5,6% din totalul deceselor au fost ale persoanelor în vârstă de 60 – 64 de ani, s-a ajuns o pondere din două cifre (10,2%) în rândul persoanelor de 70 – 74 de ani, crescând și mai mult, la 17,8% din totalul celor de 80 – 84 de ani. Pentru persoanele cu vârsta de 85 de ani și peste au fost aproape 1,5 milioane de decese în anul 2008 - 30,6% din totalul deceselor din UE-27.

Figura 2: Decese în funcție de vârstă, UE-27 (1.000)

Sursa: Eurostat (online data code: demo_magec)

Figura 3: Decese în funcție de vârstă, UE-27, 2008 (% din total, pe sexe)

Sursa: Eurostat (online data code: demo_magec)

O analiză a deceselor pe sexe în UE-27, arată o proporție mai mare a deceselor de sex masculin, fenomen valabil în mod constant pentru toate grupele de vârstă până la vârsta de 80 de ani (vezi Figura 3). Această distribuție reflectă o serie de factori, ce determină ca ratele de deces pentru persoanele de sex masculin să fie mai mari decât cele de sex feminin, începând de la accidente în vehicule cu motor, sau ca urmare a consumului de alcool, tutun și droguri. În plus, populația masculină de 80 de ani și peste, în UE, ca urmare a numărului mare de decese ale acestora în timpul celui de-al doilea război mondial, este relativ mică. În schimb, mai mult de șase din zece decese de sex feminin (60,5%) au avut loc în cadrul populației în vârstă de 80 de ani și peste (în comparație cu o rată de 36,2% pentru bărbați).

Tabelul 2 arată că printre principalele cauze de deces pentru persoanele în vârstă de 65 de ani și peste în cadrul UE-27 sunt incluse boli ale sistemelor circulator, respirator și digestiv, precum și diferite forme de cancer.

Tabelul 2: Cauzele de deces - rate de deces standardizate, UE-27, 2008 (la 100.000 de locuitori)

	Toate vârstele		65+ ani	
	bărbați	femei	bărbați	femei
Toate cauzele de deces	792,5	482,1	4871,6	3261,5
Boli ale sistemului circulator	278,6	184,4	1965,0	1480,2
Neoplasm	234,4	136,1	1410,1	735,3
Boli ale sistemului respirator	63,4	32,5	483,5	249,1
Boli ale sistemului digestiv	41,3	23,3	192,4	137,2
Boli ale sistemului nervos și a organelor de simț	20,3	16,0	135,0	111,8
Simptome, semne și anomalii clinice și de laborator neclasificate în altă parte	26,1	16,4	129,3	113,5
Boli endocrine, nutriționale și metabolice	18,7	14,9	124,9	110,1
Cauze externe de mortalitate și morbiditate	58,3	20,2	147,0	81,9
Tulburări mintale și de comportament	14,5	11,1	84,6	88,1
Boli ale sistemului genital	12,7	8,5	100,9	67,8
Boli infecțioase și parazitoze	11,8	7,1	62,0	45,6
Boli ale sistemului musco-scheletic și ale țesutului conjunctiv	2,3	2,9	16,9	21,0
Boli ale sângelui și organelor hematopoetice și afecțiuni care împiedică mecanismul imunitar	1,8	1,6	11,7	10,4
Boli ale pielii și țesutului subcutanat	0,9	1,0	6,6	8,1

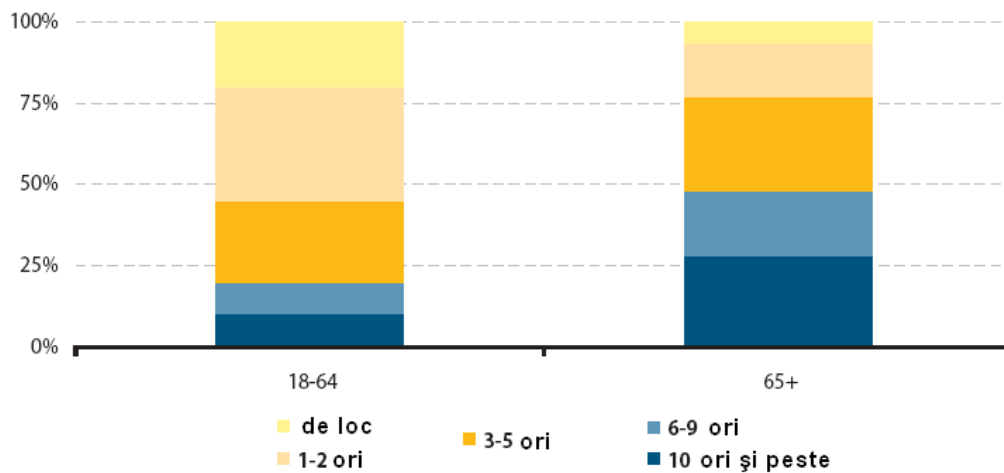
Sursa: Eurostat (online data code: hlth_cd_asdr)

1.4. Cheltuieli cu bunuri și servicii de asistență medicală în statisticile UE

Consumul de diferite bunuri și servicii medicale în UE este de așteptat să crească în următoarele decenii odată cu îmbătrânirea populației. Indiferent dacă acest lucru este finanțat privat sau de la bugetul public, creșterea numărului de persoane în etate poate avea consecințe semnificative asupra numărului de profesioniști din domeniul sanitar necesar pentru îngrijirea persoanelor în vârstă, și aceasta într-o perioadă când dimensiunea globală a forței de muncă în UE este de așteptat să se contracte.

Serviciile medicale pentru pacienți pot fi analizate din punct de vedere al cererii, prin utilizarea unui indicator privind proporția populației care a consultat un medic generalist sau specialist. Figura 4 arată că persoanele în vârstă au vizitat un medic mai des decât restul populației. Aproape jumătate (48,2%) din populația în vârstă de 65 ani și peste care au vizitat un medic de cel puțin șase ori în anul 2009.

Figura 4: Frecvența consultării unui medic generalist sau specialist în funcție de vârstă, UE-27, 2009 (%)



Sursa: Eurostat (EU-SILC 2009 module: material deprivation)

Numărul de externări din spitale la 100 000 de locuitori, este o unitate de măsură utilizată de obicei pentru evaluarea serviciilor spitalicești și reflectă cererea pacienților de servicii de îngrijire. Aceste statistici nu oferă o evaluare a succesului unei intervenții sau tratament, externarea putând rezulta în urma finalizării tratamentului, dar și atunci când un pacient o cere împotriva sfatului medicului, atunci când un pacient este transferat la o altă instituție, sau în cazurile de deces.

În plus, există o mare varietate în modul în care sunt furnizate și finanțate serviciile medicale în statele membre. Prin urmare, în timp ce într-o țară tratarea unei anumite boli poate fi făcută prin internare în spital, în altă țară tratamentul ar putea fi furnizat prin intermediul unei persoane specializate în afara instituțiilor medicale.

Tabelul 3 arată că numărul de internări în spital a pacienților, în general, crește în funcție de vârstă în majoritatea țărilor, astfel încât la vârsta de 95 de ani există țări în care, în medie, fiecare persoană se internează în spital mai mult de o dată pe an.

Tabelul 3: Externările din spital pentru toate cauzele de boală, 2008 (la 100.000 de locuitori)

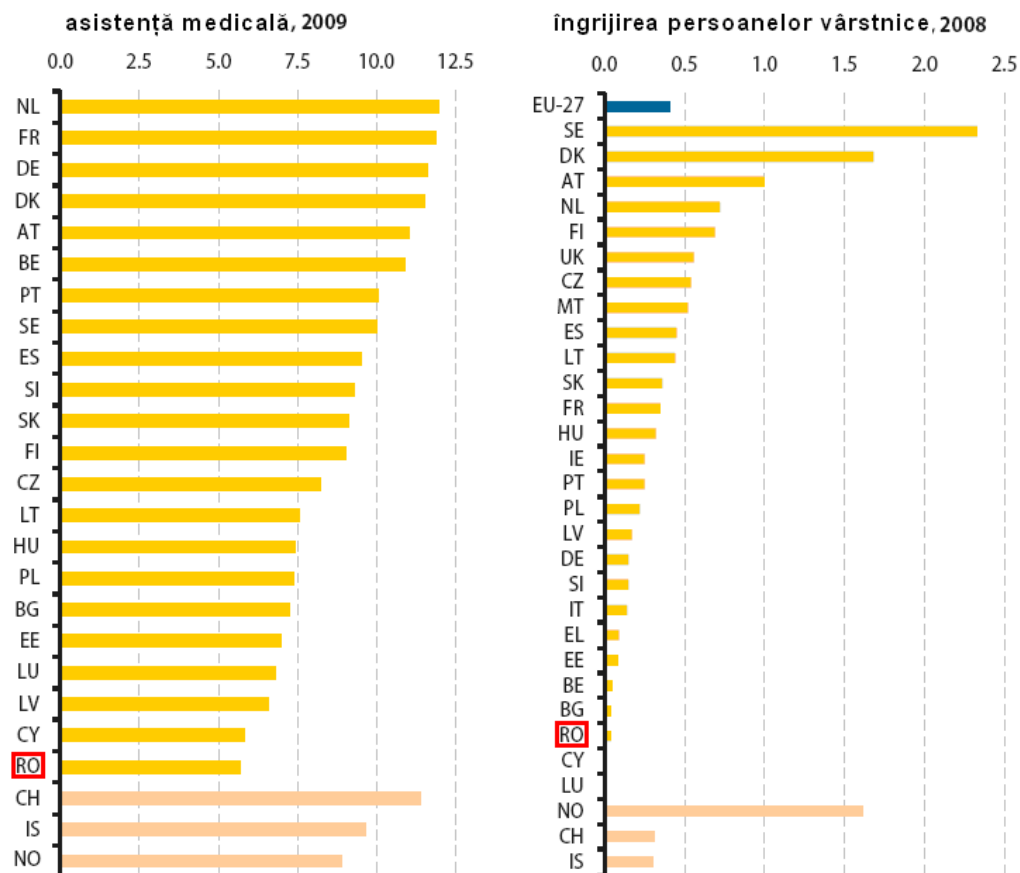
	Total	Vârsta								
		55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+
BE	15741	16344	20059	24451	29949	37972	45215	63613	50588	58983
BG	21665	:	:	:	:	:	:	:	:	:
CZ	20624	21475	25661	32277	41874	51688	59400	66685	70961	65368
DK	16498	:	:	:	:	:	:	:	:	:
DE	22692	25324	29607	36131	44801	55532	62097	68589	7856	3530
EE	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
IE	13501	12412	16113	21276	28545	38216	46987	52596	51624	34914
EL	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
ES	10567	10607	13327	15928	21109	26019	30505	36156	39689	39801
FR	16075	16765	20836	25559	31372	38772	46153	55920	57771	58802
IT	13887	12893	16658	21349	27094	32896	36984	40906	42088	37959
CY	7500	7161	10074	13612	20420	26952	33112	38081	33248	34577
LV	20290	23539	26724	30751	35856	41746	42230	40281	32683	25881
LT	21686	26069	28680	34242	41490	48972	51497	50334	46153	37353
LU	16468	18118	22252	29026	36978	45809	56951	63873	66924	122311
HU	19486	24861	28630	34200	41521	46605	46856	45169	:	:
MT	9512	8470	11648	14403	18905	26663	31526	38299	41948	33681
NL	10953	11878	14942	19350	25012	30217	33645	35317	33056	28544
AT	27539	33117	39591	49077	60000	74453	85441	94191	92761	83697
PL	13965	16891	20798	24223	29618	34420	36086	39589	35189	:
PT	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
RO	22495	:	:	:	:	:	:	:	:	:
SI	16154	15721	19594	24521	30223	37833	40848	43590	44504	37590
SK	18174	20301	25237	32226	41036	49009	53731	62573	54821	39031
FI	18821	17772	21868	29557	41119	58985	80828	102860	115110	112144
SE	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
UK	12248	10763	13789	18216	23274	30071	37811	47243	:	:
CH	16217	17440	21634	26307	32357	40793	48902	53456	51493	37394
HR	16259	17836	21028	25360	30549	33836	33817	:	:	:
MK	9876	13346	16553	20385	23410	23958	21425	17198	10946	9820

Sursa: Eurostat (online data code: hlth_co_disch2)

Cheltuielile cu sănătatea sunt legate de progresul tehnologic, metode noi de diagnostic și tratament, având un impact direct asupra cheltuielilor. În anumite cazuri introducerea de noi tehnologii face ca investigațiile să fie mai ieftine, mai simple, mai rapide, mai eficiente, mai puțin invazive; în alte cazuri introducerea de noi tehnologii duce la o cheltuială de capital foarte mare.

Cheltuielile de asistență medicală trebuie să fie luate în considerare în contextul unor economii pe termen lung, care pot fi asociate cu o populație mai sănătoasă. Figura 5 arată variația cheltuielilor de asistență medicală (curente și cheltuieli de capital) în 2009, de la 5,7% din PIB în România la 12,0% din PIB în Olanda. Grija pentru persoanele în vârstă - pe baza informațiilor referitoare la cheltuielile de protecție socială dedicate îngrijirii acestor persoane (care includ cheltuielile pentru indemnizațiile de îngrijire, cazare și asistență în îndeplinirea sarcinilor zilnice) - a reprezentat 0,4% din PIB în UE-27 în 2008, ajungând la 2,3% în Suedia, singurele state membre pentru care îngrijirea persoanelor în vârstă a reprezentat cel puțin 1% din PIB fiind Danemarca și Austria.

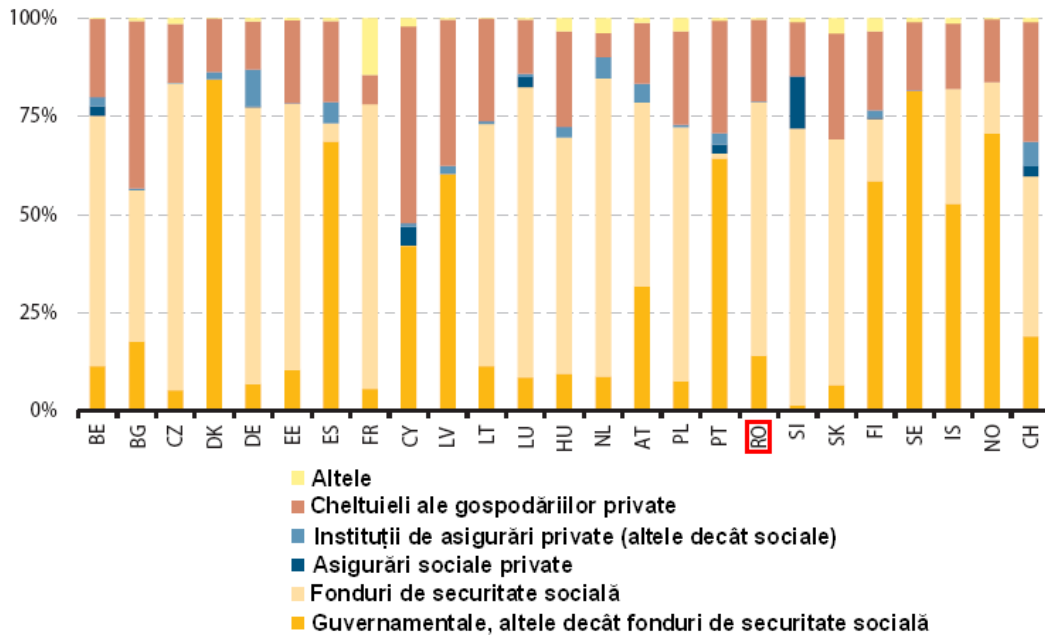
Figura 5: cheltuielile de asistență medicală și îngrijire pentru persoanele în vârstă (% din PIB)



Sursa: Eurostat (online data codes: hlth_sha_hp and tsdde530)

Cheltuielile cu asistența medicală pot fi de asemenea analizate în funcție de scop - de exemplu activitățile de promovare a sănătății, de tratament sau îngrijire pe termen lung.

Figura 6: Cheltuieli cu asistența medicală pe agenți de finanțare, 2008 (%)



Sursa: Eurostat (online data code: hlth_sha_hf)

Tabelul 4 prezintă informații cu privire la cheltuielile de îngrijire pe termen lung, care acoperă furnizarea de asistență medicală și de servicii sociale care ajută persoanele cu boli cronice și probleme de insuficiență, acest tip de îngrijire fiind deosebit de relevant pentru populația în vârstă. Defalcarea cheltuielilor de sănătate este detaliată în funcție de tipurile specifice de îngrijire medicală furnizate.

Tabelul 4: Cheltuieli de sănătate pentru servicii, administrarea și furnizarea de asistență medicală pe termen lung, 2009

	EUR pe locuitor	Milioane EUR	% din PIB	% din cheltuielile curente	din care: asistență pentru îngrijire pe termen lung în:		
					spital	ambulator	acasă
BE	674	7281	2,2	19,7	12,3	0,0	7,4
BG	0	1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
CZ	37	389	0,3	3,6	2,8	0,0	0,7
DK	1096	6053	2,7	24,5	10,4	0,0	14,1

	EUR pe locuitor	Milioane EUR	% din PIB	% din cheltuielile curente	din care: asistență pentru îngrijire pe termen lung în:		
					spital	ambulator	acasă
DE	620	50777	2,1	18,9	7,8	0,1	4,5
EE	30	41	0,3	4,4	4,1	0,0	0,2
IE	:	:	:	:	:	:	:
EL	:	:	:	:	:	:	:
ES	210	9648	0,9	9,9	6,3	0,9	1,9
FR	541	34932	1,9	16,0	8,4	:	3,1
IT	:	:	:	:	:	:	:
CY	39	31	0,2	3,1	1,8	0,3	0,4
LV	24	54	0,2	3,9	3,6	0,2	0,2
LT	76	253	1,0	12,8	2,6	0,0	6,5
LU	1240	606	1,5	24,9	14,7	0,0	5,1
HU	26	261	0,3	3,9	3,7	0,0	0,1
MT	:	:	:	:	:	:	:
NL	874	14454	2,5	22,6	16,7	0,7	5,2
AT	478	4000	1,5	14,0	6,9	:	7,1
PL	32	1239	0,4	5,8	1,1	0,0	4,3
PT	70	739	0,4	4,5	0,6	:	0,4
RO	41	885	0,8	13,5	1,2	0,0	12,3
SI	214	437	1,2	14,2	6,6	0,0	2,1
SK	29	154	0,3	2,9	0,0	0,0	0,3
FI	861	4594	2,7	31,0	11,2	:	1,1
SE	1216	11304	3,9	40,5	4,0	0,1	3,6
UK	:	:	:	:	:	:	:
IS	471	150	1,7	18,0	17,7	0,3	:
NO	1312	6178	2,2	26,2	16,2	:	9,9
CH	1009	7812	2,2	19,3	17,2	:	2,1

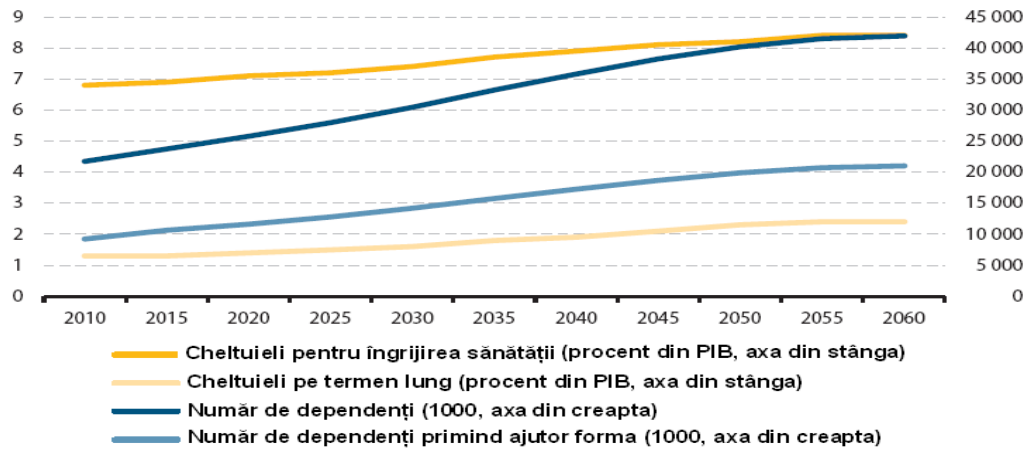
Sursa: Eurostat (online data code: hlth_sha_ltc and hlth_sha_hc)

Îngrijirile pe termen lung au reprezentat peste 20% din cheltuielile medicale curente în Danemarca, Luxemburg (2008), Olanda, Finlanda și Suedia în 2009. Pe termen lung, cheltuielile de îngrijire pe locuitor s-au ridicat la maximele de 1.240 euro în Luxemburg și 1.216 euro în Suedia. Nivelul relativ scăzut al cheltuielilor în unele state membre (mai puțin de 100 euro pe locuitor în 11 dintre statele membre) pot fi legate de sarcina de îngrijire ce revine membrilor familiei cu care locuiesc împreună. Opt state membre au raportat cheltuieli

dedicate îngrijirii pe termen lung mai mici de 5% din cheltuielile lor curente de sănătate.

În conformitate cu raportul din 2009 privind îmbătrânirea populației, între 2010 și 2060 în UE-27, cheltuielile de asistență medicală și îngrijire pe termen lung se estimează să crească cu aproximativ 2,4 puncte procentuale din PIB. Împreună cu pensiile, cheltuielile pentru asistență medicală și îngrijire pe termen lung este de așteptat să exercite o presiune tot mai mare asupra cheltuielilor publice în următorii 50 de ani.

Mai multe informații cu privire la aceste proiecții ale UE-27 sunt oferite în figura 7. Creșterea generală a cheltuielilor pentru asistență medicală se așteaptă să fie mai mare (1,6 puncte procentuale) decât pentru îngrijirea pe termen lung (1,1 puncte). Cu toate acestea, ritmul în care cheltuielile cu îngrijirea pe termen lung se estimează să crească este mai rapid (84,6% în perioada luată în considerare, comparativ cu o expansiune de 23,5% pentru cheltuielile de asistență medicală). Aceste modificări de pondere reflectă, cel puțin într-o anumită măsură, creșterea rapidă a numărului de persoane înaintate în vârstă (80 de ani și peste), care urmează să apară în întreaga UE, în următoarea jumătate de secol. Figura 7 confirmă faptul că numărul de persoane aflate în întreținere va crește într-un ritm mult mai rapid decât cheltuielile de asistență medicală. Proiecțiile făcute în raportul din 2009 privind îmbătrânirea populației sugerează că numărul de persoane aflate în întreținere formală în UE-27 va fi mai mult decât dublu în următorii 50 de ani, (creștere cu 128,1%), crescând de la 9,2 milioane de persoane în 2010 la 21,0 milioane până în 2060.

Figura 7: Proiecții pentru cheltuielile de îngrijire și pentru persoanele aflate în întreținere, UE-27 (% din PIB)

Sursa: European Commission, European Economy, 2/2009 - Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)

O defalcare a proiecțiilor de cheltuieli de asistență medicală pentru statele membre este prevăzută în tabelul 5. Aceasta arată că până în 2060 cheltuielile de asistență medicală sunt proiectate să reprezinte între 3,3% din PIB în Cipru și 9,4% din PIB în Marea Britanie. Cheltuielile pentru asistența medicală este de așteptat să crească în toate statele membre în cursul perioadei luate în considerare, cu o extindere mai rapidă a cheltuielilor în Malta, Slovacia, România și Republica Cehă. Deși creșterea cheltuielilor în aceste țări va fi peste medie, până în 2060 nici una din aceste țări nu va ajunge cu cheltuielile generale de sănătate (în raport cu PIB) la media UE-27.

Tabelul 5: Proiecțiile cheltuielilor de sănătate (% din PIB)

	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
EU-27	6,8	6,9	7,1	7,2	7,4	7,7	7,9	8,1	8,2	8,4	8,4
BE	7,7	7,9	8,1	8,2	8,4	8,6	8,7	8,8	8,8	8,8	8,8
BG	4,8	4,9	5,0	5,0	5,1	5,3	5,4	5,4	5,5	5,5	5,4
CZ	6,4	6,7	6,9	7,1	7,4	7,6	7,8	8,0	8,1	8,3	8,4
DK	6,0	6,2	6,4	6,6	6,7	6,8	6,8	6,9	6,9	6,9	6,9
DE	7,6	7,9	8,1	8,3	8,5	8,8	9,0	9,2	9,2	9,2	9,2
EE	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,8	5,9	6,0	6,1	6,1
IE	5,9	6,0	6,1	6,3	6,5	6,7	6,9	7,1	7,3	7,5	7,6
EL	5,1	5,3	5,4	5,5	5,7	5,9	6,0	6,2	6,3	6,3	6,4
ES	5,6	5,7	5,9	6,1	6,3	6,6	6,8	7,0	7,1	7,2	7,2
FR	8,2	8,4	8,6	8,7	8,9	9,1	9,2	9,3	9,3	9,4	9,4
IT	5,9	6,1	6,2	6,4	6,5	6,7	6,9	7,0	7,0	7,0	6,9

	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
CY	2,8	2,8	2,9	2,9	3,0	3,1	3,1	3,2	3,2	3,3	3,3
LV	3,5	3,6	3,7	3,7	3,8	3,9	3,9	4,0	4,0	4,1	4,1
LT	4,6	4,7	4,9	5,0	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,6
LU	5,9	6,1	6,2	6,4	6,5	6,7	6,8	6,9	7,0	7,0	7,0
HU	5,8	5,9	6,0	6,2	6,4	6,5	6,7	6,8	6,9	7,0	7,0
MT	4,9	5,3	5,6	6,0	6,4	6,9	7,2	7,4	7,6	7,7	8,0
NL	4,9	5,1	5,3	5,4	5,6	5,7	5,8	5,8	5,9	5,8	5,8
AT	6,6	6,8	7,0	7,2	7,4	7,6	7,8	8,0	8,1	8,0	8,0
PL	4,1	4,3	4,4	4,5	4,6	4,7	4,8	4,9	4,9	5,0	5,0
PT	7,3	7,5	7,6	7,8	8,0	8,3	8,5	8,7	8,9	9,0	9,1
RO	3,6	3,7	3,8	3,9	4,1	4,3	4,4	4,6	4,7	4,8	4,9
SI	6,8	7,1	7,3	7,5	7,8	8,0	8,2	8,3	8,4	8,5	8,5
SK	5,2	5,4	5,7	6,0	6,2	6,5	6,7	6,9	7,1	7,2	7,2
FI	5,6	5,8	6,0	6,1	6,3	6,4	6,5	6,5	6,5	6,4	6,5
SE	7,3	7,4	7,5	7,6	7,7	7,8	7,9	7,9	8,0	8,0	8,0
UK	7,6	7,8	8,0	8,1	8,4	8,7	8,9	9,1	9,2	9,3	9,4
NO	5,7	5,8	6,0	6,2	6,5	6,6	6,8	6,9	6,9	7,0	7,0

Sursa: European Commission, European Economy, 2/2009 - Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)

1.5. Punctul de vedere al populației privind sănătatea și asistența medicală

Rezultatele unui sondaj efectuat în martie 2009 privind solidaritatea între generații ne arată opiniile cu privire la furnizarea de pensii și de servicii de îngrijire pentru persoanele vârstnice. Un procent de 58,5% dintre persoanele cu vârsta de 15 ani și peste în UE-27 au considerat că guvernele nu ar mai fi în măsură să plătească pentru pensiile și îngrijirea persoanelor în vârstă în următoarele decenii (vezi Tabelul 6). În ciuda acestui fapt, 83,6% dintre cei intervievați au fost de acord că guvernele ar trebui să ofere mult mai mulți bani pentru pensii și pentru îngrijirea persoanelor în vârstă. Este interesant de observat că cea mai mare pondere a fost înregistrată printre cei aproape de vârsta de pensionare (55 de persoane în vârstă de 64 de ani reprezentând 86,0%). Același studiu indică faptul că doar puțin peste o treime (34,3%) din populația UE-27, de 15 ani și peste consideră că au existat suficiente servicii sociale pentru a sprijini persoanele cu vârstă sensibilă, astfel încât acestea să poată sta în propria locuință (vezi tabelul 7). Este interesant de remarcat faptul că grupul de vârstă care a agreat că au existat suficiente servicii sociale pentru

acest scop a fost al persoanelor cu vârsta de 65 de ani și peste. Un procent mult mai mare (84,5%), a considerat că persoanele sensibile, în vârstă, nu ar putea trăi în mod autonom, deoarece casele lor nu au fost adaptate la nevoile pe care le au.

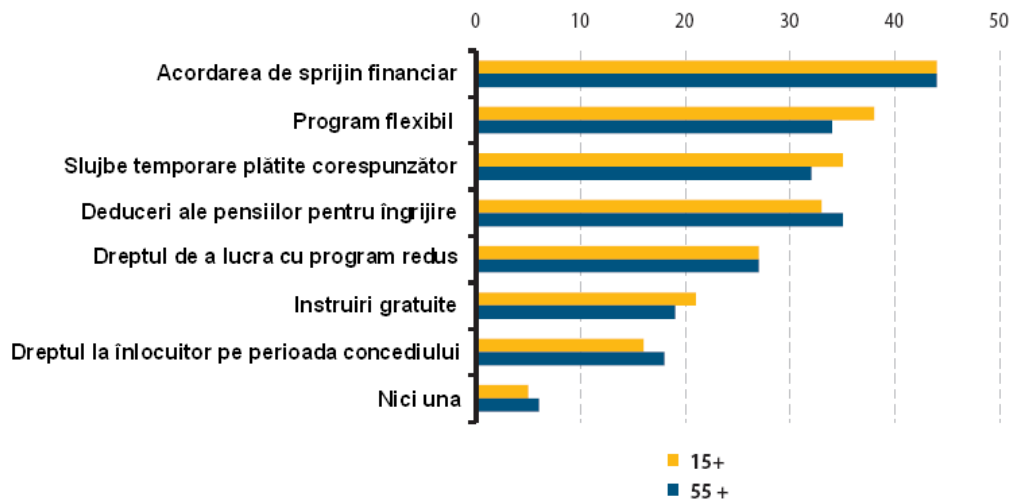
Tabelul 6: Opiniile cu privire la problemele specificate de accesibilitate la pensii și de îngrijire pentru persoanele în vârstă, UE-27, martie 2009 (%)

	Dezagrează categoric	Dezagrează oarecum	Agreează oarecum	Agreează categoric	Nu știe /non răspuns
Guvernul trebuie să aloce mai mulți bani pentru pensii și îngrijirea vârstnicilor					
15+ ani	3,5	10,0	34,7	48,9	2,8
15-24 ani	4,0	11,8	39,3	40,7	4,1
25-39 ani	3,6	11,0	39,8	43,2	2,4
40-54 ani	3,1	10,1	34,0	50,2	2,6
55-64 ani	3,4	8,5	30,5	55,5	2,1
65+ ani	3,7	8,6	29,9	55,0	2,8
Persoanele ocupate vor agreea tot mai puțin plata de taxe pt. susținerea vârstnicilor					
15+ ani	16,3	25,7	33,0	18,5	6,5
15-24 ani	11,8	24,8	38,3	20,4	4,6
25-39 ani	15,6	28,1	34,6	16,5	5,2
40-54 ani	19,1	27,5	31,5	16,7	5,2
55-64 ani	17,1	25,4	31,2	20,0	6,2
65+ ani	16,5	21,4	30,1	20,5	11,5
În deceniul următor guvernele nu vor mai fi în stare să plătească pentru pensii și îngrijirea persoanelor vârstnice					
15+ ani	15,3	18,8	33,4	25,1	7,4
15-24 ani	13,7	22,8	32,2	22,6	8,7
25-39 ani	12,9	18,7	37,3	24,9	6,2
40-54 ani	14,3	16,8	35,4	27,5	6,0
55-64 ani	17,6	19,8	29,4	26,0	7,2
65+ ani	18,8	18,4	30,2	22,4	10,1

Sursa: European Commission, Flash Eurobarometer No. 269 – Intergenerational solidarity

O anchetă realizată în septembrie și octombrie 2011 oferă detalii cu privire la modul în care europenii cred că guvernele ar trebui să ajute persoanele pentru îngrijirea membrilor de familie mai în vârstă. *Dintre soluțiile propuse, cea mai mare proporție (44%) din persoanele cu vârsta de 15 ani și peste consideră că furnizarea unei forme de remunerație celor ce furnizează servicii medicale ar fi cel mai util lucru pe care guvernele l-ar putea face.*

Figura 13: Opinia publică cu privire la cel mai util lucru pe care guvernele l-ar putea face pentru a ajuta persoanele care au grija de membrii familiei mai în vârstă, UE-27, septembrie-octombrie 2011



Sursa: European Commission, Special Eurobarometer No. 378 – Active ageing

2. SISTEMUL ACTUAL DE SĂNĂTATE ÎN ROMÂNIA

2.1. 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. Contribuția aferentă venitului salarial a ajuns la 5,2 % pentru persoanele juridice și respectiv 5,5% pentru angajat.

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 (co-plăți, costuri legate de tratamente și spitalizare) și cele indirecte (cost transport, timpi de așteptare); așezare geografică inadecvată a facilităților de îngrijiri; calitatea inegală a serviciilor de același tip.

Pentru evaluarea accesibilității, au fost analizați indicatori de proximitate care să identifice persoane, grupe de populație și /sau zone geografice dezavantajate în privința accesului la servicii, pentru care ar trebui dezvoltate politici speciale. 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.

Reforma în domeniul sanitar demarată odată cu promulgarea Legii nr. 95/2006 a prevăzut **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.

2.2. Finanțarea și cheltuielile în sistemul sanitar

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 totuși un nivel, redus, ceea ce a afectat întreținerea sistemului, managementul, investițiile în echipamente și accesul la servicii pentru

persoanele cu venituri reduse, categorii din care fac parte majoritatea persoanelor vârstnice. Ponderea în PIB a cheltuielilor publice alocate pentru sănătate au fost:

Tabel 7 Cheltuielile publice alocate pentru sănătate

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

Totodată, comparând **ponderea cheltuielilor totale făcute de furnizorii de servicii de sănătate** în PIB pentru un număr de 22 state din Uniunea Europeană, prezentate pe site-ul Eurostat, în anul 2009, constatăm că în 15 dintre acestea nu a depășit 10,0%, iar România se situează pe ultimul loc 5,68%.

Tabel 8 Ponderea cheltuielilor totale ale furnizorilor de servicii de sănătate în PIB

Țara	Olanda	Franța	Germania	Danemarca	Belgia	Austria ¹	Portugalia ¹	Suedia
cheltuieli (%)	11,96	11,86	11,61	11,53	10,88	10,36	10,05	10,02
Țara	Spania	Slovenia	Slovacia	Finlanda	Cehia	Lituania	Ungaria	Polonia
cheltuieli (%)	9,51	9,29	9,11	9,05	8,24	7,57	7,45	7,37
Țara	Bulgaria ²	Estonia	Letonia ¹	Luxembourg ¹	Cipru ¹	România		
cheltuieli (%)	7,09	7,01	6,59	6,57	5,83	5,68		

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.

Procentul alocat sănătății din PIB de către țara noastră a fost stabil în ultimii 7-8 ani, valorile situând țara noastră pe ultimul loc în Uniunea Europeană în domeniu.

Din totalul resurselor alocate sănătății, 80% sunt publice, iar 20% private. În privința celor publice, cele mai multe - 85% - sunt administrate de Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS). În cazul celor private,

¹ Procentul pentru aceste țări se referă la anul 2008

² Procentul pentru Bulgaria se referă la anul 2007

imensa majoritate provin din plăți directe, respectiv co-plăți, plăți integrale sau tarife pentru servicii.

Principalele venituri publice destinate sănătății sunt contribuțiile de asigurări plătite de angajatori și angajați /pensionari /persoane fizice autorizate. În anul 2011 acestea au totalizat 15 miliarde de lei, adică 2,6% din PIB. Nivelul cotelor de contribuții de sănătate în România este printre cele mai scăzute din Europa, respectiv 10,7%, de unde și ponderea redusă a veniturilor astfel generate.

Pe lângă asigurările sociale de sănătate, sistemul public de sănătate beneficiază și de venituri din accizele pe tutun și băuturi alcoolice (denumite informal „taxa pe viciu”) și din impozitul pe veniturile realizate de producătorii, importatorii și deținătorii autorizațiilor de comercializare din vânzarea medicamentelor a căror contravaloare este suportată, integral sau parțial, de FNUASS (cunoscută ca „taxa clawback”). În anul 2011, taxa pe viciu a generat venituri de 1,2 miliarde de lei, iar taxa clawback de 0,24 miliarde lei, ambele la bugetul Ministerului Sănătății.

În afara veniturilor cu destinație specială, sistemul public de sănătate primește și subvenții de la bugetul de stat, adică din impozitarea generală. În anii 2010 și 2011 acestea au fost esențiale pentru acoperirea deficitului FNUASS, totalizând 5,5 miliarde lei, adică 15% din veniturile totale.

Veniturile FNUASS sunt compuse din contribuțiile de asigurări de sănătate și subvenții de la bugetul de stat și din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății. În medie, cotele reprezintă aproximativ 90% din venituri, iar subvențiile restul de 10%. Nominal, veniturile totale ale Fondului s-au apropiat de 18 miliarde lei în anul 2011, cu aproape 50% mai mult decât în anul 2007. Evoluția nu a fost continuă în toată această perioadă. Se observă scăderea de 7% înregistrată în anul 2009, care a coincis în mod nefericit cu eliminarea restricțiilor la consumul de medicamente compensate, deci cu nevoi mai mari de cheltuieli.

În anii 2010 și 2011, cu ajutorul subvențiilor de la bugetul de stat, veniturile totale au reintrat pe un curs ascendent.

Cheltuielile totale de sănătate efectuate în România se situează în jurul valorii de 5,6% din PIB, ceea ce situează țara noastră pe ultimul loc în Uniunea Europeană. Patru cincimi din acestea sunt cheltuieli publice, iar restul private. Peste 80% din cheltuielile publice sunt efectuate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, de către FNUASS, iar restul de Ministerul Sănătății și de administrațiile locale. În cazul cheltuielilor private, marea majoritate iau forma de plăți directe pentru servicii medicale sau medicamente.

Ponderea cheltuielilor cu sănătatea în totalul cheltuielilor publice s-a menținut constantă în ultimii ani, la aproximativ 10%. Aceeași constanță o remarcăm și la ponderea FNUASS în totalul cheltuielilor publice. Procentele arată, de fapt, nivelul de resurse pentru sănătate pe care și-l poate permite sectorul public, în actualul cadru fiscal-bugetar.

Din cele peste 21 de miliarde lei cheltuieli publice cu sănătatea în anul 2011, aproape 18 miliarde lei au fost efectuate de FNUASS, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, 2,6 miliarde lei de către Ministerul Sănătății, iar 720 de milioane lei de către administrațiile locale.

Administrațiile locale, actualmente proprietare a peste 250 de spitale, alocă fonduri proprii pentru cheltuieli cu bunuri și servicii ale acestora, dotări cu echipamente și investiții.

Pentru anul 2011, este de remarcat scăderea cu aproape 20% a cheltuielilor cu spitalele, ca urmare a desființării a peste 150 dintre acestea și a reducerii numărului de paturi și a internărilor.

În ceea ce privește medicamentele, eliminarea plafoanelor la eliberarea medicamentelor compensate de către farmacii, în anul 2008, a dus la creșterea consumului, care, combinată cu scăderea veniturilor și a cursului de schimb valutar leu /euro, a determinat acumularea de mari restanțe la plată în anii 2009 și 2010.

În structură, cele mai mari cheltuieli ale FNUASS se realizează cu spitalele - circa 45%.

Această situație este comună tuturor sistemelor de sănătate din Europa, deși în statele central și est-europene, inclusiv România, ponderea este mai mare decât în cele occidentale.

Asistenței medicale primare îi revin resurse limitate, de 12,4% din totalul FNUASS, cu mult sub media europeană. Această situație este consecința dezvoltării dezechilibrate a sistemului sanitar în ultimele 6-7 decenii, când accentul a fost pus pe asistența spitalicească. Drept rezultat, în prezent lipsește chiar și infrastructura de servicii și furnizorii pentru a utiliza eficient sume semnificativ mai mari în domeniu. În anul 2011, din totalul decontărilor primite din FNUASS serviciile prestate de medicii de familie au totalizat 50%, ceea ce reprezintă un pas înainte pentru orientarea treptată a centrului de greutate al asistenței medicale către nivelul primar dinspre cel spitalicesc.

2.3. 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 asistate 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 suferind 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;
- un înalt nivel de calitate;
- conservarea viabilității financiare 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.

2.4. Acordarea 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 incapacitatea 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, asigurării, 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, 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 constatat din ultimii ani de viață ai persoanelor vârstnice 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 sunt: 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

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; urmează medicamentația conform recomandării medicului și beneficiază de 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 membrilor 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. 1002 din 28 decembrie 2011, cu modificările și completările ulterioare

Tabel 9 - Numărul de medicamente pentru asigurații în ambulatoriu în perioada 2008-2012

	Nr. medicamente <i>DENUMIRI COMUNE INTERNAȚIONALE</i> (Ordinul nr. 501 din 14 iulie 2008)	Nr. medicamente <i>DENUMIRI COMUNE INTERNAȚIONALE</i> (Ordinul nr. 502 din 8 aprilie 2009)	Nr. medicamente <i>DENUMIRI COMUNE INTERNAȚIONALE</i> (Ordinul nr. 409 din 01 aprilie 2010, cu modificările și completările ulterioare)	Nr. medicamente <i>DENUMIRI COMUNE INTERNAȚIONALE</i> (Ordinul nr. 1002 din 28 decembrie 2011, cu modificările și completările ulterioare)
Sublista A	1.534	1.471	1.562	1.518
Sublista B	605	626	788	1.032
Sublista C1	1.187	1.348	1.636	1.855
Total	3.326	3.445	3.986	4.405

Pentru anul 2012 se constată o creștere pe total a numărului de medicamente, creștere mai substanțială pentru sublista 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.

3. REFORMA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE

3.1. Scurtă prezentare a variantelor de reformă

Furnizarea și finanțarea serviciilor de sănătate pot fi privite ca un transfer de resurse între furnizorii de servicii de sănătate, pacienți (beneficiarii serviciilor) și terțe părți. Cea mai simplă formă de tranzacție pentru obținerea unui bun sau serviciu este plata directă, achitată de beneficiarul direct furnizorului în schimbul bunului /serviciului achiziționat.

Totuși, din cauza costurilor foarte mari ale multor tratamente medicale, sistemele moderne de sănătate s-au dezvoltat prin interpunerea unei terțe părți între beneficiar și furnizorul de servicii, cu rolul de a prelua riscul financiar asociat îmbolnăvirii. Părțile terțe pot fi instituții publice și/ sau private, care se finanțează atât prin contribuții directe, cât și indirecte, de la un grup de beneficiari pe care îi protejează împotriva riscului printr-un mecanism de alocare a resurselor către furnizorii de servicii, medicamente și dispozitive medicale.

Pentru a evita deficitele, sistemul de sănătate trebuie să asigure un echilibru între resursele financiare și cheltuielile totale, respectiv între veniturile totale, care însumează taxe și impozite, asigurări sociale de sănătate, plăți directe și prime asociate asigurărilor private /voluntare de sănătate care trebuie să fie egale cu cheltuielile totale ale sistemului pentru cantitatea de bunuri și servicii.

În cazul finanțării sănătății prin impozitare generală, tipurile de impozite sunt diferite (directe /indirecte), nivelurile gestionării variabile (local sau central), iar sursele propriu-zise eterogene (generale sau cu destinație specială). Alegerea tipului de impozitare pentru finanțarea sectorului sanitar are implicații atât din punct de vedere al echității sociale, cât și al eficienței. De exemplu, în Marea Britanie sistemul de sănătate este finanțat într-o proporție ridicată prin impozite directe. Taxele și impozitele cu destinație specială au o contribuție importantă în finanțarea sănătății în Franța și Italia. Impozitele locale au o

pondere semnificativă în resursele financiare ale sectorului sanitar în Bulgaria, Danemarca, Finlanda, Norvegia, Suedia și Italia.

Impozitele directe – impozit pe venit, profit, proprietăți – sunt din punct de vedere administrativ mai simplu de administrat, iar rata de conformare, de regulă, mai ridicată.

Totuși, utilizarea lor pentru finanțarea serviciilor de sănătate poate crea inechitate socială pe orizontală (impact diferit asupra persoanelor din aceeași categorie de venit) dacă:

- ratele de impozitare variază la nivel regional;
- unele forme de venit sunt exceptate de la impozitare (ex. veniturile din capital);
- unele tipuri de cheltuieli sunt deductibile din punct de vedere fiscal (ex. primele de asigurări private /voluntare de sănătate).

Impozitele indirecte - TVA, accize - ca sursă de finanțare a serviciilor de sănătate pot genera efecte cu caracter regresiv asupra populației, întrucât:

- persoanele cu venituri mai mari economisesc mai mult, iar economiile nu sunt supuse impozitelor indirecte;
- persoanele cu venituri reduse cheltuiesc proporțional mai mult din venitul lor pe bunuri și servicii supuse unor impozite indirecte ridicate (spre ex. țigări, alimente, combustibili);
- rata de impozitare la anumite impozite indirecte - de ex. accizele - este stabilită ca sumă fixă.

Contrar așteptărilor, există argumente în favoarea utilizării impozitelor locale pentru finanțarea sectorului sanitar comparativ cu impozitele bugetului de stat:

- transparență mai ridicată – cheltuiala cu sănătatea reprezintă în multe țări o pondere importantă din bugetele locale, astfel încât este mai ușor de justificat utilizarea impozitelor locale pentru servicii publice de sănătate (chiar și dacă acestea nu sunt cu destinație specială);

- responsabilitate – la nivel local politicienii sunt mai apropiați de electorat, iar deciziile de cheltuire a banului public sunt mai ușor de monitorizat de către public;
- necesități specifice – nevoile de servicii publice de sănătate pot varia la nivel regional /local în funcție de factori socio-economici;
- reducerea competiției pentru resurse dintre sectorul public de sănătate și alte segmente ale sectorului de stat – la nivel local sănătatea poate reprezenta o prioritate politică, în condițiile în care există mai puține direcții de alocare a fondurilor publice comparativ cu situația existentă la nivelul administrației centrale.

Principalele dezavantaje ale utilizării impozitelor locale ca mijloc pentru finanțarea cheltuielilor publice de sănătate sunt legate de dezechilibrele orizontale și verticale. În primul caz, autoritățile locale cu economii subdezvoltate nu ar putea asigura același standard de servicii publice de sănătate comparativ cu omologii mai înstăriți. În cel de-al doilea, dat fiind costul foarte ridicat al sănătății, nici un buget local nu ar putea strânge suficiente venituri din surse locale pentru acoperirea tuturor cheltuielilor, astfel încât ar fi oricum necesară co-finanțarea din partea bugetului de stat.

Impozitele generale utilizate pentru sistemele de sănătate prezintă o serie de avantaje, astfel:

- baza largă de impozitare asigură o diversitate a surselor de venit;
- alocarea este mai flexibilă din impozite cu destinație generală, nedepinzând de surse prestabilite.

Această soluție determină, însă, o serie de incertitudini care pot afecta stabilitatea financiară a sistemului, în condițiile în care alocările pe capitole de cheltuieli sunt stabilite anual prin legea bugetului de stat și sunt supuse unor negocieri politice. Astfel, sănătatea intră în concurență cu alte domenii, precum transporturile și educația, iar procesul de decizie devine opac și impredictibil.

În schimb, impozitele cu destinație specială au avantajul că sunt mai ușor de perceput și acceptat de populație.

Prin stabilirea unei legături între veniturile și cheltuielile publice, finanțarea sectorului de sănătate devine mai transparentă și stabilă.

Asigurările sociale de sănătate reprezintă sursa primară de finanțare a sectorului de sănătate în majoritatea țărilor din Europa. Contribuțiile sunt determinate în funcție de venitul asiguraților și sunt suportate atât de angajat, cât și de angajator. Colectarea contribuțiilor se poate realiza fie printr-un fond special național de asigurări de sănătate (Croatia, Estonia, Ungaria, Slovacia, Olanda), prin fondul general de asigurări sociale (Belgia) sau direct de către asiguratorii privați (Olanda).

Sistemele de asigurări sociale de sănătate din Europa se pot încadra în două modele:

- modelul Bismarck caracteristic sistemelor de sănătate din statele vest-europene și
- modelul neo-Bismarckian dezvoltat de țările din Europa Centrală și de Est după căderea comunismului.

Sistemele de asigurări de sănătate din economiile mature s-au dezvoltat și perfecționat pe o perioadă mai lungă de timp. În țările din ECE implementarea sistemelor de asigurări de sănătate a fost mult mai radicală și rapidă, caracteristica predominantă fiind independența decizională a asiguratorului față de guvern.

Asigurările sociale de sănătate, ca mijloc de finanțare a sectorului sanitar, prezintă o serie de avantaje comparativ cu taxele și impozitele cu destinație specială:

- transparență mai ridicată și acceptare mai facilă a contributivității de către populație;
- protecția veniturilor de interferența factorului politic, în condițiile în care procesul decizional de bugetare și alocare este externalizat unei entități cvasi-independente;
- partajarea efortului fiscal între angajat și angajator.

Principalele dezavantaje ale sistemului de asigurări sociale de sănătate sunt legate de costurile mai ridicate cu forța de muncă pe care le generează și

care pot reduce competitivitatea economică a unei țări pe plan internațional. În plus, poate crea în anumite condiții inechitate socială, pe măsură ce ponderea veniturilor populației din câștiguri de capital - neimpozabile - crește comparativ cu veniturile din salarii (care sunt supuse la contribuția de sănătate).

Plățile directe efectuate de populație au o contribuție importantă în totalul cheltuielilor pentru sănătate efectuate de sectorul privat. Motivele principale ale promovării plăților directe ca sursă de finanțare a cheltuielilor cu sănătatea au fost:

- reducerea riscului ca populația să abuzeze de servicii medicale care nu sunt neapărat necesare și
- nevoia atragerii de resurse suplimentare în sistem.

Cu toate acestea, plățile directe sunt criticate ca afectând accesul la servicii de sănătate pentru persoanele cu venituri reduse sau conducând la majorarea costurilor populației cu sănătatea. În aceste condiții, factorul politic a promovat în multe țări modificări ale cadrului de reglementare a plăților directe, vizând în primul rând: sumele percepute, pragurile privind vârsta în aplicare, veniturile obținute, ocupația și starea familială.

Plățile directe sunt de trei tipuri:

- tarife pentru servicii neincluse în pachetul de bază de servicii medicale,
- co-plata,
- plățile informale.

Tarifele pentru bunuri și servicii neacoperite de nici o formă de asigurare diferă de la țară la țară.

Co-plata se calculează, de regulă, ca o sumă fixă pentru serviciul medical prestat: în Bulgaria reprezintă 1% din salariul lunar minim pe economie în cazul serviciilor medicale în ambulatoriu și 2% pentru fiecare zi de spitalizare. În Slovacia este 0,17 euro pentru o rețetă, 0,99 euro pentru o vizită la serviciul de ajutor de urgență etc. În Italia suma este plafonată la 36,15 euro pentru servicii în ambulatoriu și 25 euro pentru vizite neurgente efectuate la orice secție de urgență. În Olanda, co-plata diferă în funcție de tipul serviciului prestat: pentru servicii medicale de bază, o sumă anuală de 155 euro este aplicabilă (cu unele

excepții); începând cu anul 2009, asigurătorii de sănătate pot alege să nu mai solicite respectiva sumă dacă asiguratul utilizează serviciile anumitor prestatori sau anumite medicamente. În Slovenia variază între 5% și 75% din costul serviciului medical sau al medicamentului.

Plățile informale sunt cel mai greu de cuantificat și sunt relevante în special în fostele țări comuniste, dar și în zonele rurale din unele țări dezvoltate (ex: Italia, Grecia, Franța).

3.2. Analiza comparativă România - Uniunea Europeană

În majoritatea statelor Uniunii Europene, principala sursă de finanțare a sistemului de sănătate sunt contribuțiile de asigurări sociale de sănătate. Pe locul secund în sursele de finanțare se situează plățile directe. Ponderea acestor surse în totalul finanțării sistemului de sănătate este de regulă mai mare în țările recent intrate în UE față de membrii mai vechi. Rolul asigurărilor voluntare de sănătate este modest în cele mai multe țări.

Mecanismul de colectare a resurselor pentru sistemul public de sănătate diferă de la o țară la alta, dar se pot identifica două tipuri principale. Primul caracterizează numeroase țări din Europa centrală și de est, unde principala contribuție la sistemul obligatoriu de asigurare de sănătate se calculează ca procent din venitul contribuabililor și se plătește atât de către angajat, cât și de angajator. De regulă, angajatorul plătește o contribuție mai mare decât salariatul. De exemplu, în Cehia contribuția este de 13,5% din salariul brut, din care 4,5% plătit de salariat, iar 9,0% de către angajator. Există un plafon anual al contribuției stabilit la 48 de salarii medii lunare. Persoanele fizice autorizate (PFA) plătesc tot 13,5%, dar plafonat la 50% din profitul obținut. Pentru anumite grupuri care nu desfășoară o activitate economică (studenți, copii, pensionari, șomeri, persoane în concediu maternal etc.) Ministerul de Finanțe plătește o contribuție lunară egală cu o pătrime din 13,5% din salariul mediu lunar. În Slovacia, salariatul plătește 4% din salariul brut, în timp ce angajatorul contribuie

cu 10%; aceste condiții asigură o rată de colectare foarte înaltă (circa 95%); PFA plătesc 14%, conducând la o rată de colectare înaltă (circa 92%). În Slovenia contribuția salariaților este de 6,36%, în timp ce cea a angajatorului este de 6,56% (la care se adaugă 0,53% pentru acoperirea accidentelor de muncă); șomerii contribuie cu 12,92% din indemnizația de șomaj și este plătită de Institutul Național pentru Ocuparea Forței de Muncă; pensionarii achită 5,96% din pensia brută, iar PFA 13,45%. În Bulgaria contribuția este de 16% din salariu, împărțită în mod egal între angajator și salariat.

În țările Europei occidentale, reformele sistemului de finanțare a sănătății care au avut loc în ultimele două decenii au condus la înlocuirea mecanismului bazat pe contribuții procentuale din venit (mecanism implementat de către țările din Europa centrală și de est în special în anii '90) cu soluții eclectice având diverse obiective. De exemplu, în Franța, în scopul lărgirii sferei de cuprindere a bazei de finanțare a sănătății și pentru a reduce dependența acestor venituri de fluctuațiile salariale și de cele aferente gradului de ocupare, s-a implementat o contribuție socială generală bazată pe veniturile totale și nu doar pe cele salariale. Astfel, angajatorul plătește în continuare 13,1% din salariu, în timp ce contribuția salariatului a scăzut de la 6,8% la 0,85% din veniturile brute în anul 2010. Pe de altă parte, au apărut și alte contribuții: 8,2% din câștigurile de capital, 9,5% din cele din jocuri de noroc, 6,6% din pensie și 6,2% din beneficiile sociale. Mai mult, industria farmaceutică contribuie cu 1% din cifra de afaceri, o taxă pe reclamă, o taxă pe vânzarea de medicamente și o taxă suplimentară dacă cifra de afaceri depășește un anumit prag. Mai există și o taxă pe activitatea companiilor poluatoare și o taxă de 0,03% pe profit plătită de toate companiile care înregistrează o cifră de afaceri mai mare de 760.000 euro.

În Olanda, mecanismul de colectare este diferențiat pe cele două componente: asigurarea de sănătate de bază și cea pentru cheltuieli medicale excepționale.

În primul caz, prima anuală de asigurare este stabilită de către asigurători fiind în funcție de riscul care trebuie acoperit. În medie această sumă a fost de 1100 euro (în anul 2008), reprezentând circa 6% din venitul mediu. Pentru

asigurarea privind cheltuielile medicale excepționale se percepe o contribuție de 12,15% din salariu, dar plafonat la o valoare anuală de 3838 euro (cifra aferentă anului 2008).

În Italia se percepe un impozit regional aplicată valorii adăugate produse de companii (4,25%) și pe salariile angajaților din sectorul public (8,5%). În situația în care bugetele regionale de asigurări de sănătate înregistrează deficite, este permisă majorarea cu 1 punct procentual a valorilor menționate. Finanțarea sănătății se mai realizează și printr-o taxă regională care se adaugă la impozitul pe venit al persoanelor fizice, prin impozite pe autovehicule și alte impozite și prin accize la produsele petroliere (0,13 euro /litru), regiunile putând să majoreze suma cu încă 0,026 euro /litru.

Mecanismele de alocare a resurselor în sistemele de sănătate au suferit dese modificări, numeroase reforme fiind implementate în ultimele decenii cu scopul eficientizării alocării resurselor către sănătate. Pot fi însă identificate câteva tipare care sunt vizibile în mai multe țări europene. Pentru finanțarea medicinei primare, soluțiile cele mai uzitate sunt plata prin sistemul capitației în funcție de numărul de pacienți de pe listele medicului (ex. Bulgaria sau Italia) și o combinație între sistemul capitației și cel bazat pe tarife pe serviciile medicale prestate (ex. Slovenia, Olanda sau Slovacia). Sistemul prin capitație s-a dovedit benefic pentru companiile de asigurări de sănătate pentru că își pot controla costurile (știind în avans cât va fi efortul de plată), dar nu motivează doctorii generalişti să efectueze proceduri medicale mai costisitoare. În unele țări, sistemul de capitație este integrat unui cadru de funcționare care să mai diminueze din efectele menționate. Astfel, în Italia, nivelul de plată, numărul maxim de pacienți, responsabilitățile și obligațiile medicilor generalişti sunt stipulate într-un contract colectiv semnat la fiecare 3 ani (de exemplu, contractul semnat în anul 2009 prevede o plată fixă pentru fiecare asigurat în sumă de 40,05 euro, iar adițional poate fi și o plată variabilă în funcție de numărul de pacienți și vechimea medicului în branșă).

Finanțarea sistemului de sănătate de specialitate în ambulatoriu este în cele mai multe cazuri pe baza tarifului pe serviciu medical prestat (de ex.

Slovenia, Slovacia, Bulgaria, Olanda etc.). În Slovacia, fiecare procedură medicală are atașat un număr de puncte, iar societatea de asigurare negociază tariful pentru 1 punct cu furnizorii de servicii medicale (cele mai multe companii de asigurare de sănătate negociază un volum maxim de puncte care sunt plătite, pentru a evita o eventuală risipă în actul medical). În Olanda, Ministerul Sănătății și Asociația Medicilor Specialiști au stabilit un tarif uniform în cadrul unui anumit interval. În interiorul acestui interval, spitalele și medicii specialiști pot negocia. Acest tarif era de 132,5 euro ± 6 euro (începând cu anul 2007). În Franța, tarifele sunt agreate la nivel național. În Italia, începând cu anul 1999, finanțarea a fost schimbată de la criteriul tarifului pe serviciu medical la criteriul cazuisticii.

Efectul reformelor privind finanțarea sănătății s-a resimțit cel mai puternic la nivelul finanțării spitalelor. În prezent, cea mai uzitată soluție implementată pare a fi cea bazată pe cazuistică, dar și aceasta deja a dovedit a avea anumite neajunsuri care cel mai probabil vor reclama noi reforme în viitor. În Slovacia, înainte de anul 2000, serviciile de spitalizare erau remunerate în funcție de numărul prospectiv de zile-pat contractate.

Ulterior a fost implementat modelul plății pe cazuistică, ceea ce a încurajat spitalele să reducă perioada de spitalizare a pacienților, pentru că prețul plătit pe caz a rămas neschimbat, indiferent de perioada spitalizării. Nefăcându-se distincție între gravitatea cazuisticii la același tip de intervenție, s-a promovat indirect spitalizarea cazurilor mai puțin grave, externalizarea pe hârtie a cazurilor mai complicate și reinternarea lor. În anul 2003 s-a introdus un nou model care determină întreaga procedură de îngrijire pentru un pacient, ceea ce solicită eforturi administrative și operaționale mai mari, dar rezolvă problemele anterioare. Costurile pentru fiecare procedură au fost preluate dintr-un model australian asemănător.

În Olanda, în anul 2005, s-a implementat sistemul bazat pe combinații diagnostic-tratament care obligă spitalele să ofere un cost total cu fiecare tratament. Ministerul Sănătății, alături de spitale, medici specialiști și asigurători, a stabilit opțiunile de tratament și costurile asociate fiecărui diagnostic. Aceste costuri includ atât cheltuielile cu tratamentul de specialitate și utilizarea

echipamentului medical, cât și costurile indirecte cu educația, cercetarea și tratamentul de urgență. Acest sistem a fost considerat mai apropiat de nevoile de servicii medicale ale pacienților, dar aplicarea în practică a fost dezamăgitoare și este în elaborare o reformă a acestui mecanism. În ceea ce privește tratamentul pe termen lung, mecanismul de finanțare s-a modificat în anul 2009 de la criteriul numărului de paturi disponibile pentru pacienți la criteriul bazat pe intensitatea și complexitatea tratamentului oferit.

În Bulgaria, spitalele primesc finanțarea în special după criteriul cazuisticii. Rata medie pe caz a fost stabilită la echivalent 189 euro în 2003 și s-a determinat pe baza costului cu activitățile medicale, serviciile auxiliare oferite și până la 2 examinări în ambulatoriu oferite după externare.

În Franța, până în anul 2004, spitalele de stat și cele private cu caracter non-profit erau finanțate după criteriul bugetelor globale, iar cele private orientate către profit pe baza unei rate zilnice acoperind spitalizarea și un tarif pe serviciul medical. În prezent, finanțarea are loc după criteriul cazuisticii, fiecare pacient fiind încadrat într-una din cele 2200 de grupe.

Un ultim exemplu este cel italian unde, până în anul 1978, spitalele erau finanțate după criteriul zilei-pat de spitalizare, ceea ce a condus la creșterea numărului de paturi și a perioadei de spitalizare, fără contrapondere pe eficiența actului medical. Ulterior, sistemul de finanțare a fost înlocuit cu unul bazat pe un buget fix, iar prin reforma din anul 1978, spitalele au fost trecute în responsabilitatea financiară a autorităților locale. Începând cu anul 1995, întreaga finanțare a spitalelor are loc după criteriul cazuisticii (cu unele excepții: medicina de urgență, sistemele de prevenție, activitatea de transplant și gestiunea bolilor cronice). Evaluări recente ale mecanismului de finanțare bazat pe cazuistică în Italia au arătat că sistemul: nu a condus la creșterea competiției, ci la o atenție mai mare în planificarea și gestiunea bugetelor, a promovat o tendință spre specializare a spitalelor private și a dezvoltat tehnologia informației pentru managementul înregistrărilor corespunzătoare activității spitalicești.

Finanțarea sectorului de sănătate din resurse ale sectorului privat reprezintă o pondere relativ redusă în total finanțare în majoritatea țărilor europene. Dacă analizăm structura surselor private de finanțare, putem observa că plățile directe dețin o proporție covârșitoare. Motivele principale ale promovării plăților directe ca sursă importantă de finanțare a cheltuielilor cu sănătatea au fost: reducerea riscului ca populația să “abuzeze” de servicii medicale care nu sunt neapărat necesare (ex: Olanda, Bulgaria) și nesustenabilitatea financiară a sistemelor de sănătate în lipsa resurselor de tip plăți directe (ex. Italia).

În România, serviciilor de asistență medicală primară li se alocă resurse semnificativ sub media europeană. Astfel, cheltuielile cu asistența medicală ambulatorie reprezintă doar 13,9% din total cheltuieli cu sănătatea comparativ cu media europeană care se situează la 26% (2009). În același timp cheltuielile cu serviciile furnizate de spitale dețin o pondere mai ridicată în România (41,5% față de 37% media europeană). Asistența medicală ambulatorie ar trebui să reprezinte un prim filtru și poarta pentru intrarea în sistemul de sănătate a pacienților.

Deși ponderea cheltuielilor cu medicamentele în total cheltuieli de sănătate în România depășește media de 20% din Uniunea Europeană, înregistrăm procente comparabile cu celelalte state central și est-europene (Ungaria, Slovacia, Lituania, Estonia, Polonia). Dacă analizăm însă din punct de vedere al consumului pe persoană, exprimat în euro la puterea de cumpărare standard (PPS), România înregistrează cea mai mică valoare la nivelul întregii Uniuni Europene, cu două treimi mai mică decât în Polonia, Lituania sau Estonia (respectiv 156 euro față de 235 - 255 de euro PPS în anul 2009).

Comparațiile cu țările europene evidențiază și faptul că industria farmaceutică din România se confruntă cu termene medii de colectare semnificativ mai lungi față de alte țări.

Termenele oficiale de plată pentru medicamentele compensate eliberate prin farmacii cu circuit deschis sunt de până la 180 zile, dar, în realitate, au depășit 300 zile pe parcursul anului 2011.

În România, medicamentele inovative reprezintă peste 70% din valoarea totală a vânzărilor și doar 25% din volumul de medicamente vândute. Pe de altă parte, medicamentele generice reprezintă 30% din piața totală în termeni de valoare și 75% în termeni de volum. S-a susținut de mai multe ori în spațiul public că în România medicamentele generice au o rată de penetrare scăzută, ceea ce determină ca finanțarea sectorului de asistență medicală să fie nesustenabilă. Cu toate acestea, comparațiile între țările din Europa cu privire la cota de piață a medicamentelor generice sugerează că, de fapt, România se situează pe locul cinci în ceea ce privește cota de piață a medicamentelor generice, după Polonia, Slovacia, Germania și Slovenia. Cota de piață a medicamentelor generice depinde într-o mare măsură de condițiile accesului pe piață pentru medicamente noi în fiecare țară. Ratele reduse de penetrare ale medicamentelor generice sunt de obicei întâlnite în țările unde prețul medicamentelor inovative este stabilit prin lege la un nivel foarte scăzut. Potrivit Raportului Federației Europene a Industriilor și Asociațiilor Farmaceutice (EFPIA) 2010 asupra industriei farmaceutice din Europa, cota de piață a medicamentelor generice este semnificativ mai mică în medii în care prețurile sunt controlate, decât în cele fără restricții.

3.3. Posibilități de reformă a sistemului de sănătate din România

Obiectivele reformelor în sănătate trebuie să urmărească îmbunătățirea calității și accesului la servicii, alături de ameliorarea mecanismelor de control al costurilor. De aceea, România are nevoie de mai multe resurse în sistemul de sănătate, mai ales în componenta de asigurări sociale. Situația actuală - în care 6,8 milioane de contribuabili finanțează cheltuielile cu 19 milioane de asigurați - nu este sustenabilă pe termen lung, mai ales dacă ținem cont de tendințele certe de îmbătrânire a populației și de tendința de sincronizare cu nivelul cheltuielilor din statele Uniunii Europene.

Îmbunătățirea calității și accesului presupune contractarea mai multor furnizori de servicii medicale, încurajarea concurenței între aceștia, diversificarea

serviciilor, utilizarea mai multor echipamente performante, investiții în imobile și salarii mai mari pentru personalul sanitar. Or, toate acestea nu pot fi în mod realist obținute cu veniturile actuale ale FNUASS.

Măsurile luate în anii 2010 și 2011 pentru creșterea veniturilor publice în sistemul de sănătate au fost: modificarea bazei de impozitare a veniturilor din pensii, taxa clawback și preluarea de către ANAF a colectării contribuțiilor de sănătate pentru veniturile persoanelor fizice autorizate și din activități independente.

România are una dintre cele mai mici cote de contribuții de asigurări sociale de sănătate din Uniunea Europeană. Din punct de vedere al ocupării, populația României este structurată în 4,4 milioane de salariați, 5 milioane de copii, elevi și studenți, 5,6 milioane de pensionari și circa 4 milioane de persoane care nu realizează venituri în mod oficial: șomeri, persoane ocupate în agricultura de subzistență sau muncind la negru, beneficiari de ajutoare sociale, persoane aflate în concedii medicale sau de creștere a copilului, persoane cu dizabilități, invalizi, veterani de război etc.

Pe termen mediu și lung resursele sistemului de sănătate sunt insuficiente pentru a ajuta la realizarea obiectivelor legate de calitatea și accesul la servicii. De aceea, este important să se identifice modalități care ar aduce venituri suplimentare din contribuțiile de asigurări de sănătate, care sunt cele mai sustenabile și sigure surse ale FNUASS.

Îmbunătățirea colectării veniturilor și reducerea economiei la negru rămân obiective dezirabile, însă capacitatea administrativă a ANAF nu se ridică încă la nivelul structurilor omoloage din Uniunea Europeană.

În prezent, nivelul contribuțiilor persoanelor fizice autorizate și ale celor care realizează venituri din activități independente este de 5,5%. Extinderea contribuțiilor de sănătate ale persoanelor fizice autorizate și ale celor care realizează venituri din activități independente la 10,7% ar aduce un plus de aproximativ 300 de milioane lei anual, rezultând în venituri totale de circa 650 de milioane lei anual, de 2,3 ori mai mult ca în anul 2011.

Pe lângă veniturile din asigurări sociale de sănătate, sistemul public de sănătate beneficiază și de venituri din accizele pe tutun și băuturi alcoolice („taxa pe viciu”) și din impozitul pe veniturile realizate de producătorii, importatorii și deținătorii autorizațiilor de comercializare din vânzarea medicamentelor a căror contravaloare este suportată - integral sau parțial - de FNUASS („taxa clawback”).

În anul 2011, taxa pe viciu a generat venituri de 1,2 miliarde lei la bugetul Ministerului Sănătății. Ea este o acciză aplicată țigărilor, tutunului, băuturilor alcoolice spirtoase, precum și publicității la tutun și băuturi alcoolice. Deoarece depind de consum, este probabil ca în anii următori veniturile din taxa de viciu să evolueze spre 1,4 miliarde lei.

În privința „taxei clawback”, veniturile depind de două variabile: consumul de medicamente compensate și în spitale și nivelul de referință stabilit pentru vânzările de medicamente. Practic, taxa clawback virează la FNUASS întreaga valoare a consumului care depășește nivelul de referință trimestrial, actualmente fixat la 1,425 de miliarde lei.

Introducerea unei „taxe” pe alimentele și băuturile răcoritoare cu potențial de risc, în scopul ameliorării stării de sănătate a populației și reducerii nevoilor de servicii medicale este preluată din experiența altor state, precum Danemarca și Ungaria. Danemarca a introdus accize încă din anii 1940 - 1960 pentru o serie de produse alimentare - înghețată, produse pe bază de ciocolată, băuturi răcoritoare - iar din anul 2011 produse ce conțin grăsimi saturate. Ungaria a impus din luna septembrie 2011 accize la dulciuri, băuturi răcoritoare, gustări sărate și condimente. În ambele cazuri însă veniturile nu sunt transferate direct spre sănătate, ci pentru reducerea deficitului bugetar. De asemenea, efectele pozitive ale impozitelor pe alimente asupra comportamentului consumatorilor nu au fost dovedite.

Co-plata este un instrument prin care s-a dorit reorientarea pacienților spre medicina primară. Cu toate acestea, Legea nr. 220 /2011 prin care sunt aprobate regulile co-plății, o fac nu numai imposibil de implementat, ci și inutilă. Quantumul și serviciile medicale aferente co-plății nu sunt specificate, fiind lăsate

la latitudinea contractului-cadru. Până în prezent în contractul-cadru nu au fost prevăzute asemenea reguli.

În forma inițiată de guvern în anul 2010, cu un nivel maxim al co-plății de 60 lei anual, erau estimate circa 200 de milioane lei venituri suplimentare la furnizori. În cele din urmă, valoarea finală va depinde de serviciile incluse și cuantumul acestora, în funcție de nivelul de asistență (primară sau spitalicească). Se estimează că potențialul maxim al veniturilor nete din co-plată la nivelul sistemului de sănătate se situează în jurul a 400 de milioane de lei, efectul principal al co-plății preconizându-se a fi raționalizarea accesului la serviciile medicale.

Una dintre cele mai importante cauze ale insatisfacției pacienților față de calitatea de servicii medicale prestate de furnizorii publici este practica și cuantumul plăților informale. Potrivit analizei funcționale a sectorului de sănătate efectuată de Banca Mondială în anul 2011 peste 60% dintre pacienții spitalizați recurg la plăți informale,

Prin transparență totală este posibil ca - treptat - atât pacienții, cât și personalul sanitar să fie descurajați, iar plățile informale să-și diminueze rolul pe care îl au în sistemul de sănătate.

Participarea sectorului privat la piața asigurărilor de sănătate este necesară din mai multe considerente: acoperirea unor servicii în afara pachetului de bază, obligă furnizorii privați și publici la respectarea unor standarde de calitate superioare și poate conduce la scăderea prețurilor serviciilor medicale.

Asigurările private de sănătate se pot materializa în două forme: asigurări pentru pachetul de servicii de bază și asigurări voluntare, pentru servicii rămase în afara acestuia.

4. NOUL PROIECT DE LEGE PRIVIND ORGANIZAREA ȘI FUNCȚIONAREA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA

Necesitatea unei noi reglementări este evidențiată atât de numeroasele modificări care au fost necesare a fi realizate pentru acest act normativ, cât și de disfuncționalitățile apărute și amplificate în sistemul de românesc sănătate.

În urma consultărilor Ministerul Sănătății a identificat următoarele principii care stau la baza noului proiect:

- Menținerea **controlului statului** asupra sistemului de sănătate;
- Garantarea unei **rețele publice de asistență medicală**. Asigurarea asistenței medicale la toate nivelele;
- Garantarea utilizării fondurilor colectate **exclusiv în sistemul de sănătate**;
- Descentralizare: **eliminarea monopolului CNAS** în contractarea serviciilor de sănătate și **delegarea de atribuții ale MS**;
- **Solidaritate**: toți cetățenii trebuie să contribuie, direct sau indirect, la fondul de asigurări de sănătate. Pentru categoriile defavorizate, plata contribuțiilor să fie suportată indirect, de la bugetul de stat;
- **Competiție**: introducerea unor mecanisme competitive care să stimuleze utilizarea eficientă a fondurilor în sistemul sanitar;
- Definirea **pachetului de servicii de sănătate de bază**;
- Creșterea **accesibilității** la serviciile medicale și **posibilitatea de alegere** a asiguratorului.

Propunerea legislativă are în vedere în primul rând, **reducerea dezechilibrului financiar și redesenarea organizatorică și funcțională a întregului sistem sanitar**.

Proiectul de lege propune un model care **să crească baza de colectare a contribuțiilor de asigurări de sănătate**, să asigure **utilizarea eficientă a resurselor financiare, păstrând, pe cât posibil, eforturile contribuabililor** în actualele limite.

Proiectul de lege este structurat pe **14 titluri** care reglementează următoarele aspecte:

1. TITLUL I - Sănătate publică

- stabilește principalele autorități din sistemul de sănătate publică și precizează atribuțiile acestora,
- crește capacitatea de control și a responsabilităților de monitorizare atât la nivelul Ministerului Sănătății cât și la nivelul autorităților deconcentrate de sănătate publică în cadrul unui proces de **descentralizare prin delegarea atribuțiilor de la** structurile centrale.
- înființează **Comitetul Național pentru Sănătate Publică**, cu rol în coordonarea politicilor și acțiunilor cu impact asupra sănătății populației, format din reprezentanți ai **administrației publice centrale** (ministere și instituții guvernamentale) **și ai societății civile**.

2. TITLUL II Programele Naționale de Sănătate.

- regândirea programelor naționale de sănătate pentru eliminarea finanțării încrucișate, în conformitate cu **Raportul de evaluare funcțională al Băncii Mondiale, astfel:**
 - **Ministerul Sănătății** va asigura finanțarea pentru acele acțiuni esențiale pentru implementarea politicilor de sănătate care **nu sunt condiționate de calitatea de asigurat**, cum sunt programele preventive, intervențiile de urgență prespitalicească și prim ajutor, programele de tratament pentru bolile transmisibile cu impact major asupra sănătății publice (de ex.: HIV /SIDA, TBC), programe de tratament pentru patologii cu risc vital ridicat și costuri foarte mari (de ex.: boli rare, tratament în străinătate),
 - **activitățile curative pentru persoanele asigurate sunt suportate prin sistemul de asigurări de sănătate.**
- managementul programelor este realizat de către unitățile de management organizate în structura unităților din subordinea Ministerului Sănătății

3. TITLUL III Asistență medicală primară.

- asigurarea **continuității asistenței medicale primare** prin dezvoltarea centrelor de permanență;
- **debirocratizarea** activității și **extinderea competențelor** medicului de familie;
- responsabilizarea medicilor de familie pentru **cunoașterea stării de sănătate a asiguraților**;
- integrarea și definirea conceptelor de **asistență medicală comunitară** și **asistență școlară**, asigurându-se în acest fel mecanisme de acțiune coordonate și corelate între asistența primară de sănătate și activitățile de asistență socială;
- înființarea de **echipe de asistență comunitară și de echipe multidisciplinare de asistență primară**;
- constituirea de grupuri de practică medicală prin asocierea mai multor furnizori care vor avea un rol esențial în asigurarea **managementul integrat al pacienților cu boli cronice netransmisibile**;
- furnizorilor de servicii de asistență medicală primară li se pot acorda facilități administrative și financiare pentru derularea în bune condiții a activităților.

4. TITLUL IV Asistența medicală ambulatorie de specialitate.

- pentru prima dată, într-o lege a sănătății, se face referire precisă și la serviciile din ambulatoriile de specialitate, reglementându-se modul de organizare și funcționare, finanțarea, rolurile și atribuțiile, asigurându-se astfel **integrarea pe verticală între serviciile de medicină primară și cele spitalicești**,
- posibilitatea preluării mai multor tipuri de servicii care să ducă la rezolvarea cazurilor în ambulator, **degrevând serviciile spitalicești și diminuând costurile** aferente.

5. TITLUL V Spitalele.

- **modificarea formei de organizare** prin transformarea spitalelor în **instituții de sănătate autofinanțate**, cu autonomie financiară și managerială, dar și cu o responsabilitate crescută, prin care se asigură aplicarea conceptelor moderne de **autogovernare spitalicească** și se implementează **recomandările repetate ale Băncii Mondiale și ale Organizației Mondiale a Sănătății**

propuse în studiile și analizele succesive ale sistemului spitalicesc din România.

- noua formă de organizare permite **o mult mai mare libertate de acțiune** echipei manageriale la toate nivelurile, de la personal (inclusiv salarizarea diferențiată) până la structură și dotare, menținând însă caracterul public al proprietății și activității.
- spitalele pot încheia concomitent contracte de furnizare de servicii de sănătate cu unul sau mai mulți asiguratori de sănătate, dar și contracte de colaborare cu alți furnizori de servicii de sănătate, asigurând **integrarea orizontală și verticală a furnizării de servicii de sănătate**.
- **pentru fondurile provenite de la bugetul** de stat sau din bugetele administrației publice locale sau județene, spitalele **sunt ordonatori terțieri** de credite;
- pentru asigurarea de fonduri suplimentare și pentru integrarea activității de asistență medicală cu cea de învățământ clinic, **universitățile pot prelua managementul unor spitale clinice**;
- Ministerul Sănătății va elabora **Planul Național privind Spitalele** și își va constitui și va asigura **managementul unei rețele strategice de spitale**, pentru asigurarea priorităților politicii naționale de sănătate și a activității unitare și coordonate în asistența spitalicească.

6. TITLUL VI Efectuarea prelevării și transplantului de organe, țesuturi și celule de origine umană în scop terapeutic

- se stabilește cadrul legal privind activitatea de donare și prelevarea de organe, țesuturi și celule de origine umană, în scop terapeutic, precum și de transfuzie sanguină, donarea de sânge și componente sanguine de origine umană, asigurând **transpunerea legislației comunitare în acest domeniu**.

7. TITLUL VII – Sistemul asigurărilor de sănătate.

- proiectul propune modificări semnificative ale modului de organizare și funcționare a sistemului de asigurări de sănătate, pornind de la principalele probleme identificate în cursul consultărilor pentru redactarea propunerii legislative, care sunt: o finanțarea insuficientă și utilizarea ineficientă a

- fondurilor din asigurările de sănătate, o lipsa de transparență în colectarea și alocarea fondurilor, o poziția de monopol a CNAS în contractarea furnizorilor de servicii, lipsa posibilității de opțiune a populației pentru pachetul de bază între asiguratorii publici și privați, lipsa informării și a posibilității de control a asiguraților asupra activității asiguratorilor de sănătate;
- păstrarea și transparentizarea actualului sistem de colectare a asigurărilor de sănătate, cu o **cotă de contribuție nemodificată** ca valoare;
 - **baza de colectare va crește** prin contribuția persoanelor asigurate pentru coasigurați, a bugetului de stat și a bugetului autorităților publice locale pentru alte categorii scutite;
 - bugetul asigurărilor obligatorii de sănătate se **aprobă distinct de către Parlament**;
 - introducerea **asiguratorilor mutuali și privați**, care trebuie să îndeplinească o serie de **condiții speciale de eligibilitate** (inclusiv un număr minim de asigurați sau de membri aderenți) pentru contractarea serviciilor din pachetul de bază în sistemul asigurărilor obligatorii de sănătate;
 - **descentralizarea** se va realiza prin reorganizarea actualelor **case județene de asigurări de sănătate**, într-o primă fază, în case de asigurări teritoriale, urmând a se transforma ulterior în **societăți mutuale de asigurări de sănătate**. Acestea sunt structuri asociative, non-profit, formate din membrii care depun o adeziune la statutul societății mutuale de asigurări de sănătate și care sunt implicați activ în administrarea acesteia;
 - **CNAS se reorganizează în Autoritatea Națională de Reglementare a Asiguraților Obligatorii de Sănătate (ANRAOS)** și rămâne cu un rol de reglementare și ca un fond de distribuție și redistribuție a veniturilor între asiguratorii de sănătate, în funcție de numărul de asigurați și de riscul de boală, stabilit în funcție de mediul de rezidență, profilul demografic, vârstă, sex, natalitate, mortalitate a asiguraților. Se previne astfel selecția adversă, prin care unii asiguratorii ar putea încerca să selecteze persoane tinere și cu venituri crescute, în dauna celor vârstnici, cu multiple comorbidități și /sau cu venituri reduse;

- pachetul de servicii de sănătate de bază va fi redefinit pentru **acoperirea costurilor pentru patologiiile cu risc funcțional /vital și costuri ridicate**, în urma unei analize de evaluare a tehnologiilor medicale, bazată pe dovezi științifice obiective și pe evaluarea eficacității și a impactului bugetar al serviciilor, realizată de nou-înființata Agenție Națională de Management al Calității în Sănătate;
- **Statul** va continua să-și exercite rolul esențial de ocrotire a categoriilor defavorizate ale populației prin finanțarea **pachetului social de servicii de sănătate**;
- **asigurările facultative** de sănătate vor fi stimulate prin acordarea **deductibilității fiscale** pentru angajat și pentru angajator, contribuind la atragerea de fonduri suplimentare în sistemul de sănătate.

8. TITLUL VIII Cardul European și Cardul Național de sănătate

- cardul european conferă asiguratului dreptul de a beneficia de asistență medicală necesară în cursul unei șederi temporare într-un stat membru al Uniunii Europene, altul decât România;
- cardul național de asigurări obligatorii de sănătate este un card electronic, distinct de cardul european, care se emite pentru dovedirea calității de asigurat, pentru a beneficia de serviciile prevăzute în acordurile europene;
- cardul național asigurări obligatorii de sănătate poate fi utilizat numai pe teritoriul României;
- cardului național de asigurări obligatorii de sănătate, prin componenta sa informatică, este parte integrantă a sistemului informatic unic integrat al asigurărilor obligatorii de sănătate;
- cheltuielile necesare pentru producerea cardului național, respectiv a documentului propriu-zis prin care se atestă calitatea de asigurat se suportă de la bugetul de stat.

9. TITLUL IX Managementul calității în sistemul de sănătate.

- se înființează **Agencia Națională de Management al Calității in Sănătate (ANMCS)**, rezultată prin reorganizarea Comisiei Naționale de Acreditare a

Spitalelor (CoNAS), ca o structură în coordonarea MS, care va asigura concentrarea resurselor existente din acest domeniu;

- atribuțiile ANMCS: preia responsabilitățile actuale ale CoNAS, asigură elaborarea standardelor de calitate a serviciilor medicale, precum și implementarea mecanismelor de evaluare a tehnologiilor medicale; asigură **evaluarea externă a calității serviciilor medicale, a furnizorilor de servicii de sănătate și a practicii profesionale.**

10. TITLUL X Personalul din sistemul de sănătate.

- reglementarea statutului absolvenților facultăților de medicină;
- reglementarea modului de exercitare pe teritoriul României a activității medicilor din statele terțe (care nu sunt membre UE);
- o clasificare mai riguroasă a personalului încadrat în unitățile medicale, personal care are obligația să asigure asistența medicală acordată populației;
- reglementarea activității colegiilor medicilor și a organizațiilor profesionale ale asistenților medicali și stabilirea normelor de exercitare a profesiilor din sistemul de sănătate românesc.

11. TITLUL XI Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de servicii de sănătate.

- malpraxisul este definit ca fiind eroarea profesională săvârșită în exercitarea actului medical sau medico-farmaceutic, generatoare de prejudicii asupra pacientului, implicând răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare sau farmaceutice;
- se stabilește implicarea **asiguratorului de malpraxis și în rezolvarea diferendului dintre petent și medic sau unitatea medicală** (nu doar în plata despăgubirii);
- se introduce obligativitatea de asigurare atât a prejudiciului patrimonial, cât **și a prejudiciului moral** solicitat de către petent.

12. TITLUL XII Finanțarea unor cheltuieli de sănătate.

- majorarea cu 20% a contribuțiilor din acciză care se constituie ca venituri proprii ale Ministerului Sănătății pentru finanțarea cheltuielilor de sănătate, pentru

asigurarea fondurilor necesare acoperirii priorităților în sănătate publică pentru asistența medicală acordată populației.

13. TITLUL XIII **Transparența și controlul în sistemul de sănătate**

- pentru prima oară un titlu al legii reglementează problematica complexă referitoare controlul și la activitatea de integritate prin măsuri de prevenire a fraudei și corupției din sistemul de sănătate;
- **activitatea de integritate** din sistemul public de sănătate este asigurată de structura de integritate din cadrul Ministerului Sănătății și a structurilor deconcentrate ale Ministerului Sănătății. Ministererele și instituțiile cu rețea sanitară proprii, ANRAOS și asiguratorii din sistemul de sănătate au obligația de a dezvolta propria structură de **prevenire a fraudei și corupției din sănătate** sau de a colabora cu structura de specialitate a Ministerului Sănătății;
- se prevăd măsuri de **creștere a transparenței** informațiilor din sistemul de sănătate prin publicarea pe site-ul unităților din sistemul de sănătate a datelor referitoare la activitatea derulată;
- în exercitarea funcției de autoritate centrală în domeniul sănătății publice, Ministerul Sănătății, prin structura de specialitate, controlează și sancționează, după caz, potrivit legii, activitatea întregului sistem de sănătate.

14. TITLUL XIV **Dispozițiile finale și tranzitorii**

- se prevăd termenele de intrare în vigoare a diferitelor titluri ale legii;
- **se mențin în vigoare următoarele titluri** din Legea nr. 95 /2006, cu modificările și completările ulterioare, precum și legislația secundare elaborată în baza acestora:
 - o **Titlul IV “Sistemul național de medicină de urgență și de prim ajutor calificat” (modificat prin preluarea finanțării serviciilor de ambulanță la bugetul de stat);**
 - o Titlul XVI - *“Înființarea, organizarea și funcționarea Școlii Naționale de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București”*
 - o Titlul XVII *“Medicamentul”*.

5. CONCLUZII ȘI PROPUNERI

Constituția României proclamă principiul garantării dreptului la ocrotirea sănătății instituind la art. 34 alin. (2) obligația statului de a lua măsuri pentru asigurarea igienei și a sănătății publice.

Actuala situație grea în care se află sistemul sanitar afectează toate domeniile sale de activitate: îngrijiri spitalicești, medicamente în ambulatoriu, investigații paraclinice, profilaxie, îngrijiri la domiciliu, recuperare.

Principalele probleme ar fi următoarele:

Lipsa unei strategii coerente. Nu există o strategie coerentă în domeniul sănătății ceea ce nu face altceva decât să ducă la stagnarea reformei.

Sistemul de compensare al medicamentelor. Sistemul vechi de compensare se baza pe trei liste: compensare 50%, 65% și gratuite. La el s-a adăugat o compensare de 90% pentru pensionari, diferența fiind suportată de la bugetul de stat. Sistemul a fost acuzat de faptul că avea costuri mari, dar banii erau folosiți pentru ca oamenii bolnavi și mai ales cei săraci să poată fi tratați la nivelul unei țări civilizate, cu costuri oricum mult mai mici decât în restul Europei. Reducerea bugetului destinat pentru medicamente s-a realizat prin reducerea numerică a listei A, restricțiile precum plafon valoric, plafon de număr de medicamente fiind extinse pentru toți asigurații.

Anularea facilităților pentru persoanele cu risc. Prin Ordonanță de Urgență s-a stabilit că acele categorii speciale de populație care până acum beneficiau de toate medicamentele gratuite (copii, studenți, gravide, veterani de război, persoane cu handicap etc.) să beneficieze doar de compensare la preț de referință, **eliminând gratuitatea.**

Centralismul administrativ excesiv. Strategia actuală a reformei în sănătate presupune subordonarea totală a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate prin desființarea rolului consiliului de administrație care practic, acum, are rol decorativ.

Proasta gestionare a Programelor Naționale de tratament în diabet, cancer, SIDA. Aceste programe au asigurat în ultimii ani tratamente gratuite pentru toți bolnavii cu astfel de afecțiuni grave.

Spitalele se află într-o situație grea datorită lipsei de produse de bază: spirt, ace, seringi, perfuzii, feșe, etc. Desființarea spitalelor fără o expertiză și o analiză pertinentă a fenomenului și a impactului social, pot duce inevitabil la situații de asemenea dramatice.

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.

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 însăși caracteristicile stadiului involutiv pe care îl parcurg. De aceea este necesară o intervenție specializată atât în ceea ce privește serviciile curative și paliative pentru afecțiuni diverse, cât și o orientare spre programe și cercetare în domeniul geriatric pentru prevenirea efectelor îmbătrânirii 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.

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 greu 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 cabinete ale medicilor de familie sau acestea funcționează în spații impropii. 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 unor bolnavi.

Plafonarea valorică a medicamentelor pentru bolile cronice la farmaciile 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 alocate 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 și 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 geriatrie, 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 rețelelor 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.

Pentru a răspunde tuturor problemelor de sănătate publică prioritare, precum și nevoilor grupurilor vulnerabile, îndeosebi persoanelor vârstnice, ar trebui să se 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 publici de servicii medicale și dotarea acestora cu aparatură /echipamente medicale și mijloace de transport specifice și moderne de la bugetul de stat;

- 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 este necesar ca persoanele vârstnice 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.

Reglementarea sistemului de acordare a medicamentelor gratuite și compensate în ambulatoriu să aibă în vedere:

- a) stabilirea listei de medicamente esențiale pentru sănătate, care să fie acoperite total /parțial 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) Regândirea sistemului de decontare a medicamentelor gratuite /compensate.

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 ce revin unui medic de familie.
- 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:**

- regândirea sistemului de compensare a medicamentelor pentru a nu se mai crea blocaje în farmacii la eliberarea rețetelor compensate și gratuite;
- 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 fiscale;
- simplificarea modalității de prescriere, actualele formulare de rețetă conținând 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 astfel încât compensarea să se realizeze la prețul de raft al medicamentului;
- încurajarea dezvoltării rețelei de farmacii sau puncte farmaceutice din mediul rural, în special în localitățile izolate;
- 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, a serviciilor medicale și a dispozitivelor necesare;
- 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 prin finanțare de la bugetul de stat;
- 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,

Marius Augustin Pop

Șef birou „Analize și studii”,

Alina Matei

Insp. de specialitate,

Daniela Garoschy

BIBLIOGRAFIE:

- www.cnas.ro;
- www.ms.ro;
- www.ln.edu.hk;
- www.expertforum.ro
- www.sar.org.ro
- www.freewebs.com
- *World Congress of Gerontology, 1997 – www.cas.flinders.edu.au;*
- *Frontline-World Affairs – For Active Ageing – The Second World Conference on Ageing, www.frontlineonnet.com*
- **Active ageing and solidarity between generations, A statistical portrait of the European Union 2012**, Eurostat, European Commission, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011, ISBN 978-92-79-21507-0, ISSN 1830-7906, Cat. No KS-EP-11-001-EN-C
- **Basic figures on the EU, Spring 2012**, Eurostat, European Commission, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011, ISSN 1831-9556,
- **European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations, 2012, Everyone has a role to play**, published by AGE in cooperation with the EY2012 coalition and with the support of the EU PROGRESS programme.
- **The chalange of ageing: cooperation**, Results and conclusions of the European project “Ageing better in Europe: local authorities exchange their viewpoints”, <http://www.age-platform.eu/images/stories/PPT/guide%20gb%20basse%20def.pdf>
- **Towards an age-friendly EU**, <http://www.age-platform.eu/en/age-policy-work/solidarity-between-generations/best-practices>
- **Distribution of income at the EU level**, Social Situation Observatory - Copyright © 2010 Alphametrics Ltd. All rights reserved. <http://www.socialsituation.eu/monitoring-report/income-distribution-in-the-eu/inequality-of-incomes-in-the-eu>
- **Human development reports**, 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 președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 409 din 01 aprilie 2010** (cu modificările și completările ulterioare) pentru aprobarea listei de medicamente de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală
- **H.G. nr. 262 din 1 aprilie 2010** pentru aprobarea Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010
- **Ordinul comun nr. 265/408/2010** al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile

acordării asistenței medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate pe anul 2010.