

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

**iulie
2012**

Cuprins

1. Principii europene în domeniul politicilor de sănătate publică.....	3
2. Sistemul de sănătate în România.....	8
2.1. Prezentare generală.....	8
2.2. Acordarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.....	17
2.2.1. Prevederi legislative.....	17
2.2.2. Disfuncționalități.....	23
3. Concluzii.....	28
4. Propuneri	32
<i>Bibliografie.....</i>	<i>38</i>

Capitolul 1

PRINCIPII EUROPENE ÎN DOMENIUL POLITICILOR DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

Toate sistemele de sănătate se străduiesc să satisfacă nevoile populației în materie de sănătate și de servicii medicale. Sistemele naționale de asigurări de sănătate urmăresc trei axe fundamentale : **nevoile sanitare și cererea de sănătate** - care condiționează misiunea actuală și viitoare a sistemelor de sănătate, **finanțarea și organizarea** sectoarelor de sănătate, precum și **infrastructura sistemelor de sănătate**. Toate acestea sunt importante pentru a înțelege natura, structura și caracteristicile individuale ale sistemelor de sănătate ale statelor Uniunii Europene.

În prezent, finanțarea și organizarea sistemului de sănătate în statele membre ale UE urmăresc tradițiile instituționale, politice și socio-economice naționale. Acestea se concretizează într-o serie de obiective sociale în materie de finanțare și de oferte de servicii de îngrijire medicală eficiente și la un preț abordabil. Printre criteriile utilizate pentru a evalua amploarea și natura nevoilor de asistență medicală figurează caracteristicile populației, precum și indicatorii de sănătate cum ar fi speranța de viață, morbiditatea și mortalitatea. Acești indicatori se pot considera și indicatori ai sistemelor de sănătate. Valoarea relativă, repartizată pe fiecare obiectiv, variază într-o manieră considerabilă, potrivit sistemelor naționale, la fel ca și între sectorul de sănătate și alte sectoare de acțiune ale puterii publice din interiorul fiecărei țări. Pentru finanțarea unui sistem de sănătate este necesar să se colecteze bani de la populație pentru a putea contracta furnizorii de servicii medicale. Obiectivul principal al sistemelor este acela de a repartiza costurile serviciilor medicale între persoanele bolnave și cele sănătoase și de a modula a lor în funcție de resursele de care fiecare individ dispune. Acest mecanism de solidaritate reflectă consensul care se întâlnește în cadrul țărilor Uniunii Europene conform căruia **sănătatea nu poate fi lăsată pe seama mecanismelor pieței**.

Sistemele de sănătate în țările Uniunii Europene sunt finanțate prin contribuții publice sau prin contribuții directe. Fiecare stat membru și-a dezvoltat propriile mecanisme de finanțare. Toate sistemele sunt mai mult sau mai puțin hibride, în măsura în care acestea se sprijină pe o combinație de surse de finanțare, dar majoritatea fondurilor sunt controlate direct sau indirect de către stat. Numai într-o mică proporție serviciile sunt plătite în mod direct.

În conjunctura în care serviciul național de sănătate se afla în plină dezvoltare, resursele și serviciile medicale sunt furnizate, în principal, de serviciile publice și accesul la acestea este gratuit. Nici un sistem de sănătate din statele membre ale UE nu este în exclusivitate de stat. În majoritatea țărilor din UE, îngrijirile medicale primare sunt scutite de plată în cadrul unui sistem mixt care combină medicina liberală privată cu medicina publică. Importanța acordării îngrijirilor medicale primare, variază în funcție de sistemul de sănătate, așa cum reiese din procentele diferite de medici generalişti în totalul personalului medical. Câteva state membre sunt tentate să diminueze numărul specialiștilor, ale căror servicii sunt în general mai costisitoare și să consolideze rolul medicinei generale. Așteptările marelui public în materie de infrastructuri și de îngrijiri medicale, sunt consecințe majore ale politicii de sănătate: pe de o parte aceste așteptări sunt considerate ca un factor de evaluare a cheltuielilor, iar pe de altă parte, gradul de satisfacere al utilizatorilor este un element de evaluare și de aplicare a reformelor în sistemele de sănătate.

Nivelul de satisfacție al utilizatorilor este într-o măsură sigură, proporțional cu nivelul cheltuielilor aferente sănătății, mai puțin în cazul Italiei, majoritatea consumatorilor afișând un nivel slab de satisfacție, iar danezii care cheltuiesc puțin se arată în majoritate foarte satisfăcuți de sistemul lor de sănătate. Cetățenii țărilor din sudul Europei se declară în general mai puțin satisfăcuți de serviciile medicale ce le sunt oferite decât cetățenii din celelalte state membre ale UE.

Se constată astăzi, în toate țările membre ale UE, o certă insatisfacție vis-a-vis de modalitățile de finanțare și de furnizare a serviciilor medicale. Principalele probleme comune care ocupă diverse locuri în ordinea preocupărilor

naționale reprezintă carențele lor în materie de echitate și egalitate la accesul la serviciile medicale, de control asupra cheltuielilor, de utilizare eficientă a resurselor și de control al calității serviciilor medicale. Aceste preocupări comune conduc la strategii convergente sau specifice, după caz.

Asupra planului de stabilitate socială, prioritatea constă în garantarea îngrijirilor medicale pentru persoanele vârstnice, mai bine adaptate la nevoile lor, privilegiată fiind cercetarea unui echilibru între îngrijirile la domiciliu, îngrijirile comunitare și serviciile spitalicești.

Pe de altă parte îmbătrânirea populației se traduce printr-o progresie de afecțiuni cronice. Acest fapt conduce la mai multe eforturi pentru prevenirea bolilor ușor evitabile, cu sau fără îngrijiri medicale. Îngrijirile preventive constituie o potențială alternativă economică a îngrijirilor medicale bazate pe tehnologii costisitoare.

Dacă principiul universalității de acces la îngrijiri este utilizat în majoritatea statelor membre, **egalitatea de acces rămâne o preocupare constantă a sistemelor de sănătate**, acestea depind de numeroși factori care nu sunt direct legați de sănătate. Eforturile în acest domeniu sunt multidisciplinare și transsectoriale și atenția se îndreaptă cu prioritate către educația pentru sănătate la fel ca și către lupta împotriva excluderii.

Toate statele membre pun în practică politicile de creștere a cheltuielilor pentru îmbătrânirea populației, implicațiile financiare de dezvoltare tehnologică, așteptările crescânde ale consumatorilor ce apar în mod neprevăzut asupra sistemelor de sănătate puternic inflaționiste.

Raționalizarea și optimizarea serviciilor de sănătate reclamă mai multe îngrijiri și analize medicale pe un euro cheltuit, respectiv eficientizarea continuă a acestora.

Analiza eficienței implică maximizarea calității serviciilor, luând în considerare constrângerile economice existente în scopul ameliorării stării de sănătate și gradul de satisfacție al populației. O astfel de intervenție impune o eventuală integrare a populației în procesul de elaborare a standardelor de calitate a serviciilor medicale. Pe de altă parte presupune analiza îngrijirilor de

sănătate și impactul asupra reformelor angajate. De exemplu, referitor la managementul instituțiilor și introducerea relațiilor concurențiale se urmărește o utilizare mai eficientă a resurselor și ameliorarea calității îngrijirilor medicale pentru un cost mai redus. Asistăm la o multiplicare a reformelor asupra sistemelor de plată, privitor la reducerea risipei de resurse în domeniul serviciilor medicale și al serviciilor ambulatorii. Practicile și tehnologiile de sănătate sunt supuse unei evaluări mai precise pentru a fixa prioritățile în domeniu.

Politicile pun din ce în ce mai mult accent pe reorientarea sistemelor de sănătate către obiective măsurabile, atât în ceea ce privește calitatea îngrijirilor medicale, cât și în ceea ce privește satisfacția beneficiarilor.

Pentru fiecare persoană, ca și pentru întreaga colectivitate, sănătatea reprezintă unul din cei mai importanți factori care asigură desfășurarea vieții și activității. **Ocrotirea sănătății** nu este numai o problemă de asistență medicală, ci și o problemă cu un **profund caracter social**, făcând parte integrantă din ansamblul condițiilor socio-economice de dezvoltare. Politica medicală este parte integrantă a politicii sociale și pentru înfăptuirea ei în numeroase țări ale lumii se cheltuiesc resurse financiare importante. Cheltuielile pentru sănătate prezintă o tendință de creștere datorită unor factori, cum sunt:

- amplificarea nevoilor de ocrotire a sănătății ca efect al creșterii numărului populației și modificării structurale;
- accentuarea factorilor de risc;
- creșterea costului prestațiilor medicale atât ca urmare a introducerii în practica medicală a unor noi mijloace de investigație, tratament, cât și o sporire a calificării și specializării cadrelor medicale.

Principala consecință a politicilor sociale dezvoltate de către stat este protecția socială a populației. Protecția socială nu este însă realizată exclusiv prin intermediul politicilor sociale, ea fiind o consecință a efortului conjugat a mai multor factori: piața muncii, economia, sectorul non-guvernamental.

Bugetul de stat și bugetele locale sunt principalele resurse de care dispune statul și autoritățile locale pentru a finanța politicile în domeniul public. Alte resurse ale statului sunt fondurile sociale, constituite prin intermediul unor

contribuții speciale și având o destinație precisă. Nivelul cheltuielilor publice sociale reflectă gradul de implicare a statului în protecția socială a cetățenilor săi. Nivelul cheltuielilor publice sociale nu spune însă nimic despre modul în care cetățenii sunt protejați prin intermediul politicilor sociale, deci despre redistribuirea bunăstării prin intermediul statului. Un al doilea criteriu de analiză a profilului statului social îl reprezintă natura programelor sociale și ponderea diferitelor tipuri de programe în total.

Asigurarea sănătății este considerată a fi un obiectiv esențial al unui sistem de sănătate care are ca principale obiective realizarea unui nivel ridicat de sănătate și distribuirea echitabilă a serviciilor de asistență medicală. Totodată, un sistem sanitar trebuie să corespundă așteptărilor populației, ceea ce implică respectul pentru persoană (autonomie și confidențialitate) și orientarea acesteia (servicii prompte și calitatea dotărilor).

Capitolul 2

SISTEMUL DE SĂNĂTATE ÎN ROMÂNIA

2.1. Prezentare generală

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

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

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

Populația de vârstă a treia, respectiv persoanele peste 65 de ani, reprezintă 14,9% din totalul populației în iulie 2010, față de 11,0% în anul 1992. Această creștere exponențială a ponderii vârstnicilor necesită să fie urmată de strategii și programe concrete care să asigure servicii de îngrijire a sănătății profilactice și curative, în cadrul sistemului de sănătate publică, care să răspundă nevoilor unei categorii de populație dezavantajată atât de factorii perioadei de regresie, cât și de factorii sociali, care determină calitatea vieții.

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

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

x
x x

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

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

Ponderea cheltuielilor publice pentru sănătate în PIB a variat menținându-se totuși un nivel, redus, ceea ce a afectat întreținerea sistemului, managementul, investițiile în echipamente și accesul la servicii pentru persoanele cu venituri reduse – din care fac parte majoritatea vârstnicilor. Procentele din PIB al cheltuielilor publice alocate pentru sănătate au fost:

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 **procentul 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 din acestea ponderea nu a depășit 10,0%, iar România se situează pe ultimul loc 5,68%.

Țara	Olanda	Franța	Germania	Danemarca	Belgia	Austria ¹	Portugalia ¹	Suedia
% cheltuieli totale ale furnizorilor de servicii de sănătate în PIB	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 totale ale furnizorilor de servicii de sănătate în PIB	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 totale ale furnizorilor de servicii de sănătate în PIB	7,09	7,01	6,59	6,57	5,83	5,68		

X
X X

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

Acestea sunt:

¹ Procentul pentru aceste țări se referă la anul 2008

² Procentul pentru Bulgaria se referă la anul 2007

- veteranii de război și văduvele de război – *conform Legii nr.44/1994*;
- persoanele persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și cele deportate în străinătate ori constituite în prizonieri – *conform Legii nr. 189/2000*;
- persoanele persecutate, din motive etnice, de către regimurile instaurate în România cu începere de la 6 septembrie 1940 până la 6 martie 1945 – *conform Legii nr. 189/2000*;
- persoanele cu handicap – *conform Legii 448/2006*.
- persoanele care și-au pierdut total sau parțial capacitatea de muncă, marii mutilați, răniții, urmașii și părinții celor care au decedat ca urmare a participării la lupta pentru victoria Revoluției din decembrie 1989, persoanele care au fost reținute în perioada 16 – 22 decembrie 1989 ca urmare a participării la acțiunile pentru victoria revoluției, precum și persoanele care, în perioada 16 – 25 decembrie 1989 s-au remarcat prin fapte deosebite în lupta pentru victoria revoluției și care dețin titlu de Luptător pentru Victoria Revoluției Române din Decembrie 1989 – *conform Legii nr. 42/1990*.

Pensionarii cu venituri din pensii până la limita de impozitare (740 lei) sunt persoane care beneficiază de asigurare fără plata contribuției. Având calitatea de asigurat, persoanele vârstnice solicită eliberarea de medicamente gratuite și compensate pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii specialiști și medicii de familie.

x
x x

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

transport, timpi de așteptare); așezare geografică inadecvată a facilităților de îngrijiri; calitatea inegală a serviciilor de același tip.

Pentru evaluarea accesibilității, au fost analizați indicatori de proximitate care să identifice eventuale grupe de populație și /sau zone geografice dezavantajate în privința accesului la servicii, pentru care ar trebui dezvoltate politici țintite. Factorii determinanți care influențează gradul de accesibilitate al populației la serviciile de sănătate sunt în general reprezentați de: nivelul sărăciei, șomajul, ocupația, mediul de rezidență, statutul de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, gradul de acoperire cu personal medical.

În anul 2010, din lucrarea “Dimensiuni ale incluziunii sociale în România ” realizată de Institutul Național de Statistică, pe baza Ancheta Bugetelor de Familie, rezultă că rata sărăciei pensionarilor a fost de 12,8%, pentru sexul masculin 9,8% și pentru sexul feminin 14,9%.

Atât rata sărăciei persoanelor vârstnice, cât și a pensionarilor a fost în creștere în perioada 2005 – 2010, cu precădere la sexul feminin (tabelul nr.1 și tabelul nr.2).

Tabelul nr.1 Rata sărăciei (%) pe grupe de vârstă

Anul	Sub 16 ani ³	16-24 ani	25-49 ani	50-64 ani	65 ani plus
2005	24,9	22,2	16,3	13,2	17,2
2006	25,4	21,2	16,5	14,5	18,7
2007	24,7	20,5	16,5	14,9	19,4
2008	25,9	20,9	16,9	13,5	16,2
2009	32,9		19,8		21,0
2010	31,3		19,2		16,7

Tabelul nr.2 Rata sărăciei (%) pensionarilor, pe sexe

2007			2008			2009			2010		
Total	Feminin	Masculin	Total	Feminin	Masculin	Total	Feminin	Masculin	Total	Feminin	Masculin
15,7	17,6	13,2	12,8	13,8	11,4	15,7	18,0	12,7	12,8	14,9	9,8

Este important să atragem atenția că fenomenul sărăciei la pensionari și fenomenul sărăciei la vârstnici nu se pot suprapune în România. Permisivitatea

³ La coloana sub 16 ani, pentru anii 2009 și 2010 a fost considerată populația sub 18 ani, iar în coloanele 16-24 ani, 25+49 ani, 50+64 ani, a fost cumulată populația de 18+64 ani

crescută pentru pensionările în cazul următoarelor categorii de pensie: invaliditate, anticipată și anticipată parțială au redus dramatic vârsta medie reală de pensionare, a făcut ca nu întotdeauna "pensionarii" să fie totuna cu „vârstnicii”. Astfel din numărul mediu de pensionari de asigurări sociale de stat și agricultori, în anul 2011, 18,0% din pensionari au fost în categoriile de pensie: **invaliditate, anticipată și anticipată parțială**, în sistemul pensionarilor de asigurări sociale de stat, procentul acestor categorii a reprezentat 20,3% din total, iar în sistemul agricultorilor procentul acestor categorii a reprezentat 1,9% din total.

Segmentul populației sărace din cadrul populației vârstnice s-a conturat pe fondul procesului de sărăcire a majorității populației. Conform cercetărilor sociale, familiile de pensionari prezintă o rată intermediară de sărăcie, dar mai redusă decât media. De regulă, vârstnicii (pensionarii) nu sunt printre beneficiarii creșterii economice. Cheltuielile curente, în care se includ și cele pentru îngrijirea sănătății, procurarea de medicamente etc. tind să determine alunecarea spre sărăcie a tot mai multor persoane vârstnice.

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

Raportul de activitate al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pe 2010 menționează următoarea evoluție a numărului de furnizori de medicamente:

Tabelul nr. 3

Anul	2008	2009	2010
Nr. furnizori medicamente	4.519	4.697	4.738

Analizele realizate au relevat că există inegalități regionale marcate în acoperirea populației cu personal medical. Astfel, în anul 2010, numărul de locuitori care revin la un medic în rural a fost de 6,8 ori mai mare decât în urban, cele mai defavorizate regiuni din punct de vedere al numărului de locuitori care revin la un medic, fiind Vest și Nord-Vest (311, respectiv 368 locuitori/1 medic). În regiunea de Vest se înregistrează cea mai slabă acoperire

cu medici în mediul rural (1.284 locuitori /1 medic). În mediul rural există numeroase localități fără medic.

În anul 2010 situația numărului de medici de familie care reveneau în medie la 1.000 de locuitori, pe regiuni de dezvoltare, ne arată că s-a menținut în continuare cel mai scăzut nivel pentru regiunile Nord-Est, Sud-Est și Sud:

Tabelul nr. 4

	Tara	București	Vest	Nord-Vest	Centru	Sud-Vest	Nord-Est	Sud-Est	Sud
Medici de familie/1.000 locuitori – total,din care:	2.44	5.38	3.21	2.72	2.33	2.09	1.78	1.67	1.41
-urban	3.95	5.77	4.65	4.50	3.54	3.61	3.62	2.60	2.61
-rural	0.58	0.94	0.78	0.69	0.57	0.68	0.39	0.53	0.56

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

În prezent, autoritățile administrației publice locale participă la finanțarea unor cheltuieli de administrare și funcționare, respectiv bunuri și servicii, reparații capitale, consolidare, extindere și modernizare, dotări cu echipamente medicale, a unităților sanitare publice de interes local, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație. Dar experiența ultimilor ani arată o implicare inegală a autorităților administrației publice locale în administrarea unităților sanitare, cu variații mari între zonele geografice, determinate fie de un management defectuos, fie de o distribuție inegală a resurselor financiare și umane. Totodată, se evidențiază inechități în accesul la serviciile de îngrijiri medicale, ceea ce determină dezechilibre în starea de sănătate a diferitelor grupuri de populație, a unor comunități din diferite zone geografice și a grupurilor defavorizate economic. Aceste disparități se manifestă prin indicatori de bază modești ai stării

de sănătate (speranța de viață la naștere, mortalitatea infantilă, mortalitatea generală pe cauze de deces evitabile, grad de morbiditate, ani de viață în stare de sănătate), dar și prin nivelul scăzut de informare privind factorii de risc și de protecție pentru sănătate sau sistemul de îngrijiri de sănătate și pachetul de servicii de bază. Raportul Național al Dezvoltării Umane pentru România (UNDP) menționează existența unor enclave caracterizate de un indice scăzut al dezvoltării umane (IDU) care se situează în cele mai multe cazuri în zonele greu accesibile ale județelor, departe de rețeaua principală de șosele. Satele cele mai sărace (cu IDU foarte scăzut) sunt de obicei izolate față de drumurile modernizate sau față de orașe, având chiar un rol marginal în cadrul comunelor de care aparțin.

Accesul redus al persoanelor vârstnice la un tratament adecvat s-a reflectat nefavorabil asupra stării de sănătate și a condus, în anul 2011, la decesul multor persoane. Astfel, din totalul de **251.439** decese, **86.924** decese au fost din rândul bărbaților în vârstă de 65 ani și peste și **105.728** decese au fost din rândul femeilor în vârstă de 60 ani și peste.

Incidența⁴ anumitor cauze de deces precum tumori, boli ale aparatului respirator, circulator, ale aparatului digestiv sau leziunile traumatiche în cazul persoanelor vârstnice trebuie luate în considerare pentru alocarea de fonduri în vederea prevenirii și tratării corespunzătoare a acestor boli, prin asigurarea accesului la serviciile medicale adecvate și medicamentele necesare.

Tabelul nr. 5

Clase boli	Total țara	Feminin	Masculin
------------	------------	---------	----------

	Total	la 65+ ani	Total	la 65+ ani	Total	la 65+ ani
Total tara	75.609,6	90.966,0	82.457,6	85.629,5	68.392,0	98.836,6
Bolile infectioase si parazitare	2.747,9	1.373,7	2.891,3	1.293,7	2.596,8	1.491,7
Tumori	310,5	783,3	323,1	580,0	297,3	1.083,3
Bol, sing., ale org, hemat, si unele tulb, ale mec, de imun,	723,5	536,8	883,5	574,0	554,8	482,0
Boli endocrine, de nutritie si metabolism	2.392,7	3.381,0	2890,1	3.391,6	1.868,5	3.365,4
Tulburari mentale si de comportament	1.330,6	2.793,8	1.615,9	2.867,6	1.029,9	2.684,9
Bolile sistemului nervos	1.207,2	2.998,6	1.373,5	2.899,9	1.032,0	3.144,4
Bolile ochiului si anexelor sale	2.620,5	4.651,9	2.820,8	4.356,5	2.409,4	5.087,5
Bolile urechii si apofizei mastoide	2.268,0	2.951,8	2.385,6	2.736,3	2.144,1	3.269,5
Bolile aparatului circulator	4.291,4	12.629,0	4.766,4	11.993,8	3.790,7	13.565,9
Bolile aparatului respirator	32.586,4	19.446,5	33.673,1	17.295,7	31.441,1	22.618,7
Bolile aparatului digestiv	7.679,0	10.954,9	8.257,1	10.146,6	7069,8	12.147,0
Boli ale pielii si tesutului celular subcutanat	3.838,4	3.200,1	4.026,0	2.821,4	3.640,7	3.758,6
Bolile sist, osteo-articular, ale muschilor, tesutului conj,	6.367,7	15.491,0	7.179,2	15.445,4	5.512,4	15.558,2
Bolile aparatului genito-urinar	5.017,6	7.026,7	7.231,2	6.893,5	2.684,7	7.223,2
Sarcina, nasterea si lauzia	153,5	X	297,6	X	1,6	X
Unele afect, a caror origine se situeaza in perioada perinatale	14,0	X	13,8	X	14,2	X
Malformatii congenitale, deformatii si anomalii cromozomiale	56,9	73,8	59,3	72,4	54,4	75,9
Simptome, semne si rez, anormale ale investig, clinice si de lab.	503,9	734,7	566,3	722,4	438,2	752,9
Leziuni traumatice, otraviri si alte consecinte ale cauzelor exterioare	1.499,7	1.938,4	1203,8	1538,8	1811,6	2527,7

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

2.2.1. Prevederi legislative

Sistemul actual de acordare a asistenței medicale este reglementat prin **Legea nr. 95 din 13 aprilie 2006**, care asigură cadrul general de organizare și funcționare, **H.G. nr. 1389/2010** care stabilește condițiile acordării asistenței medicale pentru anul 2011 și 2012 și **Ordinul comun nr. 1723/950/2011** al ministrului sănătății 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 2012.

O componentă importantă pentru asistența medicală a persoanelor vârstnice o reprezintă **acordarea medicamentelor în regim compensat și gratuit**, cunoscut fiind faptul că vârstnicii sunt o categorie importantă de consumatori.

Lista cu denumirile comune internaționale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, se elaborează anual de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu consultarea Colegiului Farmaciștilor din România și se aprobă prin hotărâre a Guvernului.

Lista se poate modifica /completa trimestrial (după 3 luni de la intrarea în vigoare) prin hotărâre a Guvernului, în cazul în care nu mai corespunde nevoilor de asistență medicală, pe baza analizei Ministerului Sănătății, a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cu consultarea Colegiului Farmaciștilor din România, care adoptă măsurile ce se impun pentru a asigura funcționarea în continuare a sistemului, având în vedere sumele ce pot fi acordate cu această destinație.

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

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

Actuala listă de medicamente este aprobată prin Ordinul nr. 1002 din 28 decembrie 2011, cu modificările și completările ulterioare.

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.

Noul contract cadru - aprobat prin H.G. nr. 1389/2010 și normele metodologice de aplicare aprobate prin O. nr. 1723/950/2011, cu modificările și completările ulterioare cuprind metodologia privind modalitățile de prescriere și de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și prevăd următoarele:

- Medicii prescriu medicamentele prevăzute în Lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu și fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului. Pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente cu și fără contribuție personală, cu respectarea următoarelor condiții:

- a) pentru sublistele A și B - o singură prescripție lunar, cu maximum 7 medicamente, dar nu mai mult de 3 medicamente din sublista B cu procent de compensare 50% din prețul de referință. Valoarea totală a medicamentelor din sublista B, calculată la nivelul prețului de referință, este de până la 300 lei pe lună;
 - b) în situația în care într-o lună se prescrie un medicament din sublista B notat cu #, cu o valoare maximă a tratamentului pe o lună, calculată la nivelul prețului de referință, mai mare de 300 lei, nu se mai prescriu în luna respectivă și alte medicamente din sublista B;
 - c) o singură prescripție din sublista B lunar pentru pensionarii cu venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună, a cărei contravaloare la nivelul prețului de referință este de până la 300 lei pe lună/prescripție, și un număr de maximum 3 medicamente, situație în care nu beneficiază de medicamente din sublista B în condițiile prevăzute la lit. a) și b), cu compensare de 90% din prețul de referință. În acest caz, se pot prescrie maximum 7 medicamente din sublistele A și B;
 - d) pentru sublista C secțiunea C1 - pe fiecare cod de boală, o singură prescripție lunar, cu maximum 3 medicamente;
 - e) pentru sublista C secțiunea C3 - o singură prescripție lunar, cu maximum 4 medicamente.
- Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fond, pentru fiecare medicament corespunzător DCI-ului din listă, este cea corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor asupra prețului de referință pentru DCI-urile cuprinse în sublistele A, B și C, respectiv prețul de decontare pentru medicamentele și materialele sanitare cuprinse în lista aprobată prin ordin al ministrului sănătății;
 - Procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista A este de 90% din prețul de referință, al celor din sublista B este de 50% din prețul de referință, iar al celor din secțiunile C1 și C3 din sublista C este de 100% din prețul de referință. Procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista B este de

90% din prețul de referință, din care 50% se suportă din bugetul Fondului și 40% din transferuri din bugetul Ministerului Sănătății către bugetul Fondului, pentru prescripțiile a căror contravaloare la nivelul prețului de referință /prescripție este de până la 300 lei/lună și de care beneficiază pensionarii cu venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună.

- **Prețul de referință** reprezintă prețul cel mai mic corespunzător unei unități terapeutice aferentă formelor farmaceutice asimilabile din cadrul aceleiași DCI, și pentru fiecare concentrație, conform normelor. Furnizorii de medicamente eliberează medicamentul care dă prețul de referință în cadrul denumirii comune internaționale prescrise de medic și numai cu acordul asiguratului eliberează orice alte medicamente din cadrul aceleiași DCI, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială.
- Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2010 se efectuează în ordine cronologică până la 180 de zile calendaristice de la data validării facturilor, în limita fondurilor aprobate cu această destinație. Decontarea contravalorii medicamentelor care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis în cadrul unor programe naționale de sănătate cu scop curativ se face în termen de până la 90 de zile calendaristice de la data validării facturilor, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.
- Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale și asiguraților cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pe lună, atât pentru medicamentele cuprinse în sublista A, cât și pentru cele cuprinse în sublista B, precum și cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pe lună pentru fiecare cod de boală, pentru medicamentele cuprinse în sublista C secțiunea C1, și mai mult de o prescripție medicală pe lună pentru medicamentele cuprinse în sublista C secțiunea C3; în această situație, asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru perioada acoperită cu medicamentele eliberate suplimentar. Pentru persoanele prevăzute în legile speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din Fond, în condițiile legii, casele de asigurări de sănătate suportă integral contravaloarea medicamentelor cu prețul cel mai mic,

corespunzătoare fiecărui DCI cuprinse în sublistele A, B și C secțiunea C1, pentru forme farmaceutice asimilabile, în condițiile alin. (1) - (3). Pe același formular de prescripție se pot înscrie medicamente din subliste diferite.

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

acesta va consemna în fișa medicală a pensionarului/în registrul de consultații numărul talonului și cuantumul pensiei și va anexa la fișa medicală declarația dată pe propria răspundere de către pensionar.

- Medicamentele cu și fără contribuție personală, precum și unele materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ se acordă în tratamentul ambulatoriu pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.
- Medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscriși în lista unui medic de familie. Medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie. Medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile. Medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor.

2.2.2. Disfuncționalități

Pentru a cunoaște situația actuală a funcționării sistemului de acordare a serviciilor medicale și a medicamentelor gratuite și compensate, Consiliul Național al Persoanelor vârstnice, prin intermediul reprezentanților la nivel județean a realizat o analiză având în vedere următoarele probleme cu care se confruntă pensionarii pentru procurarea de medicamente: dacă fondurile alocate lunar farmaciilor pentru eliberarea medicamentelor gratuite și compensate acoperă cerințele, dacă medicamentele prescrise se găsesc în farmacii, repartiția farmaciilor în mediul urban și în mediul rural raportat la numărul de localități din județ, gradul de accesibilitate al populației vârstnice la farmacii pentru procurarea medicamentelor prescrise de medici, colaborarea cu medicii de familie în vederea prescrierii rețetelor gratuite și compensate pentru persoanele vârstnice, gradul de acoperire al patologiei vârstei a treia.

Disfuncționalitățile au fost semnalate de către consiliile județene ale persoanelor vârstnice, ținându-se cont de aspectele menționate după cum urmează:

■ Dacă fondurile alocate lunar farmaciilor pentru eliberarea medicamentelor gratuite și compensate acoperă cerințele.

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

■ Dacă medicamentele prescrise se găsesc în farmacii.

Conform contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate farmaciile au obligația de a avea în stoc toate medicamentele corespunzătoare D.C.I.-urilor care se eliberează în regim compensat și gratuit. În cazurile în care unele din medicamentele prescrise nu se găsesc în farmacii, la data solicitării lor, se fac comenzi, ce pot fi onorate în maxim 12 ore în cazul bolilor acute sau în maxim 48 de ore în cazul celor cronice.

În urma informațiilor din teritoriu, medicamentele se găsesc în farmacii. Consiliul Județean al Persoanelor Vârstnice Neamț ne-a semnalat ca există probleme în găsirea în farmacii a medicamentelor prescrise acestea se găsesc în proporție de 60-70%, în județul Constanța procentul fiind de 80% și în Mehedinți în proporție de 85%, iar în Teleorman s-a semnalat faptul că numărul medicamentelor destinate tratării bolilor cronice a scăzut față de anul trecut la 223 de tipuri.

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

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

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

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

JUDEȚUL	Număr de farmacii/puncte farmaceutice	
	Mediul urban	Mediul rural
Argeș		46
Bistrița-Năsăud	42	35
Brașov	155	52
Călărași	33	29
Constanța	190	40

JUDEȚUL	Număr de farmacii/puncte farmaceutice	
	Mediul urban	Mediul rural
Covasna	39	31
Dolj	155	100
Giurgiu	30	42
Gorj	85	21
Ialomița	41	16
Iași	230	98
Ifov	41	74
Mehedinți	55	16
Sălaj	38	28
Suceava	129	116
Teleorman	53	23
Tulcea	55	30
Vaslui	60	37

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

O problemă privind accesibilitatea populației vârstnice la serviciile farmaceutice, în scopul procurării de medicamente se găsește în special în mediul rural, în acele localități care nu beneficiază de farmacii sau puncte farmaceutice. Lipsa mijloacelor de transport, distanța mare dintre o localitate și cel mai apropiat punct farmaceutic sau farmacie, face ca persoanele vârstnice din mediul rural să fie profund dezavantajate și lipsite de condițiile minime pentru întreținerea sănătății în raport cu cele din mediul urban. Consiliu județean al persoanelor vârstnice Giurgiu precum și cele ale Sectoarelor 5 și 6 ale municipiului București au reclamat că se confruntă cu problema gradului redus de accesibilitate la farmacii.

■ **Colaborarea persoanelor vârstnice cu medicii de familie.**

Colaborarea cu medicii de familie este în general bună, greutățile intervenind în anumite situații semnalate de către reprezentanții consiliilor județene, astfel:

- Medicii de familie nu efectuează vizite la domiciliul bolnavilor nedeplasabili, preferând să recomande internarea acestora în unități spitalicești, mai costisitoare atât pentru persoanele vârstnice /aparținători, cât și pentru sistemul de sănătate;
- Deoarece au înscrisi pe liste un număr foarte mare de asigurați, medicii de familie nu fac față solicitărilor, iar persoanele vârstnice sunt nevoite să aștepte foarte mult pentru a fi consultate și a primi rețetele compensate și gratuite;
- Unii medici nu respectă programul de consultații stabilit;
- Persoanele din mediul rural, care locuiesc în localități izolate, unde nu există cabinete de medicină de familie, sunt nevoite să se deplaseze la cea mai apropiată localitate urbană sau în unele situații serviciile medicale primare sunt asigurate prin medici delegați. De exemplu în 5 localități din județul Teleorman (Blejești, Contești, Fântânele, Izlaz, Mârzănești) nu a fost repartizat nici un medic de familie.
- Lipsa unor medici specializați în cardiologie, în județul Tulcea fiind nevoie urgentă deoarece această afecțiune are o pondere însemnată la nivelul populației.
- Reducerea timpului de așteptare pentru efectuarea consultațiilor de către medicii de familie, situație semnalată în mod special de consiliile persoanelor vârstnice din sectorul 5 și 6 al Municipiului București.
- Mărirea numărului de medici stomatologi.

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

Consiliile Persoanelor Vârstnice nu au semnalat probleme grave existente în acoperirea patologiei persoanelor vârstnice, însă în județul Bacău lipsește un aparat de radioterapie pentru tratarea bolnavilor de cancer. Pentru rezolvarea acestei probleme se lucrează la realizarea unui parteneriat public-privat.

Capitolul 3

CONCLUZII

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

În România sunt evidențiabile toate cele patru tipuri de inechități în accesul la serviciile de îngrijiri, ceea ce determină inechități în starea de sănătate a diferitelor grupuri de populație, a unor comunități din diferite zone geografice și a grupurilor defavorizate economic. Aceste disparități se manifestă prin indicatori de bază ai stării de sănătate modești (speranța de viață la naștere, mortalitatea infantilă, mortalitatea generală pe cauze de deces evitabile, grad de morbiditate, ani de viață în stare de sănătate) dar și prin nivelul scăzut de informare privind factorii de risc și de protecție pentru sănătate sau sistemul de îngrijiri de sănătate și pachetul de servicii de bază din România. Factorii determinanți care influențează gradul de accesibilitate al populației la serviciile de sănătate sunt în general reprezentați de: nivelul sărăciei, șomajul, ocupația, mediul de rezidență, statutul de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, gradul de acoperire cu personal medical. Vârstnicii sunt multiplu defavorizați de caracteristicile vârstei, al expunerii la deprecierea veniturilor și a stării de sănătate, iar pentru populația din mediul rural se adaugă lacunele infrastructurii sistemului de sănătate.

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

elemente de discontinuitate conduc la generarea de costuri crescute atât în cadrul sistemului, cât și costuri suferite de pacient (materiale și mai ales morale).

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

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

Legislația românească în domeniul sanitar a cunoscut periodic modificări, atât anual odată cu aprobarea contractelor-cadru, cât și punctual pentru îmbunătățirea funcționării sistemului de sănătate, iar impactul acestor intervenții nu a fost întotdeauna în beneficiul consumatorilor de servicii medicale și medicamente, în rândul cărora persoanele vârstnice reprezintă o categorie importantă din cauza polipatologiei prezente la vârsta a treia.

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

În condițiile în care *speranța de viață* a crescut în Uniunea Europeană, a crescut și ponderea populației îmbătrânite – principalul consumator de servicii

medicale - în totalul populației, *medicamentele și tehnicile medicale moderne sunt din ce în ce mai costisitoare*, resursele alocate sănătății devin un efort chiar și pentru țările dezvoltate, eficientizarea sistemului de sănătate fiind o temă de dezbateră la nivel european. Aceeași tendință demografică o urmează și societatea românească.

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

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

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

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

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

Persoanele vârstnice beneficiare ale diverselor legii speciale (deținuți politici, deportați, veterani de război, persoane cu handicap) nu pot beneficia de gratuitate totală pentru medicamente decât la nivelul prețului de referință și numai când prețul de referință coincide cu prețul de vânzare gratuitatea este totală.

Programul de compensare cu 90,0% a medicamentelor a produs unele nemulțumiri în rândul pensionarilor din cauza prețului de referință practicat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. *Din cauza acestui preț de referință compensarea nu este întotdeauna efectiv de 90,0% ci mult mai mică, pacientul*

fiind nevoit să plătească pentru diferența dintre prețul de raft și prețul de referință.

Plafonarea valorică a medicamentelor a determinat discontinuități în prescrierea și eliberarea medicamentelor fapt pentru care este benefică eliminarea acesteia conform actualei legislații.

Deși există prevederi legislative în acest sens farmaciile nu respectă contactul cu casele de asigurări și nu eliberează continuu medicamente compensate și gratuite, motivația fiind lipsa de fonduri alocată de casa de asigurări, deși alocarea fondurilor se face în funcție de adresabilitate, consumul de medicamente, orarul de lucru al unității, ceea ce creează în continuare dificultăți în procurarea medicamentelor.

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

- prezența redusă a medicamentelor gratuite și compensate în farmacii;
- insuficiența fondurilor alocate farmaciilor pentru eliberarea medicamentelor gratuite sau compensate;
- existența unor medicamente, des solicitate de vârstnici, care nu se eliberează gratuit sau compensat;
- prețul ridicat al medicamentelor, chiar și atunci când sunt compensate, în comparație cu veniturile insuficiente ale pensionarilor;
- numărul produselor de pe listele de medicamente gratuite și compensate nu acoperă întreaga patologie specifică vârstei a III-a, pensionarii fiind uneori obligați să cumpere la preț integral medicamentele de care au nevoie;
- lipsa farmaciilor sau a punctelor farmaceutice în mediul rural;
- lipsa mijloacelor de transport până în localitățile în care funcționează farmacii sau puncte farmaceutice.

Capitolul 4

PROPUNERI

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

Acestea sunt:

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

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

- identificarea nevoilor reale de îngrijiri pentru diferitele grupuri vulnerabile de populație;
- constituirea unor hărți naționale și regionale cuprinzând facilitățile de îngrijiri de sănătate ambulatorii funcționale (dispensare, policlinici, servicii noi de

prim ajutor, îngrijiri la domiciliu, îngrijiri paleative, sănătate mintală la nivel comunitar) raportate la densitatea populației. În țările dezvoltate se utilizează pe scară tot mai largă sistemele de informații geografice (GIS) pentru măsurarea accesibilității geografice. Aceste sisteme sunt extrem de utile în analiza distanțelor fizice între beneficiari și unitățile de îngrijire, rețelelor de transport, serviciilor medicale de urgență și în planificarea îngrijirilor de sănătate. De exemplu, un GIS poate ajuta la identificarea dimensiunii zonei de atracție a unei unități de îngrijiri. S-au dezvoltat aplicații speciale de analiză în cadrul GIS pentru a evalua accesibilitatea fizică la îngrijirile de sănătate.

- stabilirea standardelor privind pachetele minime de îngrijiri la nivelul și în cadrul diferitelor comunități vulnerabile;
- dezvoltarea și implementarea unor rapoarte standardizate privind accesibilitatea la îngrijirile de sănătate;
- instituirea unui sistem de evaluare periodică a gradului de acces la serviciile primare de sănătate pe baza unor indicatori specifici;
- elaborarea și aprobarea strategiei naționale de promovare a sănătății, identificarea și monitorizarea populațiilor cu accesibilitate inechitabilă la servicii de îngrijiri de bază;
- dezvoltarea, modernizarea infrastructurii furnizorilor de servicii medicale și dotarea acestora cu aparatură /echipamente medicale și mijloace de transport specifice și moderne;
- identificarea unor facilități pentru atragerea personalului medical în zonele izolate, defavorizate economic, precum și în specialități deficitare;
- dezvoltarea și extinderea rețelei de asistență medicală comunitară integrată.

Pentru creșterea calității vieții persoanelor vârstnice, sistemul de sănătate publică poate contribui semnificativ prin **implementarea programului de asistență medicală comunitară** care cuprinde ansamblul de activități și servicii de sănătate organizate la nivelul comunității pentru soluționarea problemelor medico-sociale ale individului, în vederea menținerii acestuia în propriul mediu de viață și care se acordă în sistem integrat cu serviciile sociale. Scopul asistenței

medicale comunitare integrate este acela de a asigura îngrijirile medico-sociale care pot fi furnizate la nivelul comunității, în vederea optimizării acțiunilor specifice și a eficientizării utilizării fondurilor alocate. Beneficiarul activităților integrate de asistență medicală comunitară este comunitatea dintr-o arie geografică definită, în special categoriile de persoane vulnerabile care se găsesc în următoarele situații: vârstnici, nivel economic sub pragul sărăciei, șomaj, nivel educațional scăzut, diferite dizabilități, boli cronice, boli aflate în faze terminale care necesită tratamente paliative, și alte categorii: graviditate, copii cu vârstă sub 5 ani, familii monoparentale.

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

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

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

- a) stabilirea listei de medicamente esențiale pentru sănătatea populației, care să corespundă nevoilor reale de tratament ale principalelor grupe vulnerabile ale populației și respectiv principalelor afecțiuni care se regăsesc în rândul acestora;
- b) asigurarea stocurilor corespunzătoare de medicamente în unitățile farmaceutice;

- c) stabilirea de prețuri accesibile prin elaborarea unor norme corespunzătoare de prețuri pentru medicamente de uz uman prin consultări ale autorităților guvernamentale cu reprezentanți ai producătorilor și distribuitorilor de medicamente, precum și cu organizațiile profesionale – Colegiul Farmaciștilor, Colegiul Medicilor și reprezentanți ai Patronatului Farmaciștilor în scopul reducerii acestora;
- d) pregătirea profesională continuă a farmaciștilor și a asistenților de farmacie;
- e) verificarea modului de aplicare a legislației farmaceutice, respectiv aplicarea prevederilor /reglementărilor emise de Ministerul Sănătății.
- f) înființarea de farmacii sau puncte de lucru ale farmaciilor autorizate de Ministerul Sănătății, în zonele defavorizate;
- g) repartizarea de fonduri corespunzătoare de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării medicamentelor eliberate.

Îmbunătățirea finanțării sistemului de sănătate ar fi de natură să susțină îndeplinirea obiectivelor mai susmenționate și se poate realiza prin:

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

Demersul întreprins prin intermediul consiliilor județene pentru a constata deficiențele cu care se confruntă sistemul de acordare a serviciilor medicale și a medicamentelor gratuite și compensate în ambulatoriu a condus la formularea de **propuneri pentru îmbunătățirea situației actuale**, după cum urmează:

- identificarea de resurse financiare și suplimentarea fondurilor pentru compensarea medicamentelor pentru a nu se mai crea blocaje în farmacii la eliberarea rețetelor compensate și gratuite;
- simplificarea modalității de prescriere deoarece actualele formulare de rețetă conțin foarte multe date care îngreunează prescrierea și eliberarea medicamentelor gratuite și compensate;
- implementarea dosarului electronic al pacientului, care va eficientiza sistemul de prescriere a tratamentului sau al trimerilor după caz;
- eliminarea prețului de referință și compensarea să se realizeze la prețul de raft al medicamentului;
- înființarea unui serviciu la nivelul caselor județene de sănătate prin care pensionarii să poată verifica prețurile medicamentelor;
- obligativitatea reală a farmaciilor, care au contract cu casa județeană de asigurări de sănătate, de a avea în stoc toate medicamentele compensate și gratuite ;
- eficientizarea sistemului de decontare între casele de asigurări de sănătate și farmacii pentru a nu se mai crea blocaje în aprovizionarea medicamentelor gratuite și compensate;
- reconsiderarea sistemului de relații cu producătorii și importatorii de medicamente, inclusiv prin îmbunătățirea reglementărilor privind achizițiile publice;
- încurajarea marilor producători de medicamente din România să fabrice echivalente ale produselor străine pentru care nu există corespondent printre produsele românești, prin acordarea unor facilități la comercializarea medicamentelor, scutiri de taxe și impozite etc ;
- dezvoltarea rețelei de farmacii aflate în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate la nivel național și extinderea numărului de farmacii sau puncte farmaceutice în mediul rural;
- reintroducerea pe lista de gratuități a medicamentelor utilizate în tratamentul accidentului vascular cerebral ischemic, a căilor respiratorii, a văzului și auzului, etc.;

- introducerea vitaminelor în lista medicamentelor compensate ;
- cuprinderea în lista gratuităților (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 introduc modificările în baza de date;
- intensificarea acțiunilor pentru înființarea punctelor farmaceutice în localitățile izolate și cu asigurați puțini;
- respectarea drepturilor pentru anumite categorii de persoane prevăzute în legi speciale, cum ar fi: veteranii de război și văduvele de război, persoanele persecutate din motive politice, etnice, persoanele cu handicap, etc., în ceea ce privește gratuitatea integrală a medicamentelor și serviciilor medicale;
- intensificarea informării corecte a populației vârstnice asupra modalității de compensare a medicamentelor și asupra acordării medicamentelor gratuite (afișe, pliante în farmacii, cabinete medicale, săli de așteptare; pliante și broșuri trimise pensionarilor împreună cu talonul de pensii prin poștă; realizarea de emisiuni radio și TV pe această temă la ore de maximă audiență etc.);
- instruirea medicilor de familie, astfel încât aceștia să ofere informații corecte pacienților vârstnici referitor la prețurile medicamentelor prescrise pe rețete.

Realizatori,

Insp. Spec. II Simona Ghiță

Expert I Olga Mihart

Șef birou analize și studii Alina Matei

Director general Marius Augustin Pop

BIBLIOGRAFIE

1. **”Dimensiuni ale incluziunii sociale în România în anul 2010”** , Institutul Național de Statistică, 2011
2. **”Activitatea unităților sanitare în anul 2010”** , Institutul Național de Statistică, 2011
3. C. Vlădescu (coordonator), **”Sănătate Publică și management sanitar. Sisteme de sănătate”**, București, CPSS Publishing House, 2004
4. Cristina Doboș, **”Finanțarea Sistemelor de Sănătate în Țările Uniunii Europene. România în Context European”**, Calitatea Vieții, XIX, nr. 1-2, Ed. Academiei, 2008
5. **”Health and care in an enlarged Europe”**, Europe Foundation for the Improvement of living and Working Conditions, 2003
6. **„Human development reports”** , *www.undp.org*.
7. **Planul strategic al Ministerului Sănătății pentru perioada 2008-2010**
8. **„România: Raport de evaluare a sărăciei”** , Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, Noiembrie 2007
9. **Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 409 din 01 aprilie 2010** (cu modificările și completările ulterioare) pentru aprobarea listei de medicamente de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală
10. **H.G. nr. 262 din 1 aprilie 2010** pentru aprobarea Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010
11. **Ordinul comun nr. 265/408/2010** al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate pe anul 2010.