

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
„CAROL DAVILA”, BUCUREȘTI  
ȘCOALA DOCTORALĂ

*Contribuții privind Fundamentarea Sustenabilă  
a Sistemului de Îngrijiri de Sănătate  
din România*

**REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT**

**Conducător de doctorat:**  
**Prof.univ.dr. ADRIAN ANDRIEȘ**

**Student-Doctorand:**  
**Farm. PETRU CRĂCIUN**

2021



## CUPRINS

<b>I – PARTEA GENERALĂ .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Sistemele de Îngrijiri de Sănătate .....</b>	<b>1</b>
1.1. Nevoia și cererea de îngrijiri de sănătate .....	1
1.2. Finanțarea și organizarea îngrijirilor de sănătate .....	2
1.3. Resursele de îngrijiri de sănătate și utilizarea lor.....	3
1.4. Prevenția.....	5
1.6. Cheltuieli de sănătate .....	6
1.7. Strategie de sistem.....	7
<b>2. România - Demografie și Geografie.....</b>	<b>8</b>
<b>II – CONTRIBUȚIA PERSONALĂ .....</b>	<b>10</b>
<b>3. Ipoteza de Lucru și Obiectivele Generale.....</b>	<b>10</b>
<b>4. Metodologia Generală a Cercetării.....</b>	<b>11</b>
<b>5. Contribuții privind Fundamentarea Sustenabilă a Sub-Sistemului Farmaceutic .....</b>	<b>12</b>
5.1. Introducere .....	12
5.2. Material și metodă.....	12
5.3. Rezultate.....	13
5.4. Discuții .....	14
5.5. Concluzii .....	15
<b>6. Contribuții privind Fundamentarea Sustenabilă a Sub-Sistemului Medicinei de Familie .....</b>	<b>17</b>
6.1. Introducere .....	17
6.2. Material și metodă.....	17
6.3. Rezultate.....	17
6.4. Discuții .....	19
6.5. Concluzii .....	20
<b>7. Concluzii și Contribuții Personale .....</b>	<b>21</b>



# I – PARTEA GENERALĂ

## 1. Sistemele de Îngrijiri de Sănătate

### 1.1. Nevoia și cererea de îngrijiri de sănătate

Formele în care starea de "bine" sau de "sănătate" poate fi tulburată, ca și cauzele care provoacă aceste tulburări, sunt multiple și deseori greu de cuantificat și de anticipat. Din acest motiv considerăm că este imperios necesară **evoluția distincției dintre nevoie și cerere în îngrijirile de sănătate**, deoarece nici un sistem nu a reușit până acum și nu va reuși nici în viitor să asigure rezolvarea tuturor nevoilor, reale sau doar percepute, la nivelul cel mai ridicat.

Este **preponderent rolul asistenței primare** să distingă între o nevoie reală și una ipotetică, așa cum uneori trebuie identificată o nevoie nepercepută, pentru a transforma nevoile reale, atât cele obișnuite cât și cele excepționale, în **cereri valide de îngrijiri de sănătate**.

Medicul de familie este excepțional de bine plasat în această poziție pentru a gestiona echilibrat nevoile pentru individ și cererile către sistem, dar deocamdată nu este suficient ajutat și stimulat pentru aceasta. Dezvoltarea acestei specialități și **poziționarea clară a medicului de familie drept "gate-keeper" al sistemului de sănătate**, cu drepturi, îndatoriri și pârghii corespunzătoare ar fi un progres important în sistemului de îngrijire a sănătății din România.

**Farmacistul, fiind cel mai accesibil profesionist din sănătate** pentru cetățean (mai accesibil chiar decât medicul de familie), ar putea juca un rol mai important, pe lângă îndatoririle consacrate, tocmai în zona nevoilor nevalidate de medicul de familie, dar pe care persoana dorește sau este nevoită să le rezolve, de obicei pe cont/cost propriu. Încrederea și cunoașterea persoanei, ca și competența și sprijinul farmacistului (de cele mai multe ori reprezentat de sfaturi) sunt ingredientele pe care profesia poate evolua în continuare, cantonarea doar în zona de eliberare a medicamentelor ducând în mod inevitabil la erodarea prestigiului și atractivității acestei profesii și la văduvirea sistemului de sănătate de un ajutor prețios.

**Echilibrul financiar al sistemului de îngrijiri de sănătate în timp** se poate realiza prin gestiunea corectă a **relațiilor dintre venituri** (pe categorii socio-economice, asigurați și neasigurați) și **costuri** (pe tipuri de afecțiuni).

Categoriile socio-economice trebuie definite mai exact și cu un acord larg, în așa fel încât să reflecte relațiile de muncă (realizare de venituri), de familie, accentul pe copii și

vârstnici, cu sau fără grupuri privilegiate. Veniturile sistemului de îngrijiri de sănătate trebuie **completate din bugetul de stat pentru neasigurați și eventuale grupuri privilegiate**, în condițiile în care considerăm importantă acordarea asistenței primare integral și gratuit, indiferent de apartenența la categorii socio-economice sau statutul de asigurat.

Costurile trebuie echilibrate pe tipuri de afecțiuni (utilizând clasificări consacrate) analizând evoluția acestora în timp, nu pe act medical, evitând riscul de a avea unele acte medicale necesare nerentabile, respectiv de a crește artificial rentabilitatea altor acte medicale.

## **1.2. Finanțarea și organizarea îngrijirilor de sănătate**

Deși există numeroase clasificări ale sistemelor de îngrijiri de sănătate după diverse criterii, am optat pentru cea care descrie esențial 3 lucruri: reglementarea, finanțarea și furnizarea serviciilor de sănătate (care nu sunt complet independente, dar urmează o ordine clară, la fiecare dintre ele răspunsul putând fi stat/societate/privat), care în țările OECD (cele mai dezvoltate țări de pe mapamond) se regăsesc astfel:

a) **Modelul Bismarck**, la care finanțarea este realizată preponderent de societate, iar furnizarea serviciilor este preponderent privată, care cuprinde subtipurile:

i. **Asigurări sociale de sănătate (ASS)**: reglementarea este realizată de societate (Austria, Elveția, Germania, Luxemburg);

ii. **Asigurări sociale de sănătate etatiste (ASSE)**: reglementarea este realizată de stat (Belgia, Republica Cehă, Coreea de Sud, Estonia, Franța, Israel, Japonia, Olanda, Polonia, Slovacia, Ungaria);

b) **Modelul Beveridge**, la care reglementarea și finanțarea este realizată preponderent de stat, care cuprinde subtipurile:

iii. **Serviciul național de sănătate (SNS)**: furnizarea serviciilor este realizată preponderent de unități publice (Danemarca, Finlanda, Islanda, Norvegia, Marea Britanie, Portugalia, Spania, Suedia);

iv. **Asigurări naționale de sănătate (ANS)**: furnizarea serviciilor este realizată preponderent de unități private (Australia, Canada, Irlanda, Italia, Noua Zeelandă);

c) **Modelul american**, la care reglementarea, finanțarea și furnizarea serviciilor sunt toate în regim privat (S.U.A.).

Lipsește din această clasificare Slovenia - care încearcă să combine mai multe modele - și Chile, Grecia, Mexic, Turcia (cu date insuficiente și fragmentare excesivă).

Dincolo de model, limitând analiza la țările Uniunii Europene și aprofundând-o, din punct de vedere economic, acestea pot fi grupate în 5 clustere:

a) PIB/capita mare, creștere PIB mică, datorie publică medie:

1. **Austria-Germany**: șomaj mic (Austria, Germania);
2. **Central Northern**: șomaj mediu (Belgia, Danemarca, Finlanda, Franța, Irlanda, Luxemburg, Olanda, Suedia, Marea Britanie)

b) PIB/capita mediu, creștere PIB medie, șomaj mare, datorie publică mare:

3. **Southern**: (Cipru, Grecia, Italia, Malta, Portugalia, Spania);

c) PIB/capita mic, șomaj mediu, datorie publică mică:

4. **Eastern A**: creștere PIB mare (Bulgaria, Letonia, Lituania, Slovacia, România, Ungaria);
5. **Eastern B**: creștere PIB mică (Croatia, Estonia, Polonia, Republica Cehă, Slovenia).

Performanța sistemelor de sănătate, analizând sumar 4 indicatori importanți (mortalitate prematură, speranța de viață, mortalitate infantilă, DALY) ale acestor clustere este următoarea:

a) Relativ ridicată (mortalitate prematură mică, speranța de viață mare, mortalitate infantilă mică, DALY redus): Austria-Germany, Central Nordic, Southern;

b) Medie (mortalitate prematură medie, speranța de viață medie, mortalitate infantilă mică, DALY mediu): Eastern B;

c) Relativ redusă (mortalitate prematură mare, speranța de viață mică, mortalitate infantilă mare, DALY ridicat): Eastern A.

România, care are ca model asigurările sociale de sănătate etatiste, face parte din clusterul Eastern A, iar performanța sistemului românesc de sănătate este sub media acestuia.

### 1.3. Resursele de îngrijiri de sănătate și utilizarea lor

Există mai multe profile între țările “vest-europene”, din motive istorice, culturale, politice și economice, ca și datorită unor decizii strategice, astfel:

- Focus pe asistență primară: Franța, Belgia, Irlanda, Olanda, Portugalia;
- Focus pe asistență secundară: Cipru, Grecia;
- Focus pe asistență terțiară: Italia și Spania, parțial Danemarca, Marea Britanie și Suedia;
- Nivele relativ echilibrate: Germania, Austria, Finlanda.

Țările est-europene, care toate au experimentat organizarea pe model sovietic, au oarecare diferențe între ele, astfel:

- Nivele relativ echilibrate: Cehia, Croația, Estonia, Slovenia;
- Nivele relativ echilibrate, dar deficitare: Polonia, Ungaria, Slovacia, România;
- Focus relativ pe asistență terțiară: Bulgaria, Letonia, Lituania.

În ceea ce privește România, comparația cu media UE arată astfel:

### **1) În general:**

- a) Număr medici/100.000 locuitori: sub media UE cu 17,3%
- b) Rata specialiști/generaliști: peste media UE cu 15,4%
- c) Distribuția medicilor pe grupe de vârstă (peste 55 ani): sub media UE cu 39,4%
- d) Număr consultații/locuitor: sub media UE cu 29,7%
- e) Număr asistenți medicali/100.000 locuitori: sub media UE cu 35,2%

### **2) Asistență primară:**

- a) Medicina de familie:
  - i) Număr medici de familie/100.000 locuitori: sub media UE cu 20,4%
  - ii) % consultații la medicul de familie în ultima lună: sub media UE cu 39,6%
  - iii) % consultații la medicul de familie în ultima lună pe grupe de vârstă: mult sub media UE la grupele de vârstă între 15-55 ani
- b) Farmacie comunitară:
  - i) Număr farmacii/100.000 locuitori: peste media UE cu 44,7%
  - ii) Număr farmaciști/100.000 locuitori: în media UE

### **3) Asistență secundară:**

- a) Medicina de specialitate:
  - i) Număr medici specialiști/100.000 locuitori: sub media UE cu 9,6%
  - ii) % consultații la medicul specialist în ultima lună: sub media UE cu 77,1%
- b) Medicina dentară:
  - i) Număr medici dentiști/100.000 locuitori: peste media UE cu 15,0%
  - ii) Număr consultații/locuitor/an: sub media UE cu 66,7%
- c) Analize de laborator și alte metode de diagnostic:
  - i) Teste diagnostic primar: în media UE
  - ii) Servicii de referință națională de laborator microbiologic: în media UE



iii) Sprijin supraveghere și răspuns epidemic: în media UE

#### 4) Asistență terțiară:

a) Medicina de specialitate:

i) Număr paturi spital/100.000 locuitori: peste media UE cu 39,2%

ii) Număr paturi spital/spital: peste media UE cu 44,7%

iii) Număr medici spital/100.000 locuitori: sub media UE cu 25,6%

iv) Număr asistenți spital/100.000 locuitori: sub media UE cu 9,1%

v) Număr externări/100.000 locuitori: peste media UE cu 28,7%

b) Farmacia de spital: nu avem date comparative

c) Îngrijiri paleative: sub media UE, nu avem date comparative.

Deși în Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 era prevăzută **inversarea piramidei din sistemul de sănătate**, cu reducerea accentului pus pe spital în favoarea asistenței primare și secundare, acest lucru nu s-a întâmplat, ceea ce arată că dificultățile, neînțelegerile și obstacolele din sistemul de sănătate românesc sunt și vor rămâne semnificative și în viitor.

#### 1.4. Prevenția

Mai mult de jumătate din toate decesele din România (62%, față de media UE de 44%) pot fi atribuite factorilor de risc comportamentali:

- Dietă neadecvată: România cu 27% este mult peste media UE de 18%;
- Fumat: România cu 17% este în media UE de 17%;
- Consum de alcool: România cu 14% este mult peste media UE de 6%;
- Activitate fizică redusă: România cu 4% este peste media UE de 3%;

O bună activitate de prevenție are drept rezultat scăderea în timp a incidenței multor afecțiuni, ceea ce degreveză sistemul de îngrijiri de sănătate de cheltuieli viitoare și are ca efect un randament mult mai bun pe termen mediu și lung. Aceasta se poate îmbunătăți prin creșterea numărului consultațiilor periodice la medicul de familie pentru grupele de vârstă sub 55 ani și prin organizarea activităților de screening periodice la nivelul asistenței primare și secundare la grupele de risc pe direcția **afecțiunilor ce pot fi depistate relativ simplu și într-un stadiu incipient**. Realizarea depistării precoce a mai multor afecțiuni și tratarea lor corectă poate îmbunătăți mult mortalitatea prematură în România, ca și calitatea vieții celor identificați,

ajutând în același timp munca medicilor și scăzând costurile totale din sistem prin scăderea prezentării cazurilor de pacienți în stadii avansate ale bolii.

Pe scurt, pledăm pentru **creșterea rolului medicului de familie și a farmacistului în activitatea de prevenție**, ca fiind categoriile de personal cele mai numeroase și cele mai apropiate de cetățean, aspect extrem de **important și înainte și după ce acesta devine pacient**.

### **1.5. Accesul la îngrijiri de sănătate**

Acoperirea nevoilor de îngrijiri de sănătate permite accesul la bunuri medicale și servicii și oferă protecție financiară împotriva bolii neașteptate sau grave.

România cu un grad de acoperire de 86.0% din populație (94,9% în mediul urban și 75,8% în mediul rural) este **una din țările europene cu cele mai mici grade de acoperire**, media UE fiind de 98,1%, iar cea a clusterului Estic A de 90,6%.

Toate țările europene susțin echitatea accesului la sănătate și grija pentru toți oamenii ca obiectiv politic important. La ce nivel este atins acest obiectiv e de discutat; se poate măsura prin raportarea privind nevoile neîndeplinite de îngrijire a sănătății, unde România înregistrează 15,5% nevoi neîndeplinite, aspect la care manifestăm rezerve în condițiile în care media UE este de 24,9%. Pentru a accede la îngrijiri de sănătate ne-gratuite sau pentru a completa costul unor îngrijiri (produse și servicii) de sănătate care fac obiectul unor coplăți, oamenii sunt nevoiți sau dispuși, după caz, să facă anumite cheltuieli direct din buzunarul propriu, media UE fiind de 2,4% din venitul familiei; România înregistrează aici 1,7% (unde avem din nou rezerve), din care majoritatea pe medicamente (75%).

Cu toate acestea, **gradul de utilizare a medicamentelor Rx este mult redus în România (22,8% din populație) față de media UE (48,7% din populație)**, ceea ce ridică un important semn de întrebare atât pentru acoperirea din punct de vedere al consultației, diagnosticului și tratamentului de către medici, cât și asupra disponibilității și accesibilității tratamentului medicamentos în sistemul de îngrijiri de sănătate din România.

### **1.6. Cheltuieli de sănătate**

România se situează **pe ultima poziție în UE în privința cheltuielilor totale pentru sănătate**, cu 582 EUR/locuitor în 2018 față de media UE de 3.070 EUR/locuitor. Sigur că mare parte din această situație se datorează poziției economice a României, dar ca alocare din PIB

România ocupă penultima poziție cu 5,5% din PIB în 2018 (față de media UE de 9,9% pe ultimii 5 ani) doar datorită faptului că Luxemburg, care se află pe ultima poziție, este singura țară europeană cu PIB/locuitor peste 100.000 EUR. Neputând spera într-o modificare bruscă și pozitivă nici a situației economice, nici a situației sănătății în România, avem nevoie totuși de o direcție și o bună înțelegere pentru a avea un progres.

Diferența între modele se face în alocarea resurselor după schema de finanțare, în UE situația sumară prezentându-se astfel:

Model/ Țară	Alocare Guvern	Asigurări Obligatorii	Alte Asigurări/ Contribuții	Cheltuieli Buzunar	Instituțional/ Buzunar
<b>Model Bismarck</b>	<b>8%</b>	<b>64%</b>	<b>10%</b>	<b>18%</b>	<b>4,64</b>
ASS:	9%	68%	6%	16%	5,11
ASSE:	8%	60%	13%	19%	4,27
<b>România:</b>	<b>16%</b>	<b>64%</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>	<b>3,93</b>
<b>Model Beveridge</b>	<b>75%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>24%</b>	<b>3,14</b>
SNS:	75%	2%	0%	23%	3,27
ANS:	74%	0%	0%	26%	2,83

Se observă o corelare bună, atât la nivel de model cât și la nivel de țară, a **raportului sumă cheltuieli instituționale** (alocare guvern + asigurări obligatorii + alte asigurări/contribuții)/ **cheltuieli din buzunar** cu performanța sistemului și satisfacția beneficiarilor, ceea ce nu este deloc surprinzător; cel mai bun model din acest punct de vedere se reliefează ASS (5,11), iar cel care reușește să echilibreze cel mai puțin acest raport este ANS (2,83).

În acest context, în ceea ce privește România, o direcție promițătoare este reducerea alocării de către guvern, creșterea penetrării asigurărilor obligatorii și introducerea eficiență a asigurărilor private (complementare) pentru a îmbunătăți semnificativ finanțarea sănătății.

### 1.7. Strategie de sistem

La resursele de îngrijiri de sănătate, comparația României cu media UE, chiar dacă relevă câteva slăbiciuni și zone de îmbunătățit, arată totuși că nu suntem prea departe de nivelul european. La finanțare și organizare însă, lucrurile nu stau la fel de bine, dar nu sunt nici simplu de înțeles, acceptat și perfecționat.

Dilema sistemului de sănătate din România din ultimii 20 ani a fost că a încercat (nu neapărat conștientizând acest lucru) **să transforme un model de securitate socială într-un**

**model de serviciu național de sănătate.** Datorită contradicțiilor dintre cele două modele, această încercare avea, bineînțeles, șanse minime de reușită.

Pentru o evoluție reușită a sistemului de îngrijire a sănătății este nevoie să se răspundă clar la următoarele întrebări fundamentale, iar consecințele trebuie asumate în timp:

1. Ce grup de persoane vrea sistemul de sănătate să protejeze: **toți cetățenii, cei asigurați sau cei vulnerabili?**
2. Ce sector este mai important în furnizarea serviciilor: **cel privat sau cel public?**
3. Cum este intervenția statului în administrarea finanțării sănătății: **concentrată sau dispersată?**

Cu răspunsurile României din ultimii 20 ani (să protejăm toți cetățenii, sectorul public e cel mai important, statul intervine concentrat) rezumate de autor, modelul adecvat ar fi fost serviciul național de sănătate, însă a aloca 7-8 mld. EUR din taxe pentru această abordare utopică nu este realist. Pentru modelul de securitate socială, răspunsurile sunt: să protejăm pe cei asigurați, sectorul privat este cel mai important, iar în funcție de intervenția statului avem asigurări sociale etatiste (statul intervine concentrat) sau asigurări sociale de sănătate clasice (statul intervine dispersat). Credem că este cazul să renunțăm la nostalgia serviciului național de sănătate, să întărim modelul asigurărilor sociale etatiste în care suntem și să sperăm că vom putea evolua către modelul clasic, pe măsură ce statul va învăța să intervină dispersat.

Ca urmare, pledăm pentru protecția asiguraților (cu măsuri complementare ca decontarea din bugetul de stat a asistenței primare pentru cei neasigurați), pentru recunoașterea rolului sectorului privat și reconcilierea cu cel public (introducerea asigurărilor private pentru asistența secundară și terțiară, cu tratarea omogenă a entităților ca furnizori de servicii medicale, indiferent de sector), ca și pentru intervenția dispersată (începând cu re poziționarea instituțională corectă între Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate).

## **2. România - Demografie și Geografie**

Din punct de vedere demografic, după două perioade istorice care au dus la creșterea populației, România se confruntă în noul secol cu o reducere a numărului de locuitori, atât printr-un spor natural negativ, cât și prin pusee migraționale; perspectiva de a avea 16 mil. locuitori în 2050 nu este de natură să ne bucure și se anunță o provocare majoră pentru sistemele sociale importante: educație, sănătate și pensii.

Din punct de vedere geografic, România este o țară mijlocie ca întindere și prezintă variații zonale semnificative. Organizarea teritorială actuală pe județe este un subiect de evoluție ulterioară, județul fiind o unitate prea mică ca să asigure servicii la toate nivelele (ex. un spital multi-disciplinar performant), existând în același timp și diferențe semnificative între județe (suprafață, populație, economie locală).

În România există **3.181 unități administrativ- teritoriale (UAT)**, din care 103 municipii, 217 orașe (în total 320 localități urbane) și 2.861 comune. Numărul localităților din țară, incluse în cele 3.181 UAT, este de 13.750, iar numărul mediu de sate este de 4,4 sate/comună la nivel național. Este de menționat inconsistența situației administrative actuale, în care avem un număr de sate care aparțin din punct de vedere administrativ de orașe (în medie de 2,9 sate/oraș), iar ele sunt înțelese în mod uzual ca fiind mediu rural, ceea ce poate ridica anumite probleme la aplicarea unor măsuri. Dar marea problemă este reprezentată de localitățile rurale cu un număr prea mic de locuitori pentru a fi sustenabile, peste jumătate (52,7%) din satele României având sub 500 locuitori, iar 12,8% având sub 100 locuitori.

Pentru a analiza sistematic și relevant situația, am construit un cadru geografic și demografic, util pentru omogenizarea asistenței primare, astfel:

- **Axa demografică** (tipul și mărimea UAT, după numărul de locuitori):
  - U1 = Orașe foarte mari: peste 200.000 locuitori;
  - U2 = Orașe mari: între 100.000-200.000 locuitori;
  - U3 = Orașe medii-mari: între 50.000-100.000 locuitori;
  - U4 = Orașe medii-mici: între 20.000-50.000 locuitori;
  - U5 = Orașe mici: între 10.000-20.000 locuitori;
  - U6 = Orașe foarte mici: între 5.000-10.000 locuitori;
  - U7 = Orașe extrem de mici: sub 5.000 locuitori.
  - R1 = Comune foarte mari: peste 10.000 locuitori;
  - R2 = Comune mari: între 5.000-10.000 locuitori;
  - R3 = Comune medii : între 2.500-5.000 locuitori;
  - R4 = Comune mici: între 1.000-2.500 locuitori;
  - R5 = Comune foarte mici: sub 1.000 locuitori.
- **Axa geografică** (euroregiunile convenționale actuale): București, Centru, Nord-Est, Nord-Vest, Sud, Sud-Est, Sud-Vest, Vest.

## II – CONTRIBUȚIA PERSONALĂ

### 3. Ipoteza de Lucru și Obiectivele Generale

Considerând că perspectiva sistemului de îngrijiri de sănătate din România, ca și starea de sănătate a românilor nu se poate îmbunătăți fără **o îmbunătățire semnificativă și sustenabilă a asistenței primare**, am propus următoarea secvență:

i. Clarificarea fundamentelor geografice și demografice care conturează provocările rețelei de asistență primară (medicina de familie și farmacia comunitară);

ii. Optimizarea rețelei de farmacii comunitare funcție de numărul de locuitori, în două scenarii:

**A. O farmacie la 3.300 de locuitori** (în media UE, mai departe de situația actuală);

**B. O farmacie la 2.500 locuitori** (sub media UE, mai aproape de situația actuală);

Un scenariu peste media europeană (de tip Nordic), cu un număr relativ redus de farmacii de talie mai degrabă mare, ni se pare puțin realist ținând cont de diferențele multiple de abordare între cele două culturi și zone geografice și în același timp ar fi și foarte greu de implementat.

iii. Corelarea numărului de farmacii și farmaciști necesar pentru susținerea acestei rețele cu celelate variabile-cheie (finanțare, politică de preț și adaosuri) și domenii adiacente (distribuție, producție, învățământ superior);

iv. Optimizarea rețelei de medici de familie funcție de numărul de locuitori, într-un singur scenariu: **un medic de familie la 1.600 ± 400 locuitori** (peste media UE, dar mai aproape de medie și nu departe de situația actuală);

v. Corelarea numărului de medici de familie (și cabinetelor lor) cu variabile-cheie (număr și nivel servicii, finanțare) și domenii adiacente (învățământ superior).

#### **4. Metodologia Generală a Cercetării**

Această lucrare este rezultatul unei documentări exhaustive, care a beneficiat și de experiența directă de lucru anterioară a autorului.

Problematica sistemelor de sănătate este vastă, iar abordarea lor este de cele mai multe ori punctuală, pentru clarificarea sau rezolvarea unei sau câtorva probleme.

Nu avem o tradiție în acest domeniu, iar discuțiile sunt de cele mai multe ori fie punctuale, fie subiective, având prea puțin de a face cu o abordare sistemică.

Nu avem un număr de indicatori consacrați pe scară largă și nu avem obișnuința de a lucra cu ei sau a ne baza deciziile pe evoluția acestora.

Pentru realizarea lucrării am folosit câteva surse importante de date: **Eurostat** (serii de date necesare pentru poziționarea României față de țările membre UE), **Comisia Europeană** (materiale de sinteză, care permit o bună înțelegere a situațiilor complexe), **OECD** (perspectiva globală asupra țărilor care au depășit un anumit nivel de dezvoltare), **INS** (date demografice și structura teritorială a României), **Ministerul Sănătății** (date privind autorizarea farmaciilor), **Cegedim** (detalii specifice domeniului farmaceutic), **CNAS** (valori și evoluții din domeniul îngrijirilor de sănătate susținute public).

Poziționarea României față de țările UE s-a realizat folosind datele țării noastre, media UE și media celor 5 cluster europene relevante.

Poziționarea față de medie este o modalitate frecventă utilizată în analiza comparativă, în majoritatea cazurilor care utilizează serii de date.

Din datele demografice și geografic-administrative s-a realizat un cadru sintetic, având pe axa demografică mărimea UAT (7 categorii pentru urban și 5 categorii pentru rural), iar pe axa geografică cele 8 euroregiuni, în interiorul căruia s-a analizat situația actuală și s-au simulat corespunzător variantele de lucru.

Mare parte a concluziilor rezultă direct din analiza acestor date prelucrate, iar câteva poartă amprenta experienței directe, fiind susținute de datele prelucrate corespunzător, în măsura disponibilității acestora.

## **5. Contribuții privind Fundamentarea Sustenabilă a Sub-Sistemului Farmaceutic**

### **5.1. Introducere**

Ca idee integratoare, pledăm pentru **recunoașterea farmacistului și a medicului de familie ca piloni importanți în comunitățile lor, în special în cele mici și mijlocii.**

În acest capitol s-au analizat aspectele cantitative și financiare ale rețelei farmaceutice comunitare și s-a propus optimizarea acestora.

De asemenea, s-au analizat corelațiile între aceasta și politicile de finanțare, preț, adaos și marjă, ca și legătura dintre rețeaua farmaceutică comunitară și distribuție, respectiv producție (pe termen scurt și mediu) și învățământul farmaceutic superior (pe termen mediu și lung).

### **5.2. Material și metodă**

S-au utilizat datele disponibile pentru următoarele direcții:

- i. Optimizarea rețelei de farmacii comunitare (ca număr și acoperire în teritoriu):
  - a. Număr de localități, tipuri de localități și relația dintre ele, ediția 2016;
  - b. Numărul de locuitori, ediția 2016 pentru rural și ediția 2020 pentru urban;
  - c. Numărul de farmacii autorizate, ediția 2016.
- ii. Corelarea costurilor rețelei de farmacii cu veniturile:
  - a. Ipoteze de dimensionare a farmaciei (program/personal) și a costurilor medii;
  - b. Structura vânzărilor și marjelor farmaciilor la nivel național, între 2018-2020;
- iii. Corelarea politicilor care influențează veniturile disponibile:
  - a. Politica de prețuri la medicamentele Rx;
  - b. Politica de adaosuri (marje) la medicamentele Rx;
- iv. Corelarea politicilor care influențează resursele umane disponibile:
  - a. Numărul existent de farmaciști;
  - b. Numărul de absolvenți de Farmacie (și rata de înlocuire a farmaciștilor).

Ca metode, am folosit **analiza, într-un cadru demografic și geografic relevant**, atât a situației actuale cât și ale celor două variante de lucru, în ceea ce privește dispunerea farmaciilor în teritoriu, respectiv **simularea corelațiilor dintre costuri, venituri și politicile** (parametrii) cu relevanță, pentru a puncta influența acestora în ceea ce privește evoluția rețelei de farmacii comunitare.



### 5.3. Rezultate

Conform reglementărilor în vigoare (în București - o farmacie la 3.000 de locuitori, în orașele reședință de județ - o farmacie la 3.500 de locuitori, în celelalte orașe - o farmacie la 4.000 de locuitori) ar fi trebuit să avem **3.101 farmacii în mediul urban**. Extinzând reglementarea de la alte orașe și la mediul rural, obținem și **2.425 farmacii în mediul rural**, respectiv un **total de 5.526 farmacii**.

Conform datelor disponibile, în 2016 aveam exact **9.000 farmacii autorizate**, din care **cca 8.000 sunt în prezent active**.

Analizând în detaliu situația, putem observa următoarele:

a) **Sunt autorizate mult mai multe farmacii decât este reglementat** (cu 77.4% în exces mediul urban, cu 49.1% în mediul rural, respectiv **65.1% în total**) astfel:

#### **i. Din punct de vedere al mărimii localității (nr. locuitori):**

- U1 = Orașe foarte mari (peste 200.000 locuitori):	+ 76,2%
- U2 = Orașe mari (între 100.000-200.000 locuitori):	+ 91,3%
- U3 = Orașe medii-mari (între 50.000-100.000 locuitori):	+103,1%
- U4 = Orașe medii-mici (între 20.000-50.000 locuitori):	+ 71,1%
- U5 = Orașe mici (între 10.000-20.000 locuitori):	+ 53,1%
- U6 = Orașe foarte mici (între 5.000-10.000 locuitori):	+ 44,2%
- U7 = Orașe extrem de mici (sub 5.000 locuitori):	+ 51,7%
- R1 = Comune foarte mari (peste 10.000 locuitori):	+121,1%
- R2 = Comune mari (între 5.000-10.000 locuitori):	+ 62,7%
- R3 = Comune medii (între 2.500-5.000 locuitori):	+ 42,6%
- R4 = Comune mici (între 1.000-2.500 locuitori):	+ 8,7%
- R5 = Comune foarte mici (sub 1.000 locuitori):	- 58,8%

**ii. Regional:** variații mai omogene (București-Ilfov +76,8%, Centru +54,0%, Nord-Est +44,5%, Nord-Vest +80,5%, Sud +50,8%, Sud-Est +71,7%, Sud-Vest +76,8%, Vest +52,4%)

b) **Există 1.092 UAT care nu au farmacie autorizată** (1 oraș și 1.091 comune), care au **peste 2,44 milioane locuitori**, care înseamnă **12,0% din populația totală**, a căror dispunere regională este următoarea: București-Ilfov (2,881), Centru (323,198), Nord-Est (513,520), Nord-Vest (229,855), Sud (388,104), Sud-Est (402,684), Sud-Vest (335,238), Vest (249,613).

Prima variantă de lucru este **o farmacie la 3.300 locuitori (A, în media europeană)**.

Rezultatele aplicării sistematice ale acestei reglementări ar duce la un număr de **6.337 farmacii**, 3.323 în mediul urban și 3.014 în mediul rural.

Este o variantă ceva mai puțin costisitoare, însă dificil de implementat, datorită numărului semnificativ mai mare de farmacii în funcțiune, caz în care regulile de reducere a farmaciilor deja autorizate nu sunt simplu de elaborat și de aplicat.

Totuși, în această variantă ar rămâne **197 comune fără farmacii** (doar din cele mici și foarte mici) care au **sub 1.650 locuitori** și nu se califică prin această regulă.

A doua variantă de lucru este **o farmacie la 2.500 locuitori (B, sub media europeană)**.

Rezultatele aplicării sistematice ale acestei reglementări ar duce la un număr de **8.266 farmacii**, 4.388 în mediul urban și 3.878 în mediul rural.

Este o variantă ceva mai costisitoare, însă mai ușor de implementat, datorită diferențelor mai mici între reglementare și numărul de farmacii în funcțiune, caz în care regulile de reducere a farmaciilor existente ar avea o sferă de aplicare mult redusă.

Totuși, și în varianta B ar rămâne **108 comune (doar din cele mici și foarte mici) care au sub 1.250 locuitori** și nu se califică prin această regulă.

#### **5.4. Discuții**

Situația actuală, cu depășirea flagrantă la nivel de autorizare, a dus numărul de farmacii peste dublul reglementării în unele localități, lăsând în același timp multe localități neacoperite, unde accesul pacienților la medicament este dificil. Starea actuală este necorespunzătoare, chiar critică și necesită o nouă reglementare, care să fie și aplicată corespunzător. Dar a analiza doar numărul de farmacii nu este suficient, trebuie să înțelegem atractivitatea și sustenabilitatea acestei activități.

Atractivitatea farmaciei este **semnificativ afectată de politicile represive de preț** (preț minim european) **și marjă** (doar 11,3% în medie pentru 2018-2020) pentru cea mai importantă categorie de produse, **medicamentele Rx**, care reprezintă peste 60% din vânzări în unități și peste 70% în valoare, în timp ce restul medicamentelor rămân nereglementate. Această marjă, insuficientă pentru o activitate corespunzătoare și atractivă, nu poate fi suplinită decât parțial din vânzările de produse OTC și parafarmaceutice.

În aceste condiții, venitul mediu al unui farmacist a fost relativ redus în perioada analizată (estimat la cca. 2.700 lei salariu fix net, plus un potențial de câștig suplimentar de cca. 1.000 lei din ore de week-end și/sau bonus), ceea ce situează **farmacistul în zona câștigului salarial mediu (84-118%) în România**. Această atractivitate redusă nu este de natură să genereze prea mult interes și entuziasm pentru această profesie și explică numărul din ce în ce mai mic de candidați pentru învățământul superior farmaceutic.

Pentru a remedia această situație, am calculat pentru medicamentele Rx un **necesar de marjă procentuală pentru farmacie de 18,9% pentru varianta A și 19,3% pentru varianta B**, pentru a putea susține personalul și programul farmaciilor funcție de mărimea acestora. Acest necesar de marjă nu poate fi obținut decât fie direct, prin adoptarea unei politici de adaos/marjă mult îmbunătățite, fie indirect, prin adoptarea unei “**taxe pe rețetă**“, care să nu fie dependentă de produs sau de cantitatea acestuia, dar să fie alocabilă segmentului Rx și să reflecte timpul și atenția necesare pentru eliberarea și urmărirea tratamentului Rx, pentru îmbunătățirea complianței la tratament a unui număr important de pacienți. Cu siguranță propunerea de taxă pe rețetă se va lovi de aceeași argumentație de natură bugetară, însă ar putea fi promovată cu potențialul ei de reglare, pentru rețetele ieftine fiind achitată de CNAS, iar pentru cele scumpe de pacient.

Pentru distribuție, adaosul actual este suficient (7,3%), dar ar putea fi mai bine aplicat, pentru a păstra interesul distribuitorilor pentru treimea inferioară de preț.

Pentru producătorii de medicamente ar fi extrem de importantă o evoluție de la politicile actuale, în sensul schimbării modului de calcul de la minim european la **media europeană pentru medicamentele ieftine** (sub 50-100 lei), respectiv o abordare mai bine fundamentată pentru medicamentele scumpe (peste 1.000 lei), eventual cu o **plafonare a tratamentului total lunar** (în intervalul 25.000-35.000 EUR/QALY sau 2.000-3.000 EUR pe pacient pe lună).

## **5.5. Concluzii**

Situația actuală este destul de critică, în sensul în care reglementările în vigoare nu sunt respectate într-o proporție îngrijorătoare, iar abordarea pur comercială a dus în zonele cu potențial comercial la o concurență acerbă, lăsând în același timp mai mult de o treime din comunele din România (respectiv peste 2,4 mil. locuitori) neacoperite de farmacii.

Între cele 2 variante de lucru propuse, diferențele nu sunt atât de mari:

- **Varianta A** e ceva mai puțin costisitoare, necesită mai puțini farmaciști și ar avea nevoie de o creștere mai mică a marjei Rx pentru a reface o parte din atractivitatea activității în farmacie, acoperirea rezultată fiind rezonabilă, dar mai redusă decât în varianta B;
- **Varianta B** e puțin mai costisitoare, necesită ceva mai mulți farmaciști și ar avea nevoie de o creștere mai mare a marjei Rx pentru a reface o parte din atractivitatea activității în farmacie, acoperirea rezultată fiind mai bună decât în varianta A.

Dar există o diferență majoră între normalitate (fie A sau B) și situația actuală, determinată de **marja redusă a principalului segment de activitate din farmacie, medicamentele Rx**. Politicile ostile de prețuri și de marjă pentru medicamentele Rx au dus la o scădere accentuată a atractivității profesiei de farmacist, reflectată în primul rând de câștigul salarial mediu care a scăzut în timp, situându-se în jurul mediei naționale (84-118%) în perioada analizată (2018-2020), ceea ce justifică scăderea interesului generațiilor tinere de a îmbrățișa profesia de farmacist. Fără creșterea marjei Rx, atractivitatea farmaciei, și așa scăzută, va continua să scadă.

O variantă interesantă ar fi înlocuirea unei mari părți a creșterii marjei Rx cu o “taxă pe rețetă”, pe care ideal ar introduce-o casele de asigurări în schema de remunerare a farmaciei sau, mai realist, casele de asigurări o pot împărți cu pacientul în funcție de valoarea totală a rețetei într-un mod care să contrabalanseze tendința spre rețete scumpe și gratuite.

Marja de distribuție ar putea fi normalizată simplu, printr-o regresivitate mai bună, menținând interesul distribuitorilor pentru jumătatea inferioară a pieței ca nivel de preț.

Politica de prețuri trebuie neapărat modificată, pentru a nu asista la deteriorarea continuă a situației, rezolvându-se complet și ușor problemele de disponibilitate pentru medicamentele până în (cel puțin) 50 lei, pentru a ne asigura toate tratamentele de bază în proporție de masă, prin **modificarea regulii de fixare a prețului la media europeană**; rămâne deschisă pentru discuții suplimentare modalitatea cea mai bună de rezolvare a utilizării medicamentelor foarte scumpe, care au **o problemă reală de accesibilitate**.

Numărul absolvenților de învățământ superior farmaceutic ar trebui ajustat la nevoile și posibilitățile reale ale pieței din România. Îmbunătățirea condițiilor pentru activitatea de farmacie ar putea readuce interesul pentru această profesie la un nivel mult mai rezonabil decât cel actual.

## **6. Contribuții privind Fundamentarea Sustenabilă a Sub-Sistemului Medicinii de Familie**

### **6.1. Introducere**

La fel ca în capitolul anterior, pledăm pentru **recunoașterea medicului de familie și a farmacistului ca piloni importanți în comunitățile lor, în special în cele mici și mijlocii.**

În acest capitol s-au analizat aspectele cantitative și financiare ale rețelei de medici de familie și s-a propus optimizarea acestora.

### **6.2. Material și metodă**

În acest capitol s-au utilizat datele disponibile pentru următoarele direcții:

- i. Optimizarea rețelei de medici de familie (ca număr și acoperire în teritoriu):
  - a. Număr de localități, tipuri de localități și relația dintre ele (sat – comună/oraș – județ – regiune), ediția 2016;
  - b. Numărul de locuitori, separat pe fiecare localitate și agregat pe unitățile teritoriale mai mari, ediția 2016 pentru rural și 2020 pentru urban;
  - c. Numărul de medici de familie sub contract cu casele județene de asigurări de sănătate (date disponibile pe județ, la nivelul CJAS - 2021);
- ii. Corelarea politicilor care influențează resursele umane disponibile:
  - d. Numărul existent de medici;
  - e. Numărul de absolvenți de Medicină (și rata de înlocuire a medicilor).

Ca metode, am folosit **analiza, într-un cadru demografic și geografic relevant**, atât a situației actuale cât și ale variantei de lucru, în ceea ce privește dispunerea medicilor de familie în teritoriu, respectiv **simularea corelațiilor dintre numărul și dispunerea medicilor de familie și politicile** (parametrii) cu relevanță, pentru a puncta influența acestora în ceea ce privește evoluția rețelei de medicină de familie.

### **6.3. Rezultate**

Conform reglementărilor existente (aplicând regulile din mediul urban – 1.800 pacienți optim, 800 minim și 2.200 maxim – și în mediul rural) am fi putut, la o populație de 20,4 mil. locuitori în 2020, să avem între 9.399-25.831 medici de familie. După datele oficiale, România figurează în statisticile europene cu 12.026 medici de familie și 2.865 medici cu specialități

similare medicinei de familie, coerente cu datele Colegiului Medicilor, respectiv 14.400 medici de familie/medicină generală.

După verificarea amănunțită a celor mai recente date (CJAS, majoritatea din martie-aprilie 2021), am descoperit că există **doar 9.963 medici de familie activi** (în contract cu CNAS), repartizați astfel: 5.934 medici de familie activi în mediul urban (cu un număr mediu 1.848 de pacienți) și 4.029 medici de familie activi în mediul rural (cu un număr mediu 2.307 de pacienți). Diferența majoră dintre datele oficiale și datele din teren poate fi explicată prin faptul că mare parte din specializarea de medicină generală nu activează ca medici de familie, ci au alte activități, respectiv media de vârstă ridicată a medicilor de familie face ca o parte importantă a acestora să fie mai puțin atrași de activitatea de asistență primară sub condițiile contractului CNAS.

Varianta de lucru (spre media europeană) este de **1 medic de familie la 1.600 locuitori**, ne duce la **un total de 12.919 medici de familie**, fiecare având între 1.200-2.000 pacienți.

Aplicarea sistematică a acestei măsuri ar presupune remedierea următoarelor decalaje:

**i. Din punct de vedere al mărimii localității (nr. locuitori):**

**a) Urban:**

- Marginal (sub 15%) : Orașe foarte mari, mari și medii-mari (> 50.000 locuitori)
- Mediu (între 15-30%): Orașe medii-mici, mici, foarte mici și extrem de mici (< 50.000 locuitori)

**b) Rural:**

- Semnificativ (peste 30%): Comune foarte mari, mari și medii (> 2.500 locuitori)
- Mediu (între 15-30%): Comune mici și foarte mici (< 2.500 locuitori)

**ii. Regional:**

- Semnificativ (peste 30%): Sud -35,0%, Nord-Est -31,8%
- Mediu (între 15-30%): Sud-Est -28,4%, Nord-Vest -24,1%, București-Ilfov - 18,5%, Centru -15,6%
- Marginal (sub 15%) : Sud-Vest -9,1%, Vest -6,8%

Ca atractivitate, evidențiem ponderea scăzută a asistenței primare (6-7% din totalul cheltuielilor de sănătate, costuri directe, fără produse și servicii), care a ținut venitul mediu brut al cabinetului (nu venitul net al medicului) sub 20 mii lei până în 2019. Pentru a fi atractiv,

medicul trebuie să obțină de 3 ori multiplul salariului mediu; ocupația de medic de familie devine atractivă din momentul în care venitul cabinetului este peste 20-25 mii lei.

Deși România are aproape dublul mediei UE la absolvenți de Medicină/100.000 locuitori, numărul de locuri la rezidențiat pentru medicină de familie este redus (cca 200 locuri/an) în raport cu necesitățile din teritoriu.

#### 6.4. Discuții

Faptul că în perioada actuală avem un deficit semnificativ de medici de familie în mediul rural este în general recunoscut. Numărul exact de unități administrativ-teritoriale (nu localități, acesta este mai mare, de ordinul miilor) este de **3 orașe și 401 comune fără medic de familie**, iar numărul de locuitori din acestea este de 787.780; adăugăm la aceasta cele 689 unități administrativ-teritoriale cu acoperire insuficientă, numărul locuitorilor care **excede capacitatea medicilor de familie existenți fiind de 1.633.805 locuitori**. Diferența mică dintre numărul de medici de familie activi și numărul minim de medici de familie (cazul în care toți ar avea 2.200 pacienți) este agravată suplimentar de media de vârstă ridicată a medicilor de familie, ceea ce reduce semnificativ intervalul de timp în care putem adresa și corecta această problemă.

Redefinirea **portofoliului între 1.200-2.000 pacienți** ar reechilibra lucrurile atât pentru pacienți, cât și pentru medici.

Recunoscând importanța capitației, ținând cont și de faptul că suntem la 70% din media europeană la numărul de consultații/100.000 locuitori și că segmentul deficitar de pacienți este între 15-55 ani, este nevoie de o îmbunătățire semnificativă, care se poate realiza prin creșterea numărului de consultații (ocasionale și periodice) în măsura în care plata serviciilor medicale va reprezenta semnificativ peste 50% din venitul cabinetului. Noțiunea de “servicii medicale” e importantă, pentru că există deja un grad mare de încărcare a medicului de familie cu sarcini birocratice; principalele servicii medicale sunt **consultația, diagnosticul și tratamentul pacientului**, plus **prevenția** (minimum 6 ore/zi), nu rezolvarea altor probleme și completarea de diverse situații și hârtii (maximum 2 ore/zi).

Trebuie modificată relația dintre medicul de familie și specialist; trimiterea la specialitatea de ambulator sau la spital trebuie să poarte girul profesional al medicului de familie, nu doar unul formal ca acum. Având în mod constant o proporție însemnată de internați cu diagnostice de afecțiuni perfect tratabile în ambulatoriu de specialitate sau asistență primară (ex. hipertensiune arterială, BPOC și astm bronșic, diabet zaharat necomplicat, otită medie la

copil, etc.), **rata spitalizărilor evitabile este mare** în România și nu va scădea semnificativ fără re poziționarea medicinei de familie și dezvoltarea îngrijirilor secundare în ambulator.

Circuitul pacientului trebuie monitorizat pe traiectoria asistență primară – asistență secundară – asistență terțiară (fiecare nivel ar trebui să aibă o rată de succes de minim 80% în cazurile care-i aparțin și să trimită maxim 20% din cazuri către nivelul următor), costurile aferente trebuie asumate pe aceste nivele, rata de succes trebuie analizată, datele-cheie trebuie să fie disponibile, iar deciziile să fie luate în funcție de aceste date și evoluții.

### 6.5. Concluzii

Situația actuală este delicată, în sensul în care avem un **deficit major de acoperire pentru asistența primară** pe ansamblu (peste 2,4 mil. locuitori, cel puțin 11,9% din populație), preponderent în mediul rural, o variabilitate mai mare decât cea normală a numărului de pacienți și o finanțare care a fost deficitară multă vreme și la care partea de finanțare de servicii este de dată recentă.

Varianta propusă (1 medic de familie la 1.600 de locuitori), de a ne îndrepta către media europeană, ar aduce un plus de cca 1.000 medici de familie față de datele oficiale, deficitul total de cca 3.000 medici de familie din evoluția recentă (ieșiri continue, intrări puține) către minimum reglementat. Avantajul acestei variante este că ar aduce o acoperire mult mai bună, cu un portofoliu între 1.200-2.000 locuitori/medic de familie, echilibrând situația atât din punct de vedere atât al pacienților, cât și al medicilor. Abordările locale ar trebui reduse la minimum necesar și susținute de **o abordare națională** mai aprofundată, mai coerentă, mai sustenabilă și mai mult elaborată în acord cu asociația profesională, care s-o și susțină corespunzător.

Medicina de familie ar trebui semnificativ re poziționată pentru a-și îndeplini misiunea de **gate-keeper al sistemului de sănătate**; trimiterea pacientului la specialist și la spital ar trebui să nu mai reprezinte doar un act formal. Prin aceasta, ca și prin finanțarea adecvată și orientată către servicii medicale, atractivitatea ei pentru medici ar crește semnificativ.

Concomitent cu realizarea acestor lucruri, creșterea locurilor la rezidențiatul de medicină de familie va produce un aflux corespunzător de medici de familie care să furnizeze aproape de pacient îngrijirile de sănătate adecvate, evitând acutizarea crizei care se profilează prin ieșirea masivă la pensie a primei generații de medici de familie din România.

Doar tratând cu respect medicul de familie și problemele lui vom reda asistenței primare locul pe care-l merită în cadrul sistemului nostru de îngrijiri de sănătate.



## 7. Concluzii și Contribuții Personale

România, cu sistemul ei de îngrijiri de sănătate bazat pe modelul etatist al asigurărilor sociale de sănătate, instituit de peste 20 ani, a avut un decalaj mare față de țările vest-europene, pe care parțial a reușit să-l reducă, însă diferențele rămân consistente.

Cu o temelie economică slabă în anii '90, sănătatea a avut de suferit, însă pe măsură ce România evoluează economic convergent către media europeană, ca urmare a aderării la Uniunea Europeană în 2007, guvernanta sistemului de sănătate își crește importanța relativă și merită pe deplin atenția, atât a publicului larg, cât și a decidenților de rang înalt. Cu 80% sub media europeană în privința cheltuielilor de sănătate/locuitor, reușitele din sistemul românesc sunt însemnate, însă nu vom putea recupera decalajele care ne despart de țările avansate (în special mortalitatea prematură, mortalitatea infantilă, speranța de viață, ca și gradul de acoperire) dacă nu reușim următoarele evoluții:

a) **să creștem alocarea de resurse pentru îngrijirea sănătății**, care se poate realiza sustenabil prin evoluția către un sistem de asigurări sociale de sănătate (ne-etatist), acoperirea integrală și gratuită (finanțând ne-asigurații din buget, nu din FNUASS) a asistenței primare și introducerea asigurărilor private complementare pentru asistența secundară și terțiară;

b) **să urmărim consecvent creșterea eficienței utilizării resurselor în sistem**, în special prin dezvoltarea asistenței primare și secundare, optimizând în același timp asistența terțiară (optimizarea capacității, a cazuisticii și oferirea de stimulente pentru performanță);

c) **să creștem atractivitatea practicării profesiilor medicale și conexe în România**, pentru a beneficia de resurse umane bine pregătite și bine utilizate în interesul nostru ca națiune, nu doar ca trambulină pentru tineri și ajutor pentru sistemele avansate.

Din acest punct de vedere, contribuția medicului de familie, urmărirea circuitului pacientului între nivele și introducerea în decizie a costului total ca variabilă de primă importanță sunt esențiale. **Un grad mai ridicat de bună utilizare a medicamentelor Rx**, în special cele esențiale, ar contribui semnificativ la îmbunătățirea stării de sănătate a românilor, fără a induce costuri suplimentare exorbitante. Abandonarea dezvoltării pur comerciale a rețelei farmaceutice (prin refacerea marjei Rx și/sau introducerea unei taxe pe rețetă) și recunoașterea **farmaciei ca un contributor important în sistemul de sănătate, alături de medicul de**

**familie**, la menținerea la un nivel ridicat și uniform, indiferent de mediul și mărimea localității, al stării de sănătate, ar reprezenta o ieșire normală din situația critică în care se găsește.

**O bună îngrijire a sănătății** ar reprezenta un stimulent important pentru reducerea ratei de migrare, pentru redresarea demografică, ca și pentru evoluția economică în România.

Din punct de vedere al contribuțiilor personale, sunt de menționat următoarele:

1. **analiza celor 2 modele și 4 subtipuri ale sistemelor de sănătate** prezente în Europa și poziționarea României în context european;

2. **identificarea gradului ridicat de corelare între performanța sistemelor de sănătate și raportul cheltuielilor publice/private** (mai exact, cheltuieli instituționalizate/ cheltuieli din buzunar);

3. **identificarea unui nivel mult prea scăzut al consultațiilor pentru grupele de vârstă între 15-55 ani** ca sursă pentru descoperirea ulterioară (de multe ori târzie) a unor afecțiuni ce grevează cheltuielile viitoare ale sistemului de îngrijiri de sănătate;

4. **edificarea unui cadru demografic și geografic** (mărime localitate vs regiune) relevant pentru analiza și uniformizarea în sensul creșterii pentru alocarea resurselor și rezultatele îngrijirilor de sănătate;

5. **documentarea atractivității scăzute a farmaciei** în această perioadă și propunerile pentru refacerea acesteia (creșterea marjei Rx, taxa pe rețetă, politici corecte de prețuri și adaosuri);

6. **documentarea distribuției neuniforme a medicilor de familie** și propuneri pentru ridicarea și uniformizarea nivelului activității acestora;

7. **corelarea numărului de absolvenți la Farmacie și Medicină** (aici completat și cu locurile la rezidențiat) cu necesitățile de pe piața muncii și dezideratele asistenței primare din România.

## **Anexe**

Marian Pană, Petru Craciun, Camelia Nicolae, Adriana-Elena Tăerel, Dumitru Lupuliasa -THE CARDIOVASCULAR MARKET IN ROMANIA DURING 1998 – 2017 PERIOD – ANALYSIS AND EVOLUTION: Farmacia, Vol. 67, 5:922-930, 2019

*<https://farmaciajournal.com/issue-articles/the-cardiovascular-market-in-romania-during-1998-2017-period-analysis-and-evolution/>*

Petru Craciun, Marian Pană, Adriana-Elena Tăerel, Manuela Ghica, Dumitru Lupuliasa - CONSEQUENCES OF THE PRICE DECREASE FOR PRESCRIPTION (RX) DRUGS 2015 - 2019: Farmacia, Vol. 69, 3:609-620, 2021

*<https://farmaciajournal.com/issue-articles/consequences-of-the-price-decrease-for-prescription-rx-drugs-2015-2019/>*

Marian Pană, Petru Craciun, Dumitru Lupuliasa, Mircea Hîrjău, Adriana-Elena Tăerel - THE ALIMENTARY AND METABOLISM MARKET IN ROMANIA 1998 - 2018. ANALYSIS AND EVOLUTION: Farmacia, Vol. 69, 4:813-820, 2021

*<https://farmaciajournal.com/issue-articles/the-alimentary-and-metabolism-market-in-romania-1998-2018-analysis-and-evolution/>*

Petru Craciun, Marian Pană, Dumitru Lupuliasa, Maria-Dorina Crăciun, Adriana-Elena Tăerel - PRESCRIPTION DRUG (RX) EVOLUTION IN ROMANIA BETWEEN 2010 AND 2020: Farmacia, Vol. 69, 5: 980-987, 2021

*<https://doi.org/10.31925/farmacia.2021.5.23>*