

Fila 1



UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI
BABEȘ-BOLYAI TUDOMÁNYEGYETEM
BABEȘ-BOLYAI UNIVERSITÄT
BABEȘ-BOLYAI UNIVERSITY
TRADITIO ET EXCELLENTIA

CSI



Accesul la servicii de sănătate, farmacii și medicamente în România: Politici publice, reglementări comerciale și inegalități în context european



Echipa de cercetare:

Anatolie Coșciug (Coordonator)

Sabin Necula

Radu Stoichița

Anamaria Matichescu

Olariu Maria

Andriana Fodor-Kiss

Vasile Grigori

Iosep Mihaela

Horațius Dumbravă

Bernic Ciprian

Cuvânt înainte

Scriem acest raport de cercetare din mijlocul unei perioade marcate de multiple epidemii când din nou realizăm cât de important este accesul facil la tratamente. Medicamentele și accesul facil la acestea reprezintă o componentă esențială a sistemului de sănătate, fiind de exemplu unul dintre principalii indicatori ai stării de sănătate a populației și calitate a vieții¹. Dincolo de perioadele marcate de diverse epidemii, există o preocupare majoră la nivel internațional pentru a îmbunătăți accesul populației la medicamente, de exemplu, în ținta 3.8 a Obiectivului de Dezvoltare Durabilă (ODD) 3 care prevede: „realizarea acoperirii universale cu servicii de sănătate, inclusiv protecția împotriva riscurilor financiare, accesul la servicii esențiale de sănătate de calitate și accesul la medicamente și vaccinuri esențiale, sigure, eficiente, de calitate și accesibile pentru toți”². Accesul la medicamente este esențial pentru îmbunătățirea stării de sănătate și pentru a putea oferi servicii medicale pentru întreaga societate. Lipsa sau îngreunarea accesului la medicamente poate duce la creșterea morbidității și mortalității prevenibile, pierderi economice sau adâncirea sărăciei. Principalul punct de acces la medicamente îl constituie farmaciile. Farmaciile nu doar furnizează medicamente, ci oferă adesea și servicii de îngrijire primară, consiliere și consultații privind afecțiunile comune, contribuind astfel la îmbunătățirea stării generale de sănătate a populației.

Echitatea este unul dintre principiile fundamentale ale sistemelor de sănătate la nivel mondial.

Potrivit Organizația Mondială a Sănătății (OMS), echitatea în sănătate există atunci când resursele medicale sunt distribuite în funcție de nevoile pacienților, iar contribuțiile financiare pentru serviciile de sănătate sunt proporționale cu capacitatea de plată, indiferent de atributele sociale sau economice ale indivizilor. În acest sens, echitatea în furnizarea serviciilor de sănătate presupune că toate persoanele să aibă acces la un standard minim de servicii medicale atunci când și dacă este necesar fără a fi condiționați de statutul lor economic, social sau demografic. Totuși, provocări majore rămân: cum ar trebui finanțate astfel de servicii, cine ar trebui să beneficieze de anumite tipuri de servicii și la ce cost³. O cercetare dedicată echității în accesul la medicamente ar putea contribui la formularea unor răspunsuri bazate pe dovezi la aceste întrebări esențiale.

Definirea și măsurarea „accesului echitabil la medicamente” rămân teme dezbătute la nivel internațional, fără o metodă unanim acceptată de a răspunde acestei provocări. Măsurarea accesului la medicamente este, de obicei, limitată la două dimensiuni principale - disponibilitatea și accesibilitatea financiară. De exemplu, ținta 3.b a ODD-urilor este măsurată ca proporția unităților sanitare care dispun de un set de medicamente esențiale relevante, disponibile și accesibile din punct de vedere financiar. Totuși, accesul nu se limitează la aceste aspecte - de exemplu accesibilitatea geografică joacă un rol la fel de important, fiind măsurată, de regulă prin distribuția teritorială a farmaciilor și densitatea acestora raportată la populație. Această dimensiune reflectă faptul că reședința este un determinant esențial al inechităților în sănătate. De asemenea,

¹www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1186/s40545-020-00291-7

² Cindrel Tharumia Jagadeesan & Veronika J. Wirtz (2021) Geographical accessibility of medicines: a systematic literature review of pharmacy mapping, *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 14:1, 28, DOI: 10.1186/s40545-020-00291-7

³ Measuring Equity in Access to Pharmaceutical Services Using Concentration Curve; <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4673964/>

în ultimii ani au apărut tot mai multe studii⁴ și inițiative care cer o îmbunătățire a felului în care definim și măsurăm accesul populației la medicamente dincolo de cele două dimensiuni utilizate de obicei.

Astfel, acest studiu abordează accesul la medicamente prin cinci dimensiuni complementare conform celor mai recente standarde academice: disponibilitatea (availability), accesibilitatea geografică (accessibility), adăvarea (accommodation), accesibilitatea economică (affordability), acceptabilitatea (acceptability - gradul în care serviciile corespund așteptărilor și preferințelor utilizatorilor).

Accesul echitabil la medicamente reprezintă una dintre provocările majore ale sistemelor de sănătate în numeroase țări, inclusiv în țările aflate în proces de dezvoltare economică accelerată, precum România. La nivel global, studiile arată că aproximativ o treime din populația globului nu are acces la medicamente esențiale, iar România nu face excepție. De exemplu, în 2024, România a înregistrat una dintre cele mai mari alocări financiare publice pentru decontarea medicamentelor ca procent din totalul cheltuielilor în sănătate din Uniunea Europeană. Deși acest lucru ar putea să sugereze un acces mai echitabil la medicamente, în realitate suma medie anuală per capita alocată pentru medicamente este de aproximativ de 250 de euro, ceea ce plasează România în zona mediană a clasamentului european. **Mai mult de atât, tot mai multe voci evidențiază un paradox - în timp ce polii urbani și anumite categorii de populație beneficiază de un acces la medicamente și alte servicii medicale disponibile în farmacii peste media europeană, multe dintre comunitățile rurale și din mediul urban mic dar și diverse alte grupuri vulnerabile raportează tot mai multe dificultăți în această privință⁵.** Acest paradox apare în contextul liberalizării pieței farmaceutice, care a fost făcută în așteptarea obținerii unor prețuri mai mici și, astfel, a unei mai bune accesibilități pentru clienți. Însă, rezultatele empirice sunt departe de a fi simple sau directe. În literatura de specialitate există numeroase studii care testează presupunerea conform căreia, datorită liberalizării dreptului de proprietate, densitatea farmaciilor crește. În teorie, cu cât mai multe persoane au dreptul de a deschide o farmacie, cu atât densitatea farmaciilor ar trebui să crească și o parte mai mare a populației să aibă acces mai bun la medicamente. Rezultatele studiilor existente arată că, deși densitatea farmaciilor poate crește în contextul liberalizării, multe farmacii nu reușesc să reziste presiunii generate de concurența sporită în special din partea marilor consorții. Astfel, liberalizarea dreptului de proprietate poate duce la creșterea numărului de lanțuri farmaceutice, care nu sunt distribuite uniform, ci concentrate acolo unde cererea este mai mare, adică în zonele urbane și pentru categorii de populație care beneficiază de un acces mai bun la medicamente.

Aceste exemple arată că echitatea în serviciile farmaceutice ar trebui să fie o prioritate centrală în domeniul sănătății publice din România. Lipsa echității se poate explica prin multiple provocări cu care se confruntă managementul farmaceutic, precum nivelul ridicat al cheltuielilor suportate direct de pacienți și accesibilitatea limitată la medicamentele esențiale. Ținând cont că nu există o literatură solidă publicată privind echitatea în serviciile farmaceutice, în special în țările cu venituri medii, această cercetare își propune să contribuie la umplerea acestei lacune și să ofere dovezi relevante pentru politicile de sănătate.

⁴ health.ec.europa.eu/system/files/2021-10/measuring_access-to-healthcare_en_0.pdf
www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1186/s40545-020-00291-7

⁵ <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-024-01353-x>

Metodologia cercetării

Design și surse de date

Studiul utilizează un design mixt (cantitativ, calitativ, date agregate, scraping) pentru a descrie și explica accesul la farmacii și medicamente în România din perspectiva lucrătorilor din farmacii, a experților din domeniu și a diverse alte categorii sociale (clienți, grupuri vulnerabile, etc.).

Componenta cantitativă este compusă din:

- Chestionar online adresat farmaciștilor (eșantion de conveniență extins, 1217 respondenți finali dintr-un total de 1405 de respondenți), structurat pe cinci mari dimensiuni (disponibilitatea, accesibilitatea geografică și cea economică, adecvarea, acceptabilitatea) care includ indicatori precum lipsurile de stoc, frecvența refuzurilor la rețete compensate, mecanisme de gestionare ale stocurilor, impactul întârzierilor la decontare, diverse aspecte de organizare operațională dar și întrebări de natură personală (planuri de viitor, satisfacție la locul de muncă).
- Analiza geospațială pe bază de date agregate privind accesul teritorial (nivel UAT), prin modelarea izocronelor de 15, 30, respectiv 60 minute către cea mai apropiată farmacie (cu mașina), precum și prin cartografierea densității unităților farmaceutice din mediul urban și rural.
- Serii de date administrative și economice pentru perioada 2014–2025 care analizează: numărul și locația farmaciilor, structura pieței pe tipuri de companii, indicatori de concentrare a pieței, dinamica salariilor (comunitar vs. circuit închis), topul celor 5 companii după venit și date educaționale și ale rezidențiatului pentru perioada 2018–2024.

Componenta calitativă include:

- 10 interviuri semi-structurate cu farmaciști din medii organizaționale și contexte diferite precum: farmacii comunitare independente, farmacii parte dintr-un lanț farmaceutic, proprietari de farmacii și farmacii localizate în localități de tip urban mare, urban mic și rural. Participanții au o experiență profesională cuprinsă între 10 și 40 de ani. În același timp, au fost implicați în interviuri stakeholderi precum reprezentanți ai autorităților de reglementare, ai pieței farmaceutice și din instituțiilor publice.
- Focus-grup cu pacienți din grupurile vulnerabile, axat pe accesul la medicamente compensate, barierele administrative și digitale întâlnite și experiența de utilizare a serviciilor farmaceutice.
- Colectare web (scraping) – piața joburilor pentru farmaciști. Pentru a observa dinamic și granular cererea de forță de muncă, am colectat date publice din anunțuri de angajare pentru farmaciști (platforme de recrutare cu acces public).

- Date agregate - am utilizat serii administrative și economice agregate (2014–2025) din trei surse principale: INS (populație rezidentă pe UAT/județ, urban/rural, pentru normalizarea indicatorilor teritoriali și a hărților de acces), rezidențiat (număr de locuri/posturi, înscriși și rezultate pe specialități relevante pentru farmacie – ca proxy pentru oferta de personal și presiunea pe formare), și Termene.ro (date derivate din registrele financiare ale firmelor din CAEN 4773 – comerț cu amănuntul al produselor farmaceutice, pentru a identifica numărul de firme, structura proprietății/ownership la nivel de grup, dinamica punctelor active și indicatorii de concentrare pe piață).
- Analiza legislativă - interpretare normelor relevante și a efectelor lor practice asupra accesului la farmacii și medicamente. Analiza combină un **desk-review** al cadrului normativ național și european (Legea 95/2006, OMS 368/2017, contract-cadru/norme CNAS, acte ANMDMR/ANM; Dir. 2001/83/CE, Dir. 2011/62/UE, Reg. 2016/161, ghiduri GDP)

Toate sursele de date au fost triangulate pentru a valida convergențele (de exemplu, corelarea dintre refuzuri, lipsuri și cash-flow) și pentru a documenta mecanismele explicative (de exemplu, procedurile administrative, IT sau structura pieței).

Proceduri de colectare și analiză

Chestionarul a fost distribuit online prin intermediul rețelelor profesionale, cu aplicarea unor filtre de control al calității datelor (timp minim de completare, consistență internă, validitate externă, tipuri de răspunsuri). Analizele statistice (realizate în **SPSS**) au vizat dimensiuni descriptive și comparative, diferențiate pe axe precum rural/urban, tip de localitate (urban mare, urban mic, rural), ani de experiență în domeniul farmaceutic, funcția ocupată în cadrul farmaciei și tipul de farmacie (independent/parte a unui lanț mic, mediu sau extins). Interviuurile și focus-grupul au fost transcrise integral și analizate prin codare tematică (dublă codare, reconciliere), ceea ce a permis generarea de categorii analitice privind accesul, disponibilitatea, aprovizionarea, digitalizarea, costurile și echitatea.

Analiza geospațială (efectuată în **ArcGIS**) a fost realizată pe baza rețelei rutiere și a localizării unităților farmaceutice, modelând timpul de deplasare până la cea mai apropiată farmacie și gradul de deșertificare farmaceutică la nivel local.

Etică și confidențialitate

Participanții au oferit consimțământ informat înainte de a lua parte la cercetare. Datele calitative referitoare la datele personale sunt anonimizate, fiind utilizate doar date referitoare la rol, tip de localitate, etc.

Răspunsurile la chestionar au fost analizate în formă agregată; nu se vor publica date la nivel individual și nu sunt divulgate informații comerciale sensibile.

Limitări

(i) Eșantionul de chestionar este unul non-probabilistic, ceea ce poate duce la un bias de autoselecție;

- (ii) Frecvențele raportate reflectă percepții raportate de respondenți la nivel de unitate de farmacie, nu observații instrumentate direct;
- (iii) Dimensiunea redusă a eșantionului în anumite subcategorii (N mic sau lipsă de observații—de ex., „rural × lanț mediu”) reduce puterea statistică și limitează aplicarea testelor de semnificație între grupuri.
- (iv) Hărțile geospațiale surprind situația la momentul colectării datelor și pot fi influențate de închideri/deschideri recente de farmacii.

Aceste limitări sunt compensate prin triangularea între datele cantitative, calitative și geospațiale, ceea ce permite validarea convergențelor și o interpretare mai robustă a rezultatelor.

Conectarea metodologiei cu structura raportului

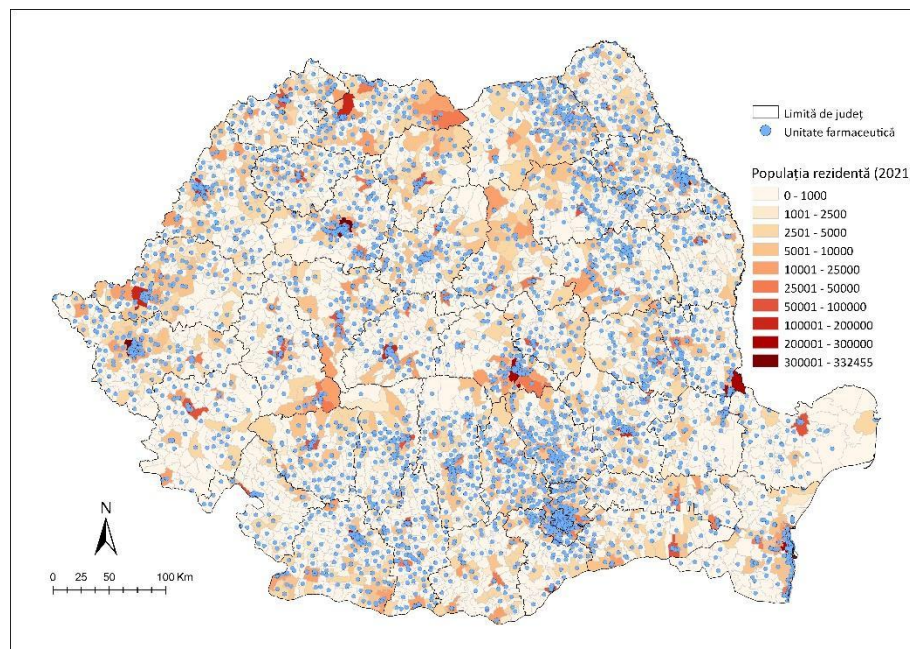
Rezultatele cantitative fundamentează secțiunile unde sunt analizate dimensiuni precum: echitate, distribuție geografică, aspecte funcționale și economice. Analiza calitativă și componenta geospațială completează rezultatele cantitative prin oferirea de mecanisme explicative și exemple concrete, prezentate sub formă de casete ilustrative precum diferențe între rural–urban, farmacii lanț vs. independent și bariere procedurale și digitale).

Toate aceste evidențe sunt integrate și transpuse în posibile opțiuni de politică publică urmărind teme precum: prioritizarea teritorială, introducerea stocului minim operațional, digitalizarea, cu scopul vizibilității și a funcției de rezervare, sau separarea prețului de remunerarea serviciilor farmaceutice.

Accesibilitatea geografică (Accessibility)

În această secțiune a raportului sunt prezentate rezultate care evidențiază disparitățile teritoriale în accesul la farmacii comunitare, servicii medicale și medicamente.

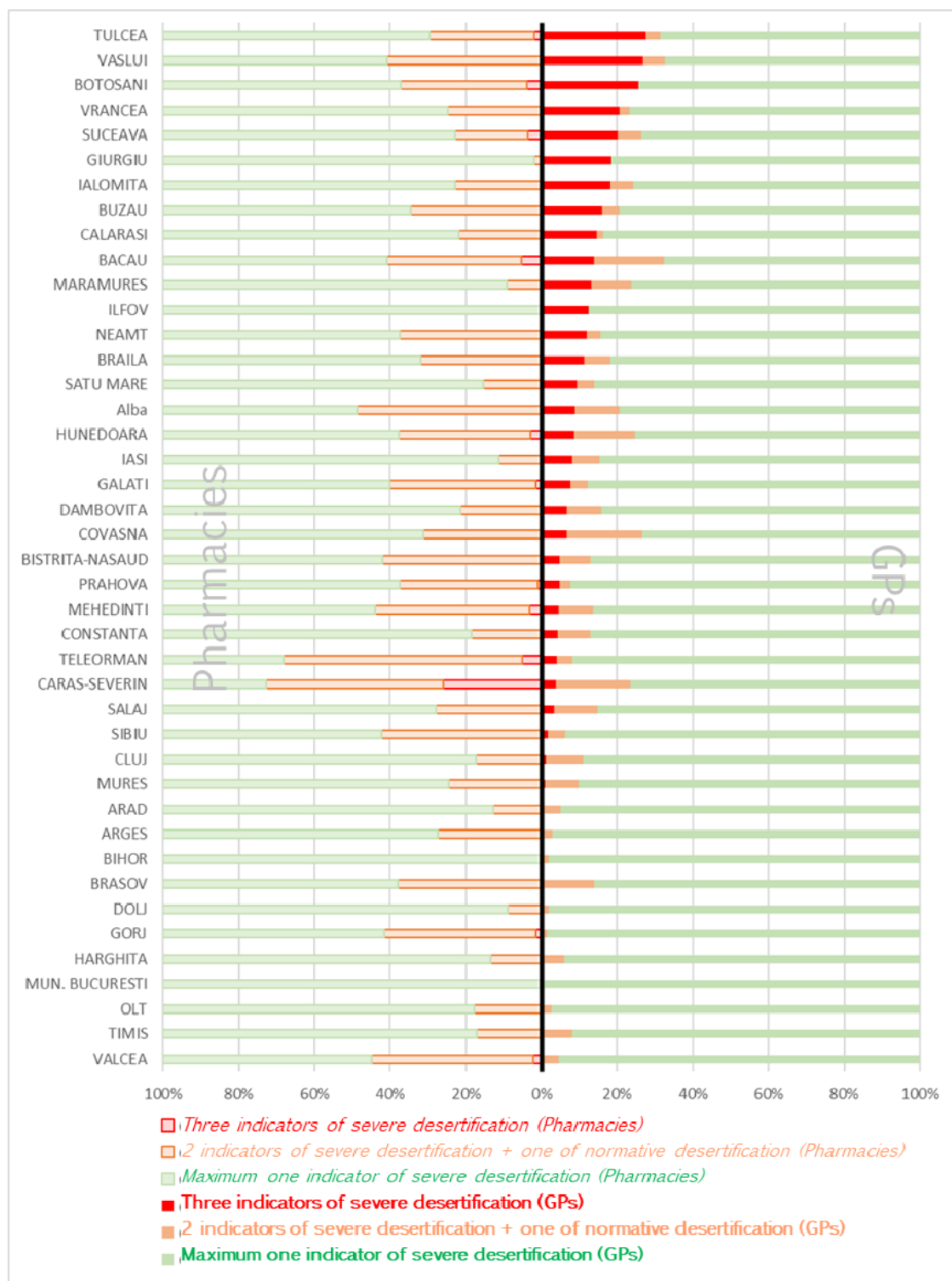
Harta nr. 1: Populația rezidentă a României (2021) și distribuția farmaciilor comunitare



Distribuția populației rezidente din România, corelată cu cea a unităților farmaceutice, ilustrată de *Harta nr. 1*, evidențiază disparități majore între populația rezidentă din mediul urban și cel rural. În centrele urbane mari, precum București, Cluj-Napoca, Iași sau Timișoara, densitatea ridicată de farmacii se corelează direct cu densitatea populației. În schimb, zonele rurale și orașele mici (sub 5.000 locuitori), în special zonele montane, precum sudul și estul țării, au acces redus sau limitat la farmacii, creând vulnerabilități pentru comunitățile mici și îmbătrânite, și făcând dificil accesul la medicamente. Discrepanțe regionale apar între Transilvania și Banat, care au o distribuție mai echilibrată, spre deosebire de sudul Olteniei, nord-estul Moldovei, sudul Munteniei sau Dobrogea rurală. Fenomenul de concentrare polarizată favorizează eficiența economică, dar amplifică excluziunea teritorială, subliniind nevoia de politici publice care să asigure echitatea în accesul la servicii farmaceutice, dincolo de criteriul demografic. Acest aspect este susținut și de farmaciștii intervievați: „O farmacie în mediul rural are o putere de cumpărare mai mică... pacienții, dacă pot, vin în mediul urban și caută.”

Grafic nr. 1: Distribuția județelor în funcție de severitatea deșertificării farmaceutice pe localități⁶

⁶ https://cpss.ro/assets/files/reports/reports-30/Country%20report_%20Romanian%20medical%20deserts.pdf

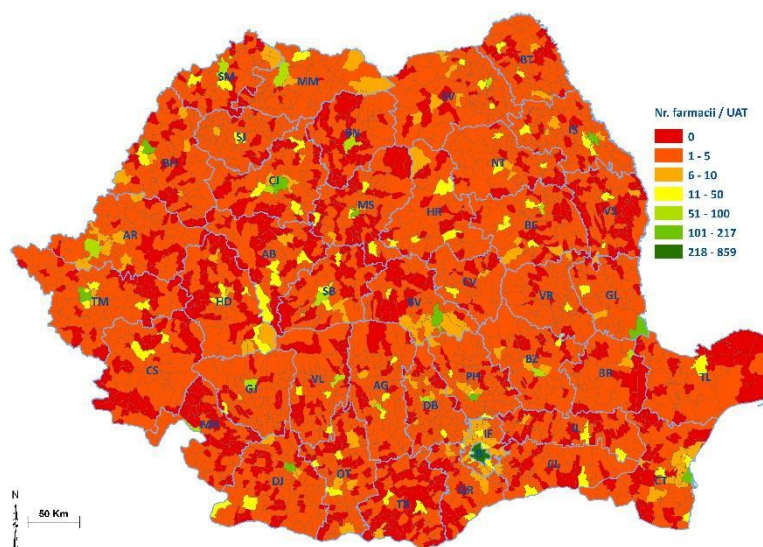


Graficul nr. 1 prezintă analiza accesului populației la serviciile farmaceutice, evidențiind disparități regionale majore, cu un accent pe zonele rurale și periferice. Astfel, putem identifica județe precum Caraș-Severin, Bacău sau Teleorman caracterizate prin acces limitat al populației la serviciile farmaceutice.

Partea stângă a graficului ilustrează accesul populației la serviciile farmaceutice, iar în partea dreapta accesul populației la servicii de medicină primară (medicină de familie). Codul de culori reflectă gradul de deșertificare farmaceutică, culoarea verde indică un nivel minim de deșertificare, iar roșu indică trei

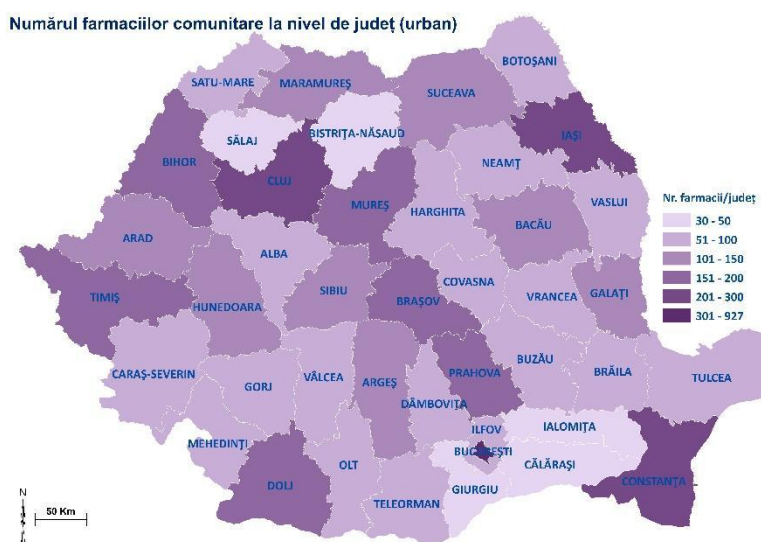
indicatori de deșertificare. Cu alte cuvinte, cu cât predomină portocaliu sau roșu, cu atât problema deșertificării este mai severă.

Harta nr.2: Numărul de farmacii comunitare per UAT-uri



Harta nr. 2 scoate în evidență caracterul insular al serviciilor farmaceutice: cele mai multe comune din România nu dispun de nicio farmacie, iar unitățile existente se concentrează în municipii și în câteva centre periurbane sau turistice. Această tendință reflectă o inegalitate structurală, prin care marile orașe devin suprasaturate de unități farmaceutice, în timp ce mediul rural se confruntă cu deșertificare farmaceutică, care afectează echitatea socială și dreptul la sănătate.

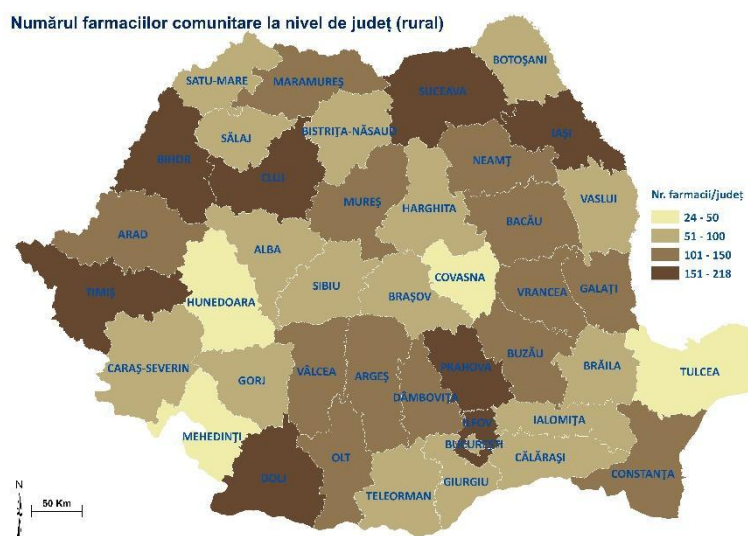
Harta nr. 3: Numărul farmaciilor comunitare la nivel de județ (urban)



Harta 3, care ilustrează distribuția farmaciilor la nivel județean în mediul urban, sugerează existența unei concentrări semnificative ale farmaciilor în București și județele precum Iași, Cluj și Constanța, în timp ce densitatea farmaciilor este mult mai redusă în județe precum IL, GR, CL, SJ, BN. Această

supra-aglomerare în mediul urban accentuează dezechilibrul față de mediul rural, unde accesul populației la farmacii și medicamente rămâne deficitar.

Harta nr. 4: Numărul farmaciilor comunitare la nivel de județ (rural)



Harta 4 prezintă distribuția farmaciilor în mediul rural pe județe și evidențiază un număr scăzut de farmacii în județele precum TL, CV, HD, MH, în contrast cu densități mai ridicate în județe precum TM, BH, DJ, IS. Aceste rezultate subliniază existența unor disparități teritoriale majore, cu impact direct asupra accesului populației din zonele rurale la serviciile farmaceutice esențiale.

Conform datelor furnizate de Ministerul Sănătății⁷, farmaciile din România prezintă în medie o repartizare aproape egală între mediul urban și mediul rural. În statele cu proprietate rezervată farmacistului și reguli de amplasare se vede, în medie, o dispersie teritorială mai uniformă, pe când în piețele liberalizate, cu lanțuri farmaceutice, au tendința de aglomerare urbană și necesită instrumente de corecție⁸. Totuși, analiza detaliată evidențiază existența unor disparități semnificative în distribuția serviciilor farmaceutice în funcție de tipul de companie. După cum reiese din *Tabelul nr. 1*, majoritatea lanțurilor farmaceutice sunt concentrate în mediul urban, generând un acces disproporționat la servicii între populația urbană și cea rurală. Lanțurile farmaceutice cu prezență în mediul rural sunt reduse ca număr și nu reușesc să atenueze decalajele structurale, ceea ce reflectă un dezechilibru sistemic în planificarea și implementarea politicilor de sănătate publică. Această realitate ridică întrebări privind echitatea teritorială și sustenabilitatea accesului la medicamente, în special, în raport cu obiectivele europene de reducere a inegalităților în sănătate.

România are aproximativ 50 de farmacii⁹ și 104 farmaciști¹⁰ la 100.000 locuitori, în timp ce media OECD¹¹ este aproximativ 28 de farmacii și 85 farmaciști la 100.000. Rezultă astfel un raport farmaciști/farmacie de aproximativ 2,1 în România (104/50) față de 3,0 la media OECD (85/28).

Deși România depășește media OECD la ambii indicatori absoluți, raportul mai mic farmaciști/farmacie sugerează subdimensionarea personalului per unitate și fragmentarea rețelei - multe puncte de furnizare

⁷ <https://ms.ro/ro/informatii-de-interes-public/pacienti/farmacii-%C8%99i-drogherii/>

⁸ <https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2019/10/WHO-Europe-Report-Regulatory-framework-for-community-pharmacies-October-2019.pdf>

⁹ <https://ms.ro/ro/informatii-de-interes-public/pacienti/farmacii-%C8%99i-drogherii/>

¹⁰ <https://www.colegfarm.ro/prezentare>

¹¹ https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/full-report/pharmacists-and-pharmacies_521be7d5.html

deservite de echipe mici. În astfel de configurații, capacitatea de a răspunde șocurilor (penurii, vârfuri de cerere, program prelungit, etc.) și de a extinde servicii clinice (vaccinare, managementul aderenței) este mai redusă, corelându-se cu problemele observate în studiu precum: refuzuri la medicamente compensate sau timpuri mari până la eliberare).

În plus, distribuția geografică neuniformă (concentrarea lanțurilor în urban), constrângerile financiare (întârzieri la decontare, costul creditului), vulnerabilitățile procedurale și IT (validări, risc de recuperare sume) și lipsa unei vizibilități digitale unitare a stocurilor acționează ca multiplicatori ai riscului operațional. Prin urmare, chiar dacă România depășește media OECD la numărul de farmacii și farmaciști, performanța reală în acces depinde de mai multe aspecte, precum: eficiența rețelei dependentă de mixul personal/unitate.

Tabelul nr. 1: repartizarea numărului de companii farmaceutice după numărul de farmacii

Nr. de unități farmaceutice / companie	Urban	Rural	Total
1 unitate	815 46.68%	931 53.32%	1746 100%
2-5 unități	738 30.60%	1674 69.40%	2412 100 %
6-10 unități	327 33.89%	638 66.11%	965 100 %
≥11 unități	3282 74.69%	1112 25.31%	4394 100 %
Total	5162 54.24%	4355 45.76%	9517 100%

Tabelul nr. 1 arată că, în mediul rural, predomină farmaciile independente sau cele aparținând lanțurilor de dimensiuni reduse. În schimb, pe măsură ce dimensiunea lanțurilor farmaceutice crește, unitățile se concentrează preponderent în mediul urban, ceea ce reflectă o tendință de polarizarea pieței în marile centre urbane și în consecință, un acces scăzut la servicii farmaceutice pentru populația rurală.

Tabelul nr.2: Repartizarea rural/urban a top 10 cele mai mari companii farmaceutice din România

Nume	Rural	Urban	Total
------	-------	-------	-------

DR. MAX SRL	85 8.60%	903 91.40%	988 100%
CATENA PHARMA SRL	20 4.26%	450 95.74%	470 100%
HELP NET FARMA SA	28 7%	372 93.00%	400 100%
DONA.LOGISTICA SA	12 3.54%	327 96.46%	339 100%
ROPHARMA SA	34 20.48%	132 79.52%	166 100%
CATENA HYGEIA SRL	5 3.33%	145 96.67%	150 100%
MYOSOTIS SRL	62 44.29%	78 55.71%	140 100%
MINI-FARM SRL	10 7.63%	121 92.37%	131 100%
MARCOS PROVIT SA	85 83.33%	16 15.69%	102 100%
SALOFARM SRL	73 74.49%	25 25.51%	98 100%

Din analiza topului celor 10 companii farmaceutice, doar patru prezintă o pondere de peste 20% a unităților localizate în mediul rural: Ropharma SA (20,48%), Myosotis SRL (44,29%), Marcos Provit SA (83,33%) și Salofarm SRL (74,49%). Restul de șase companii, ca de exemplu Dr. Max SRL (8,60%), Catena Pharma SRL (4,26%), Help Net Farma SA (7%), Dona.Logistica SA (3,54%), Catena Hygeia SRL (3,33%) și Mini-Farm SRL (7,63%), au în medie o acoperire rurală sub 6%, indicând o concentrare în mediul urban de aproximativ 94%. Raportată la media națională (54% în mediu urban și 46% în mediul rural), această distribuție accentuează fenomenul de „deșertificare farmaceutică”, prin care populația rurală este constrânsă să parcurgă distanțe considerabile pentru a accesa servicii farmaceutice. Mai mult, analiza cartografică confirmă această tendință, arătând densități crescute de unități farmaceutice în mediul urban și concentrații scăzute în mediul rural.

Un respondent care lucrează în mediul rural a descris dificultățile generate de lipsa stocurilor și aprovizionarea deficitară, subliniind impactul asupra tuturor părților implicate: *„Este foarte greu pentru pacient. Pacientul are cheltuieli logistice, adică trebuie să se deplaseze către altă zonă. Este foarte greu pentru farmacist, pentru că nu reușește să aprovizioneze. Și consecințele pot fi fatale în sensul sănătății pacienților în primul rând”*. Această declarație ilustrează un cerc vicios: pacienții, adesea din categorii vulnerabile, suportă costuri suplimentare de transport și pot întârzia sau renunța la tratamente, în timp ce farmaciștii se confruntă cu dificultăți în menținerea stocurilor și în asigurarea sustenabilității activității. Consecințele menționate au implicații directe asupra sănătății publice, în special în zonele izolate, contribuind la agravarea bolilor cronice sau la apariția unor complicații evitabile.

Acceptabilitatea (Acceptability)

Analiza răspunsurile agregate ale farmaciștilor indică un tablou îngrijorător: 98% dintre respondenți au raportat că, în ultimul an, au refuzat eliberarea unui medicament compensat din lipsă de stoc. Dincolo de frecvență, această situație reflectă un tipar sistemic ce afectează cel mai puternic pacienții din categorii vulnerabile și favorizează discontinuități terapeutice.

Unul dintre pacienții din focus grup membru al comunității de ucraineni aflați în România ca urmare a conflictului din Ucraina a declarat că: „*Cu rețetele gratuite a trebuit să merg pe la cinci farmacii la rând; de multe ori spun că nu merge programul sau pur și simplu refuză... iar farmaciile se tem: dacă e o greșeală la rețetă ori la raportare, CNAS recuperează banii; cum e ceva 'nou', cu ucrainenii, unii preferă să refuze ca să nu riște*”. Pe de altă parte, același participant a adăugat și o notă pozitivă: „*un lucru pozitiv*” este acceptarea „*fotografiei rețetei electronice*” în unele situații, aspect care facilitează accesul la medicamente.

Acest corpus testimonial descrie o barieră de acomodare și sau de organizare (în sensul utilizat de Penchansky & Thomas¹²), definită printr-o combinație de incertitudine procedurală, vulnerabilități IT și aversiune instituțională la risc. În aceste condiții, accesul devine imprevizibil chiar și atunci când produsul există. În termeni de echitate, sarcina administrativă (încercări succesive, timp, cost) este externalizată către pacientul vulnerabil, amplificând riscul discontinuității terapeutice și explicând, dintr-un alt unghi cauzal, prevalența și frecvențele ridicate.

Interviurile surprind totuși și o perspectivă pozitivă. Un farmacist a relatat: „*Dar în timpul verii avem pacienți din Italia, Spania, Germania, cei care se întorc acasă, fiind căsătoriți cu români. Majoritatea se miră de prețurile foarte mici ale produselor din România. Nu am avut bariere de limbă, au fost mulțumiți și chiar m-au zis că farmacistul român este mult mai implicat și mai activ decât farmacistul din țara respectivă*”. Această observație, precum numeroase altele colectate, evidențiază avantajele sistemul farmaceutic românesc: prețurile accesibile și implicarea personală a farmacistului, contribuind la o experiență mai umană și eficientă pentru pacienții temporari.

Totuși, pentru pacienții din diaspora, bariera principală este nealinierea administrativă (statut asigurat vs. non-asigurat, validări SIPE între rețele), la care se adaugă sincope de stoc pe molecule uzuale în perioadele aglomerate (concedii, sărbători). Costul total al accesului la tratament include atât timpul petrecut în căutarea medicamentelor, cât și vizitele succesive determinate de practici neuniforme între unități (ca de exemplu farmaciile de lanț vs. „independente”). În absența unei prezențe digitale publice a stocurilor și a unui flux clar pentru rețetele transfrontaliere, episodul de îngrijire devine imprevizibil, cu risc de amânare sau întrerupere a tratamentului.

Pe de altă parte, refugiații din Ucraina se confruntă preponderent cu bariere de acomodare și organizare (proceduri și IT), nu neapărat cu indisponibilitate fizică a produselor. „*În cazul Ucraina... raportarea este foarte dificilă către Casa Națională... trebuie să ne-o facă IT-stul... ne complică raportarea și mai mult. Nu sunt mulți pacienți, dar sunt*”, declară un farmacist comunitar. În practică, incertitudinea procedurală (rețete gratuite/TP, validări), vulnerabilitățile IT și aversiunea la risc (teama de recuperare de sume) conduc la refuzuri de eliberare neatribuite lipsei de stoc, externalizând la pacient costuri de timp și transport și crescând riscul de discontinuitate terapeutică.

O altă categorie vulnerabilă des menționată în interviuri este cea a vârstnicilor, care suportă costul cel mai

¹² <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7206846/>

mare al distanței și al timpului parcurs până la farmacie, mai ales în localitățile rurale. În situații de lipsă a medicamentelor, vizitele repetate și dependența de însoțitori sau mijloace de transport conduc la întârzieri în inițierea sau reînnoirea tratamentelor cronice.

Totodată, costurile directe (coplată, transport) și cele legate de navigare administrativă (formulare, corecții, drumuri) afectează disproporționat pacienții cu venituri reduse și cu alfabetizare în sănătate scăzută. În lipsa sprijinului adecvat (traducere, îndrumare), probabilitatea de renunțare la tratamente crește, iar amânările la terapii cronice devin mai frecvente în perioade de penurie.

În ansamblu, aceste exemple confirmă că problemele nu sunt izolate, ci sistemice, afectând atât continuitatea serviciilor, cât și echitatea în accesul la sănătate, subliniind necesitatea unor politici publice mai robuste pentru susținerea farmaciilor și a comunităților rurale.

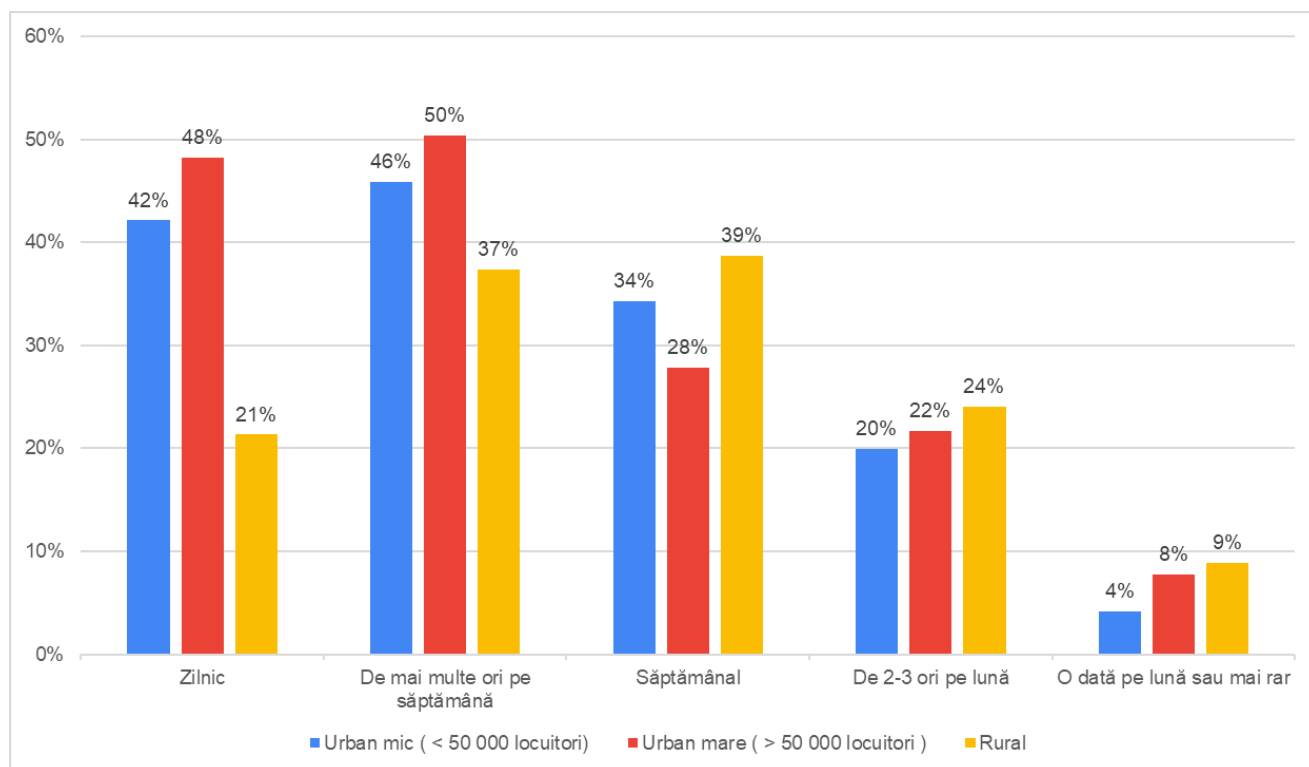
Un farmacist a relatat într-un interviu: „...este un sistem care pune pacientul să se zbată, să umble pe drumuri, să aștepte, să nu știe de ce.” Lipsurile de stoc se traduc în deplasări repetate și costuri suplimentare de timp și transport, transformând o problemă operațională într-o inechitate teritorială. În localitățile cu transport rar, aceeași rețetă implică un cost de acces mult mai mare, ceea ce întărește concluziile secțiunii privind caracterul sistemic al fenomenului.

Rezultatele de mai sus reclamă intervenții direcționate. Propunerile acestui studiu sunt aliniate Strategiei Naționale de Sănătate (SNS 2023–2030), care include obiective explicite de reducere a inegalităților teritoriale. În practică, aceasta presupune prioritizarea Unităților Administrative Teritoriale cu *deșert farmaceutic* și finanțarea unor servicii farmaceutice cu impact dovedit asupra aderenței în comunități vulnerabile.

Disponibilitatea (Availability)

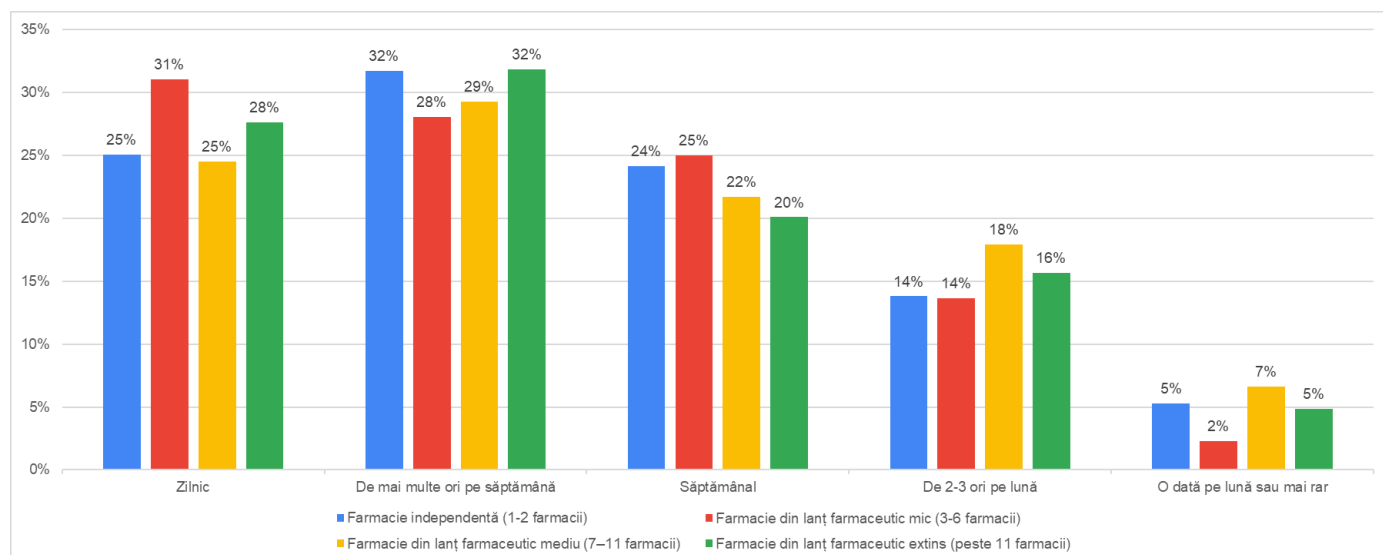
Comparând cele două distribuții vizibile în Graficele 2 și 3, se conturează același mecanism, privit din două unghiuri diferite. Teritorial, intensitatea refuzurilor la compensate este „urbanizată”. În orașele mari: 48% din respondenți raportează refuzuri zilnice și 50% de mai multe ori pe săptămână; în urbanul mic, valorile sunt apropiate: 42% și 46%). În mediul rural însă, răspunsurile se deplasează spre frecvențe mai joase (21% zilnic; 37% de mai multe ori pe săptămână), cu ponderi relativ mai mari pentru “săptămânal” – 39% și de 2–3 ori/lună – 24%. Acest tablou sugerează o cerere mai concentrată și alocări tensionate în orașe, respectiv discontinuități cu remediere lentă în sate. Organizațional, vârful „zilnic” apare în lanțurile mici (31%), în timp ce farmaciile independente și lanțurile extinse mută presiunea către „de mai multe ori pe săptămână” (~32%). Lanțurile medii afișează ponderi ceva mai mari la frecvențe lunare (18% la „2–3 ori pe lună”; 7% „o dată pe lună sau mai rar”), sugerând o capacitate de amortizare mai bună (pooling, rotație internă), fără a elimina însă refuzurile recurente.

Graficul Nr. 2: Frecvența refuzurilor de eliberare pentru medicamente compensate din lipsă de stoc, pe tip de localitate



În sinteză, volumul și mixul de pacienți urbani împing episoadele către frecvențe foarte înalte, iar resursele și practicile operatorului (redistribuire între punctele aceluiași lanț, putere de negociere, constrângeri de cash-flow) determină unde se fixează distribuția (zilnic vs. săptămânal), ruralul rămânând vulnerabil prin intermitență și prin timpul prelungit până la remediere. Aceste constatări sunt descriptive (auto-raportare, eșantion neprobabilistic), dar converg cu evidențele calitative privind aprovizionarea și barierele procedurale/IT.

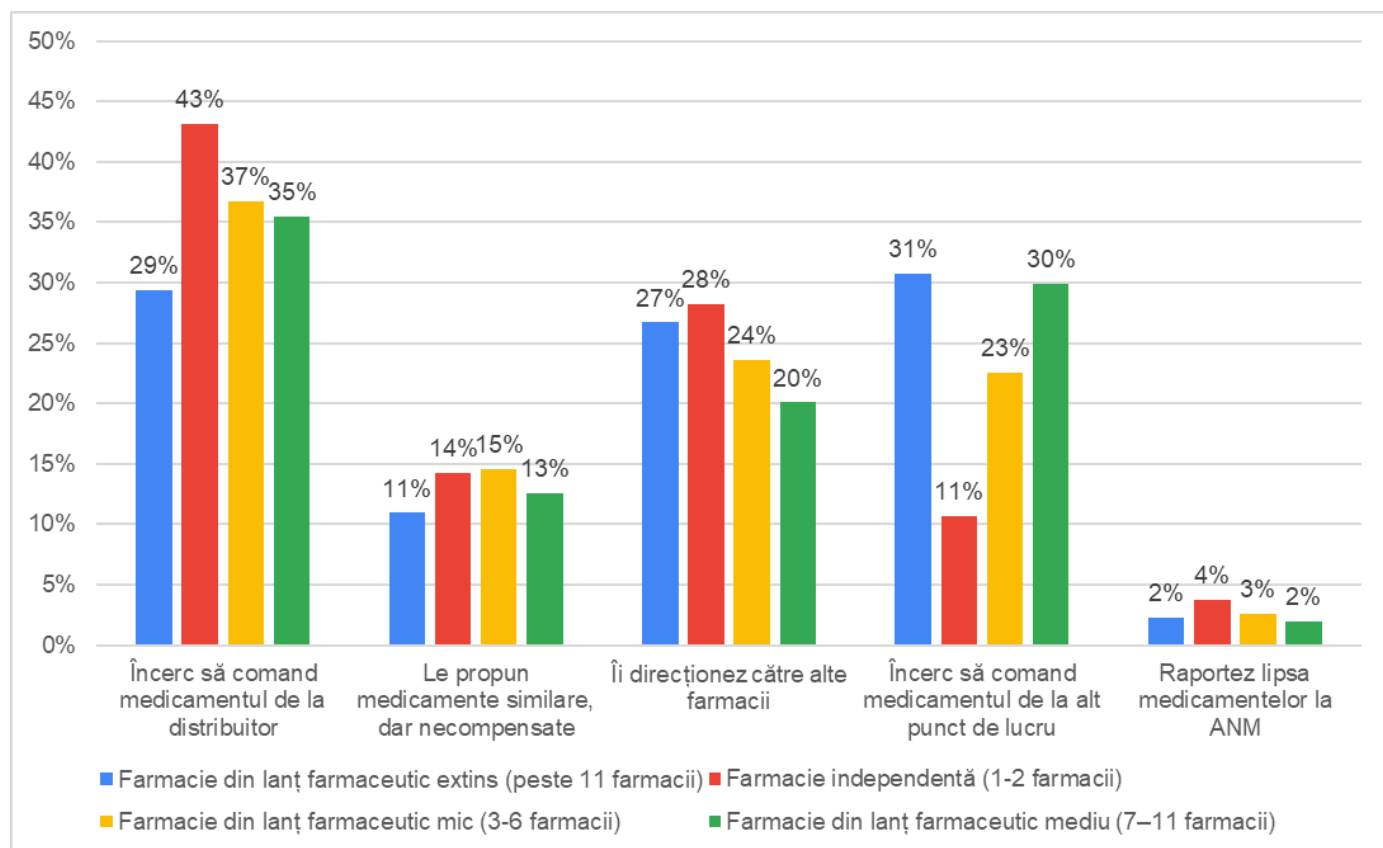
Graficul Nr. 3: Frecvența refuzurilor de eliberare pentru medicamente compensate din lipsă de stoc, pe tip de unitate farmaceutică



În cadrul focus grupului cu pacienți români, unul dintre participanți ne-a relatat: „Eu am o problemă în fiecare lună. Tatăl meu este cu imunoterapie. Primește rețetă compensată de la oncologie. Doar că vă spun, farmaciile refuză să aducă aceste medicamente fiind foarte scumpe și, așa, sincer, îți trebuie pile foarte mari. Mi s-a spus că șefii farmaciilor sau șeful lanțului le interzice să comande medicamentele astea, fiindcă sunt prea scumpe și profitul lor este prea mic. Și asta este în fiecare lună ceea ce pățesc.”

Relatarea descrie un refuz recurent de inițiere a comenzii pentru imunoterapii oncologice pe rețetă compensată, motivat de considerente comerciale (preț unitar ridicat, marjă plafonată, presiune pe cash-flow) și de politici organizaționale la nivel de lanț, ceea ce transformă eligibilitatea financiară a pacientului într-un episod de neacces și potențială discontinuitate terapeutică. Cazul ilustrează simultan bariere din cadrul „celor 5A”: (1) disponibilitate — produsul nu ajunge la punctul de eliberare din cauza non-comenzii; (2) accesibilitate economică — structura de remunerare descurajează aprovizionarea cu molecule scumpe; (3) acomodare/organizare — decizii corporative interne care prevalează asupra nevoilor clinice; și (4) acceptabilitate — percepția de favoritism („îți trebuie pile”) erodează încrederea în serviciul farmaceutic. În ansamblu, secvența semnalează necesitatea unor instrumente corective (ex. obligații de stoc minim/rotație pentru liste restrânse de DCI critice și separarea parțială a remunerației serviciilor de marja pe produs) pentru alinarea stimulentei economice cu obiectivul de continuitate a tratamentului.

Graficul Nr. 4: Gestionarea lipsei de stoc pentru medicamente compensate, în funcție de tipul farmaciei



Tendința pe care o putem observa în *Graficul nr. 4* evidențiază existența unor strategii organizaționale diferite în gestionarea lipsei de stoc. Farmaciile din lanțuri utilizează semnificativ transferul între punctele aceluiași lanț („*alt punct de lucru*”), un mecanism inaccesibil sau marginal pentru farmaciile independente, care depind preponderent de distribuitori și de trimiterea pacienților către alte unități. Această asimetrie structurală poate genera timp de soluționare mai scurt în cazul lanțurilor (prin pooling intern al stocurilor) și întârzieri pentru farmaciile independente (timp de livrare la comandă), amplificând riscul de întrerupere a tratamentului pentru pacienții deserviți de acestea din urmă.

Aceeași diferență reiese dintr-un interviu cu un farmacist titular al unei farmacii independente): „*Lanțurile mută stoc între puncte; noi trimitem pacientul sau așteptăm livrarea.*” Astfel, rețelele reduc timpul până la soluție prin pooling între punctele aceluiași lanț, în timp ce farmaciile independente depind de comenzile de la distribuitor și de redirectionarea pacienților, ceea ce produce timpuri mai lungi de remediere pentru — exact discrepanța sugerată de *Graficul nr. 4*.

Nivelul foarte scăzut al raportării lipsei de medicamente către ANM sugerează o utilizare redusă a canalelor formale de semnalare, cu consecințe directe asupra capacității instituționale de monitorizare și de intervenție în situații de deficit. În același timp, ponderea redusă a recurgerii la alternative necompensate indică atât constrângeri etice și financiare (impact asupra pacienților), cât și caracterul nefezabil al acestei opțiuni pentru pacienți dependenți de medicamentele compensate.

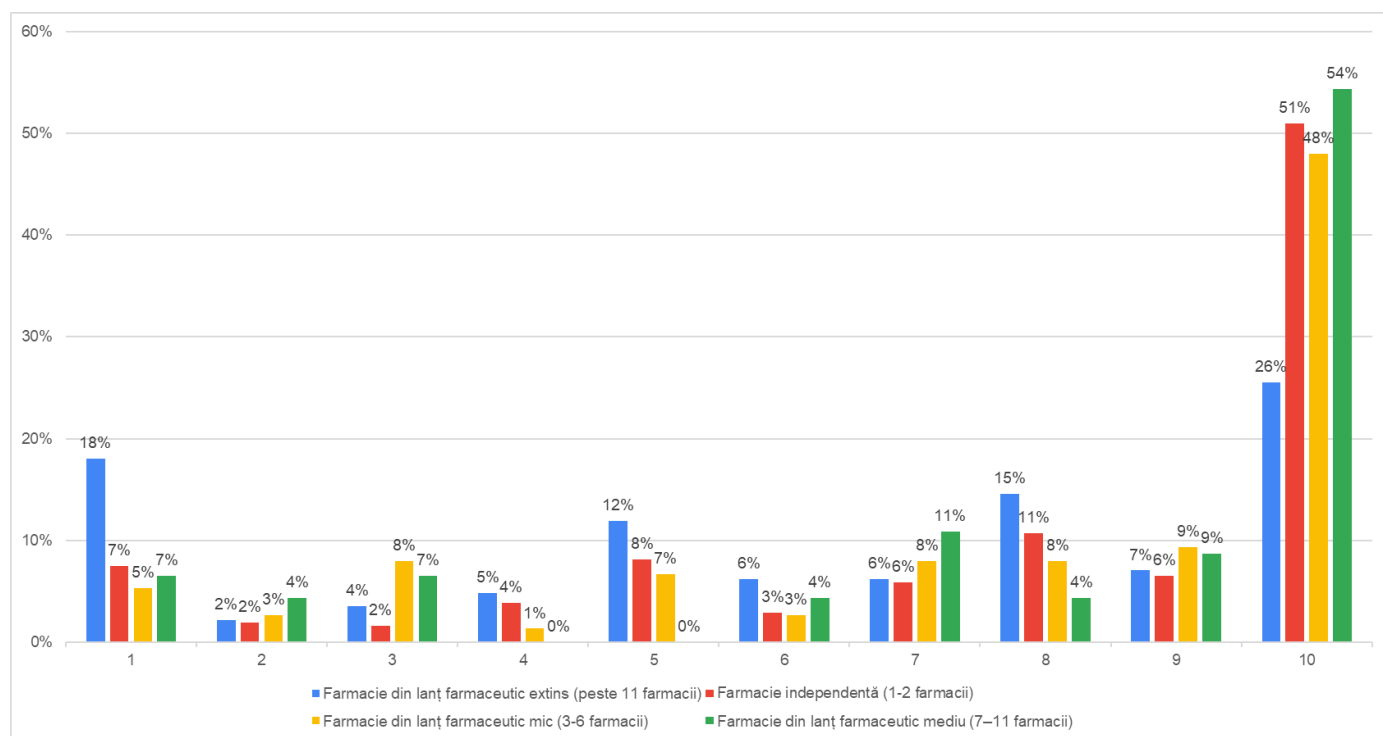
Complementar, propunem instituirea unui stoc minim operațional pentru o listă restrânsă de DCI esențiale (Denumiri Comune Internaționale (INN)-considerate esențiale pentru îngrijiri de bază), corelat cu un mecanism de prioritizare a livrărilor către UAT vulnerabile. Această măsură are ca obiect reducerea refuzurilor la compensate în zonele unde lipsurile sunt recurente, precum în mediul rural.

Conform rezultatelor chestionarului, cei 1217 de respondenți evidențiază disparități teritoriale majore (rural–urban), adaosuri comerciale insuficiente pentru asigurarea sustenabilității pe termen lung a farmaciilor, lipsuri frecvente de stocuri pentru medicamente compensate și impactul reglementărilor asupra funcționării acestora.

„Unele combinații nu au analog în România, pacienții continuă să cumpere din Ucraina; de pildă, Solpadeine Active a dispărut luni întregi, am comandat din Ucraina: aici este cu codeină, acolo fără; există și medicamente interzise la import, iar unii își asumă risc pentru tratamentul propriu”, relatează participanții din focus grupul cu pacienții din Ucraina. Dincolo de lipsurile de stoc, avem așadar un deficit de echivalență/regim juridic (formule neaprobate local ori cu statut diferit de control), care împinge pacientul spre autoaprovizionare transfrontalieră cu riscuri clinice și legale; în termeni de acces, acest mecanism prelungește discontinuitatea și erodează aderența, sugerând utilitatea unor interfețe de consiliere pe echivalențe (în farmacie/online) și a unor mecanisme de prioritate/rotație pe DCI esențiale pentru a reduce presiunea spre import personal.

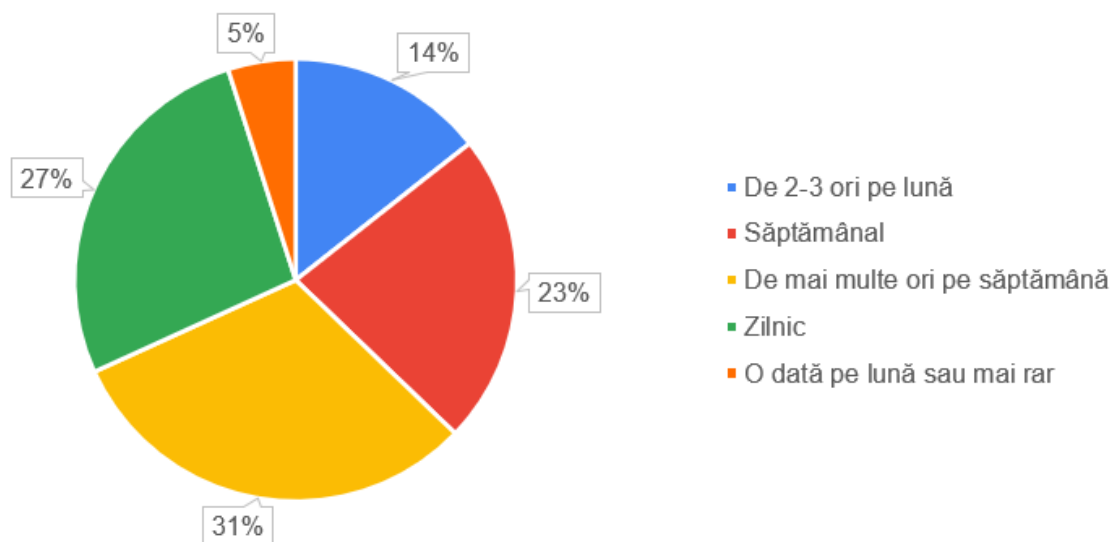
Graficul nr. 5 ilustrează distribuția răspunsurilor și arată o asocierie clară și puternică între întârzierile la decontare și capacitatea de refacere a stocurilor, cu o concentrare majoră la extremitatea superioară a scalei (impact maxim=10): 54% dintre farmaciile din lanțuri medii (7–11), 51% dintre independente și 48% dintre lanțurile mici (3–6) raportează afectare „10/10”, ceea ce indică sensibilitate ridicată a capitalului de lucru în segmentele cu putere financiară/negociere mai redusă. În contrast, lanțurile extinse (>11) prezintă un profil heterogen: deși 26% marchează impact maxim (departe de a fi imune), apare un vârf la „1” (18%) și ponderi notabile la valori intermediare (ex. „8” = 15%), semn al amortizoarelor financiare (acces la credit mai ieftin, centralizare achiziții, pooling între punctele aceluiași lanț) care decuplează parțial fluxurile de aprovizionare de cash-flow-ul curent.

Graficul nr. 5: Impactul Întârzierilor în Decontări asupra Capacității de Refacere a Stocurilor



În termeni de mecanism, întârzierea banilor din compensare erodează lichiditatea și extinde ciclul de conversie a numerarului, ceea ce restrânge capacitatea de a comanda și nivelul stocurilor tampon; efectul este mai pronunțat la operatorii cu marje mici și cost al capitalului mai mare (independenți/lanțuri mici/medii), dar non-neglijabil și la lanțurile mari. Rezultatul întărește explicațiile din interviuri privind dependența de linii de credit și corelează cu frecvențele ridicate ale refuzurilor la compensate: întârzierile funcționează ca amplificator structural al penuriilor, iar diferențierea pe tip de operator sugerează că măsuri de politică precum scurtarea termenelor de decontare, calendar predictibil, ori facilități de finanțare targetate pentru operatorii mici ar avea efect disproporționat în reducerea lipsei la raft.

Graficul nr. 6: Frecvența de refuzare a eliberării de medicamente compensate

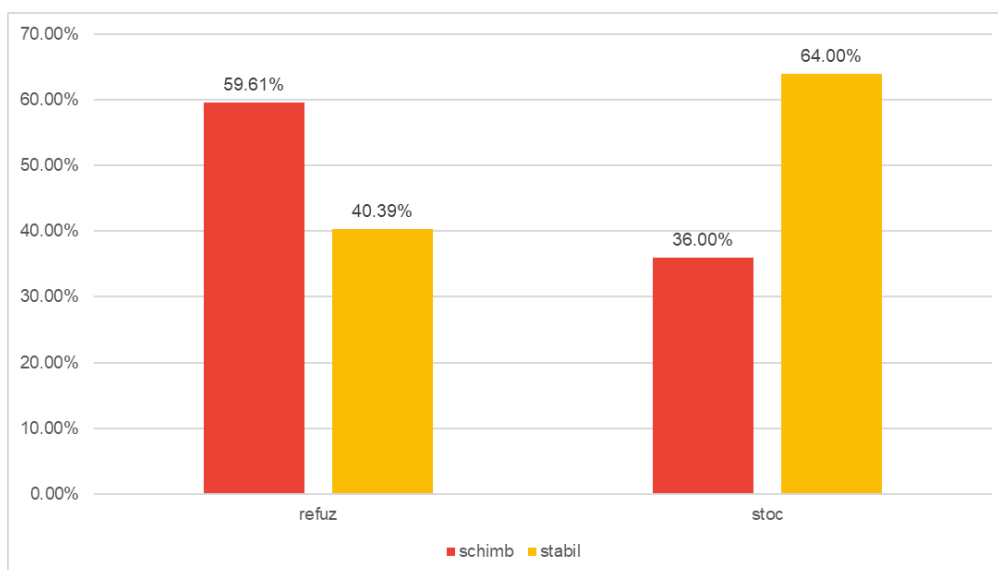


În plus, graficul *Graficul nr. 6* ne arată o distribuție cu peste 80% din respondenți raportând refuzuri frecvente, semnalând problemă sistemică persistentă legată de lipsurile stocurilor pentru medicamente compensate. Doar o mică parte din respondenți raportează incidente rare (o dată pe lună sau mai rar), sugerând că majoritatea farmaciilor se confruntă în mod regulat cu această problemă. Situația reflectă impactul întârzierilor în decontări asupra sustenabilității farmaciilor, conducând la refuzuri care afectează pacienții. Grupurile vulnerabile sunt cele mai afectate așa cum reiese din interviuri, unde respondenții menționează că, de exemplu, pacienții din mediul rural cu venituri scăzute nu-și pot permite alternative necompensate, persoanele în vârstă riscă agravarea bolilor cronice din lipsa tratamentelor, iar persoanele cu nivel de educație scăzută pot recurge la remedii sau medicamente necorespunzătoare sau pot renunța complet la tratament.

Respondenții la chestionar evidențiază atitudini mixte față de rolul lor în farmacii. În ceea ce privește factorii de satisfacție profesională, relațiile pozitive cu pacienții și sentimentul de utilitate socială sau impactul asupra sănătății publice se remarcă prin scoruri maxime, reflectând o motivație intrinsecă bazată pe empatie și contribuție socială. Totuși, răspunsurile deschise reflectă frustrări semnificative, inclusiv lipsa recunoașterii profesionale, presiuni comerciale (targete de vânzări, amenințări cu pierderea jobului), burnout din cauza suprasolicității și dificultăți financiare, în special în zonele rurale.

În ceea ce privește nemulțumirile legate de profesia de farmacist, răspunsurile indică în principal volumul ridicat de muncă și lipsa personalului, cu evaluări maxime similare, indicând o epuizare generalizată care poate afecta calitatea interacțiunilor zilnice cu pacienții.

Graficul nr. 7: Decizia de a schimba profesia de farmacist



Distribuția prezentă în Graficul 7 indică o asociere robustă între experiența refuzului la compensate (din lipsă de stoc) și intenția de schimbare profesională: dintre farmaciștii care au raportat refuzuri, 59,6% declară că se gândesc să plece („schimb”), iar 40,4% afirmă că rămân („stabil”); în grupul care nu a raportat refuzuri („stoc”), intenția de plecare scade la 36,0% (vs. 64,0% „stabil”). În termeni relativi, probabilitatea autoreportată de a căuta schimbarea este cu 65–70% mai mare la cei care s-au confruntat cu refuzuri ($59,6\% / 36,0\% \approx 1,66$). Un mecanism plauzibil este ceea ce literatura numește *moral distress*¹³ și sarcină operațională: nevoia recurentă de a refuza pacienți, deși există indicație medicală și acoperire publică, produce frustrare profesională, conflict de rol și uzură (amplificate de birocrație/IT și presiunea financiară), ceea ce poate alimenta intenția de mobilitate (ex. migrare spre circuit închis sau ieșire din profesie). Totuși, relația este asociativă, nu cauzală: rezultatele provin din date transversale, auto-raportate, pot exista factori de confuzie (tipul operatorului, localitatea, întârzieri la decontare) și selecție (respondenți mai activi în rețele profesionale). Chiar și cu aceste limite, diferențialul de 23,6 puncte procentuale între grupuri sugerează că penuriile și refuzurile sunt un determinant major al climatului profesional și un risc de retenție care merită monitorizat și adresat prin măsuri de asigurare a stocurilor, simplificare procedurală și remunerare a serviciilor.

Din punct de vedere contractual, cadrul stabilit prin HG 521/2023 (și actualizările din 2025) păstrează fluxurile de raportare/validare, dar nu introduce mecanisme eficiente pentru termene de plată previzibile; de aici presiunea persistentă asupra cash-flow-ului, documentată mai sus. În paralel, susținem separarea prețului medicamentului de remunerarea serviciilor farmaceutice (ex. consiliere pentru aderență, vaccinare), astfel încât veniturile operaționale să nu depindă exclusiv de marja comercială, mai ales în rural.

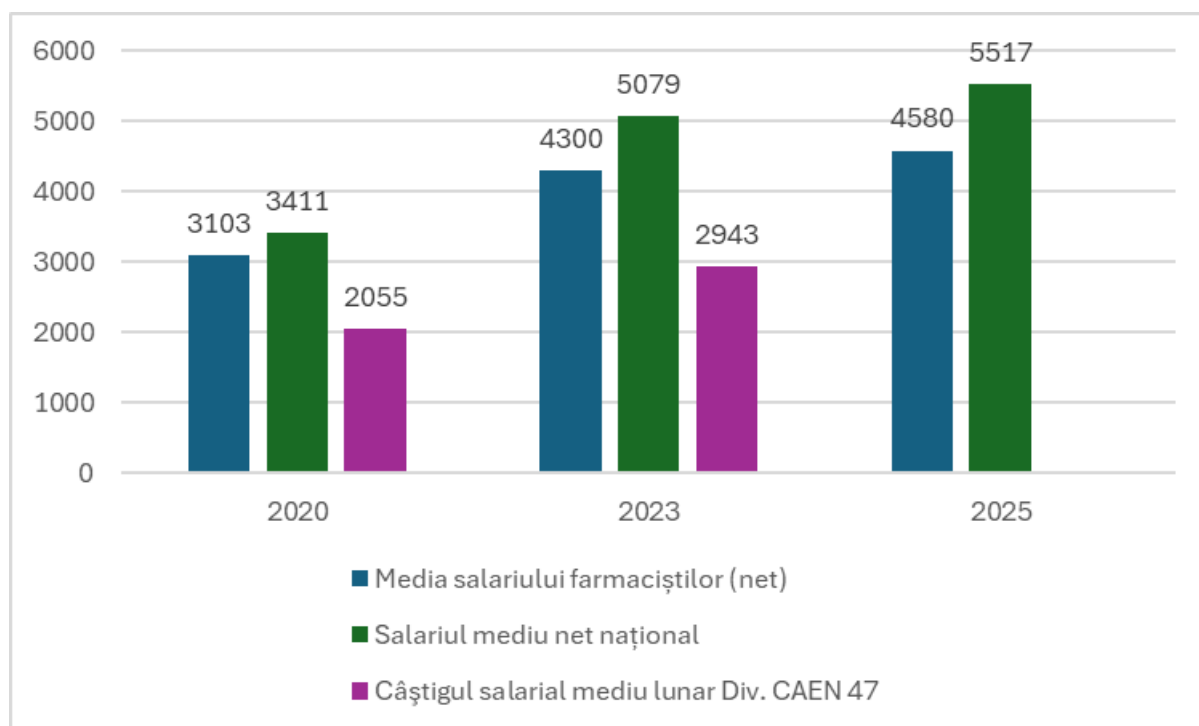
În ceea ce privește remunerația farmaciștilor, analiza datelor disponibile din surse multiple evidențiază un nivel salarial moderat, care poate contribui la provocările de retenție în profesie identificate anterior, cum ar fi presiunile comerciale, burnout-ul și riscul de fluctuație de personal menționate de respondenți.

Conform analizei a câtorva zeci de anunțurilor de angajare pentru farmaciști, publicate pe platformele de specialitate [ejobs.ro](https://www.ejobs.ro), [bestjobs.eu](https://www.bestjobs.eu), [undelucram.ro](https://www.undelucram.ro), etc., media salariilor oferite se situează între 4.000 și

¹³ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6506903/>

5.000 lei net. În paralel, datele auto-raportate de angajați pe undelucram.ro indică un salariu mediu net de 4.500 lei. Platforma Salario by eJobs.ro estimează o medie de 3.900 lei net la finele anului 2024, cu variații semnificative în funcție de experiență și poziție, ajungând până la 4.500 lei sau chiar dublu pentru roluri de conducere. De asemenea, paylab.ro prezintă o gamă mai largă, cuprinsă între 4.000 și 6.500 lei net, reflectând diferențe regionale și de vechime.

Graficul Nr. 8: Media salariului farmaciștilor raportat la salariul mediu net național¹⁴



Aceste cifre, comparativ cu media națională și cu cerințele profesiei – inclusiv programul prelungit, responsabilitățile față de pacienți și impactul întârzierilor în decontări asupra sustenabilității – subliniază o

¹⁴ <https://www.zf.ro/companii/cat-castiga-un-farmacist-salariul-medi-net-in-retelele-de-farmacii-19576114>
<https://www.csid.ro/diverse/cati-lei-primeste-salariu-lunar-o-farmacista-de-la-dr-max-din-romania-acum-in-2023-20407776/>
<https://insse.ro/cms/ro/tags/comunicat-castig-salarial>

- pentru anul 2025 nu sunt disponibile datele privind Câștigul salarial mediu lunar pentru Div. CAEN 46

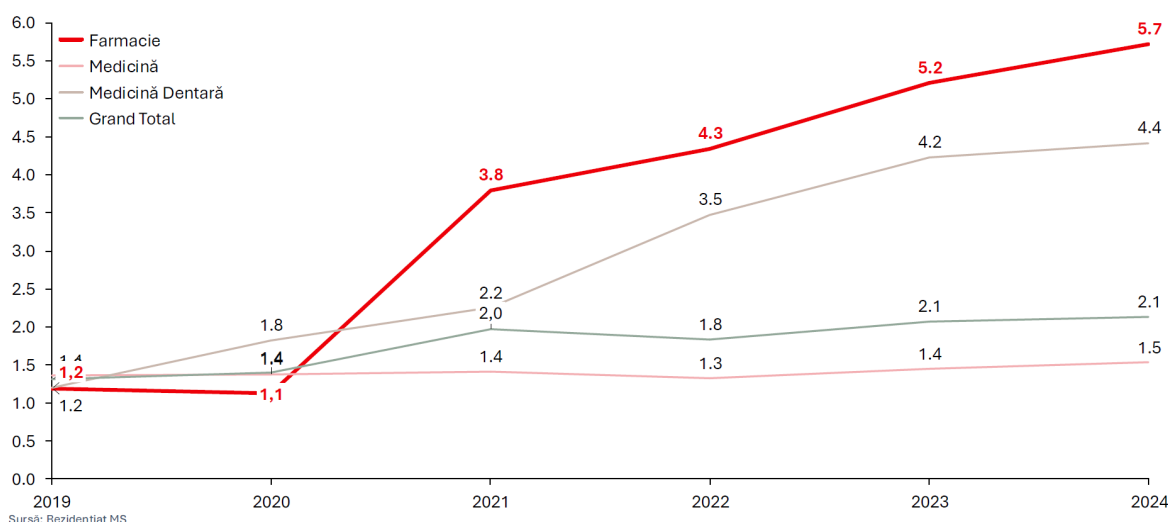
corelație cu frustrările profesionale evidențiate în chestionar, unde 61% dintre respondenți se gândesc la schimbări de carieră. În contextul disparităților teritoriale, farmaciștii din zonele rurale, unde acoperirea este deficitară și volumul de vânzări redus, pot înregistra venituri inferioare, amplificând riscul de „deșertificare farmaceutică” și afectând echitatea accesului la servicii, în special pentru populațiile vulnerabile.

Graficul evidențiază o dinamică structurală a veniturilor nete ale farmaciștilor în raport cu media națională și cu Divizia CAEN 47, relevând atât tendințe de creștere, cât și decalaje persistente. Astfel, între 2020 și 2025, salariul mediu net al farmaciștilor a crescut de la 3.103 lei la 4.580 lei (+47%), însă această evoluție a fost depășită de ritmul salariului mediu net național, care a urcat de la 3.411 lei la 5.517 lei (+62%). Consecința este adâncirea decalajului negativ: de la -308 lei în 2020 la -937 lei în 2025, ceea ce sugerează o erodare relativă a poziției economice a profesiei, în pofida unei creșteri nominale. În paralel, comparația cu Divizia CAEN 47 indică o situație inversă: farmaciștii câștigă constant mai mult (cu 1.000–1.600 lei lunar), menținându-și un avantaj clar față de ocupațiile din comerțul cu amănuntul, sector caracterizat prin calificare medie și productivitate redusă. Această dublă poziționare – sub media națională, dar peste CAEN 47 – reflectă tensiunile interne ale pieței muncii farmaceutice: pe de o parte, profesia rămâne atractivă comparativ cu sectoarele ce nu necesită studii superioare; pe de altă parte, raportată la standardele salariale ale altor ocupații cu studii superioare, tinde să își piardă competitivitatea. Explicațiile pot fi căutate în specificul structural al sectorului (dominant privat și orientat spre retail), în lipsa unor politici salariale dedicate (în contrast cu medicii sau asistenții medicali, care au beneficiat de creșteri substanțiale în ultimii ani), în oferta ridicată de absolvenți care generează presiune descendentă pe piața muncii și în absența unei reprezentări profesionale puternice. În termeni de implicații, persistența acestui decalaj riscă să reducă atractivitatea profesiei pentru noile generații și să stimuleze migrația către piețe externe sau către segmente alternative (industrie, reglementare, cercetare), unde competențele farmaceutice sunt mai bine valorificate.

Graficul Nr. 9: Numărul de înscrieri la rezidențiat raportat la numărul de locuri disponibile

Farmacia este cel mai competitiv rezidențiat. Numărul de înscrieri raportat la numărul de locuri disponibile este de 5,7 în 2024 față de 4,4 pentru medicină sau 2,1.

Înscrieri / locuri disponibile la rezidențiat



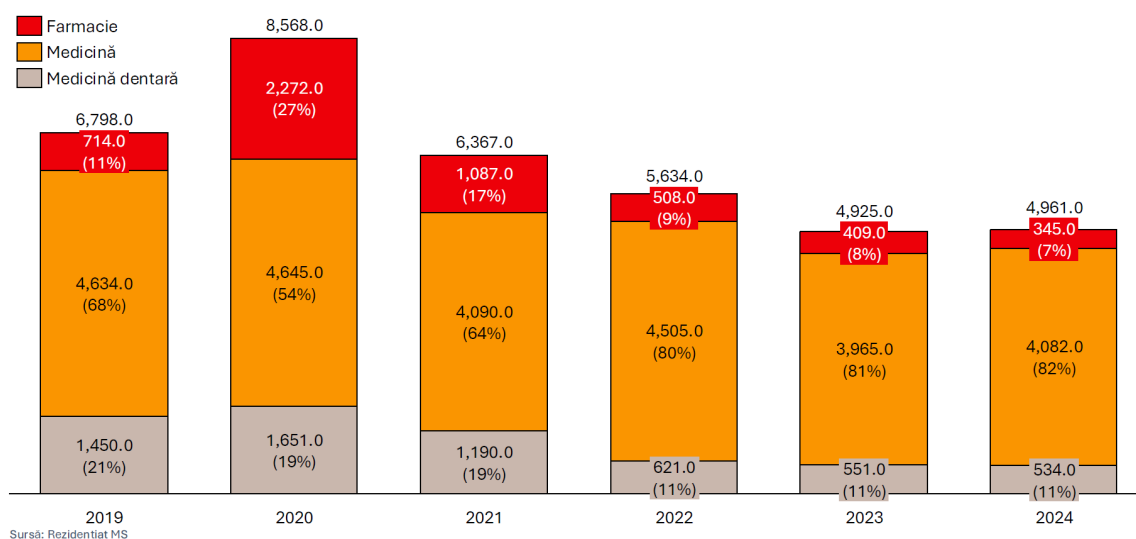
Graficul nr. 9 ilustrează competiția intensificată pentru rezidențiatul în farmacie din România, cu raportul înscrieri/locuri disponibile crescând abrupt de la 1,2 în 2019 la 5,7 în 2024, depășind media generală de 4,4 și alte domenii precum medicină (circa 1,5) sau medicină dentară (2,1). Această evoluție, validată de datele din 2024 cu 1.972 de candidați pentru 345 de locuri în farmacie, semnalează un interes crescut pentru profesie în ciuda

remunerațiilor modeste și inegalităților teritoriale evidențiate în studiu, putând îmbunătăți calitatea serviciilor, dar agravând riscurile de migrație și sub acoperire rurală.

Graficul Nr. 10: locuri disponibile la rezidențiat în funcție de specializare

Locurile disponibile pentru farmacie au atins un nivel scăzut de doar 345 (7% din totalul locurilor la rezidențiat), o scădere față de 2.272 (27%) în 2020.

Locuri disponibile la rezidențiat în funcție de specializare

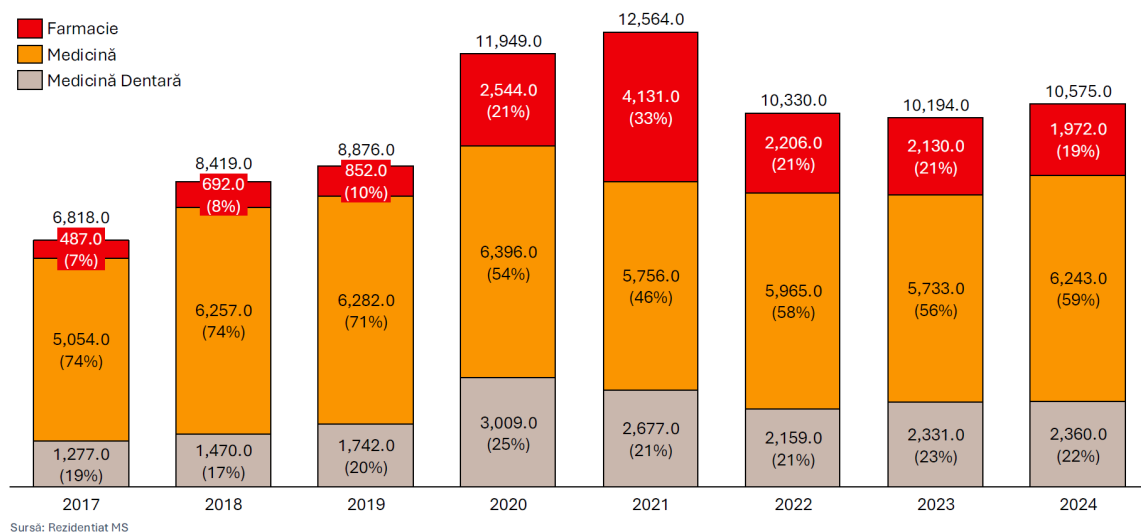


Graficul nr. 10 ilustrează o scădere accentuată a locurilor disponibile pentru rezidențiat în farmacie din România, de la un vârf de 2.272 (27% din total) în 2020 la doar 345 (7%) în 2024, în timp ce locurile pentru medicină domină constant (aprox. 80-82% în ultimii ani), iar cele pentru medicină dentară rămân stabile la circa 11%. Această tendință, cu un total de locuri reducându-se de la 8.568 în 2020 la circa 4.961 în 2024, subliniază provocările de retenție și formare profesională în sectorul farmaceutic, amplificând riscurile de subacoperire teritorială și inegalități în accesul la servicii pentru populațiile vulnerabile evidențiate în studiu.

Graficul Nr.11: Înscrierile la rezidențiat în funcție de specializare

Înscrierile la farmacie reprezintă astăzi 19% din totalul înscrierilor la rezidențiat.

Înscrieri la rezidențiat în funcție de specializare



Graficul nr. 11 ilustrează evoluția numărului de înscrieri la rezidențiat în România între 2017 și 2024, evidențiind o creștere constantă a totalului de la 6.818 la 10.575 candidați, cu farmacia menținându-se la circa 19% (de la 1.227 la 1.972 înscrieri), în timp ce medicină a scăzut procentual de la 73% la 59% (de la 4.964 la 6.243), iar medicină dentară a crescut de la 9% la 22% (de la 627 la 2.360). Această dinamică, coroborată cu reducerea drastică a locurilor disponibile în farmacie, amplifică competiția și riscurile de migrație profesională, contribuind la inegalitățile teritoriale și accesul precar la servicii farmaceutice pentru populațiile vulnerabile menționate în studiu.

Tabel Nr. 3: Creșterile salariale brute ale farmaciștilor angajați în farmaciile cu circuit închis¹⁵

	Gradația 0	Gradația 1	Gradația 2	Gradația 3	Gradația 4	Gradația 5
	Iun24	Iun24	Iun24	Iun24	Iun24	Iun24
Farmacist primar	8,568.75	9,211.41	9,671.98	10,155.58	10,409.46	10,669.70
Farmacist specialist	8,238.75	8,856.66	9,299.49	9,764.46	10,008.58	10,258.79
Farmacist	6,936.25	7,456.47	7,829.29	8,220.76	8,426.28	8,636.93
Farmacist rezident anul III	6,801.25	7,311.34	7,676.91	8,060.76	8,262.28	8,468.83
Farmacist rezident anul II	6,735.00	7,240.13	7,602.13	7,982.24	8,181.79	8,386.34
Farmacist rezident anul I	6,667.50	7,167.56	7,525.94	7,902.24	8,099.79	8,302.29

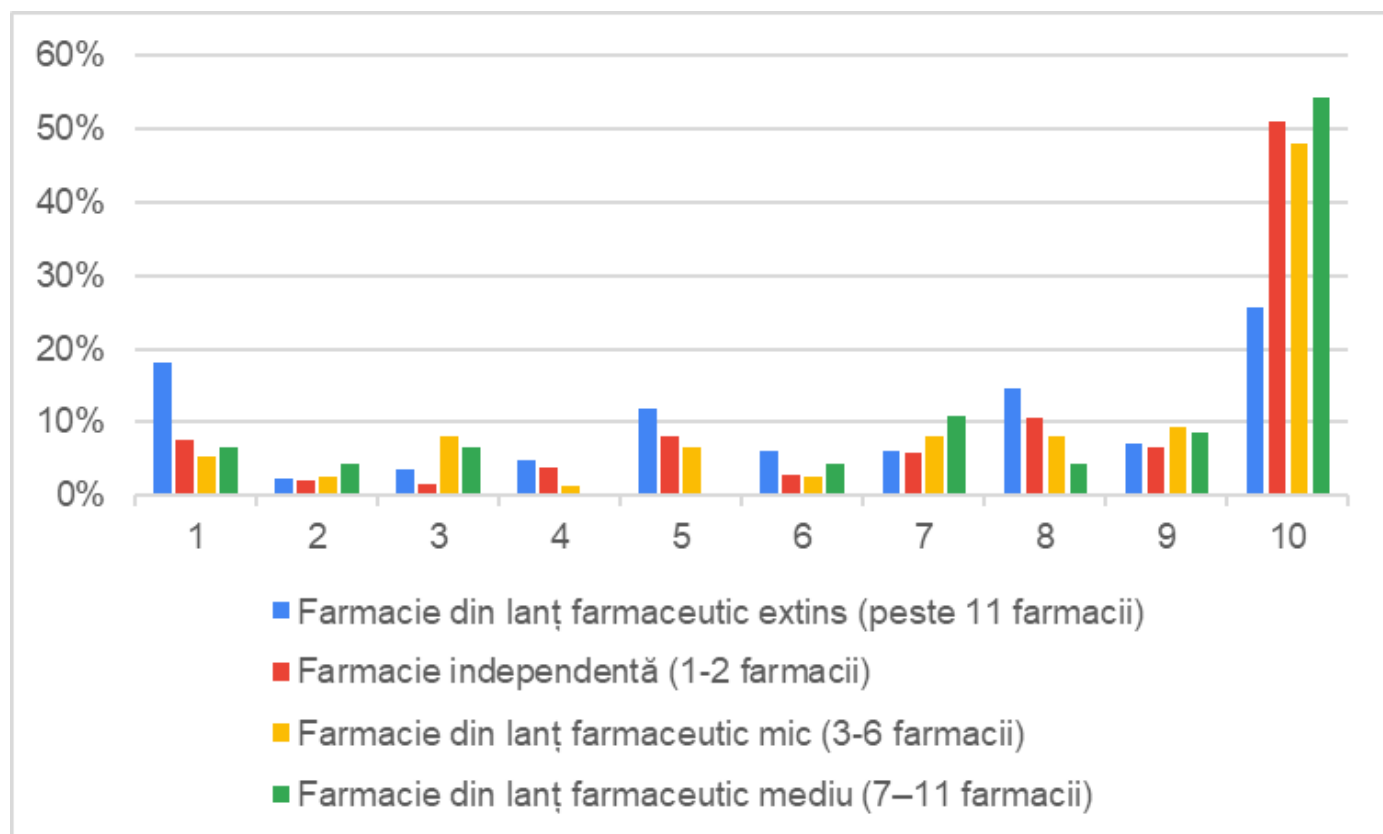
¹⁵ <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/190446>
<https://legislatie.just.ro/public/DetaliiDocument/279777>

Conform datelor din *Tabelul Nr. 3*, analiza comparativă a datelor salariale evidențiază diferențe semnificative între farmaciștii din farmacii comunitare și cei din farmacii cu circuit închis (spitale). În timp ce salariile nete din comunitare au evoluat modest, de la aproximativ 3.100 lei în 2020 la 4.580 lei în 2025, valorile pentru farmaciștii din spitale sunt deja mai ridicate încă din 2023, oscilând între 3.300 lei (farmacist debutant) și peste 5.100 lei (farmacist primar) în prima jumătate a lui 2024. Această diferență reflectă natura structurală a remunerării: în comunitar, veniturile sunt determinate de piața privată, puternic influențată de presiuni comerciale, în timp ce în spitale se aplică grila unică de salarizare, care asigură atât un nivel mai competitiv, cât și creșteri regulate prin lege. În consecință, orientarea unui număr tot mai mare de farmaciști către rezidențiat devine explicabilă nu doar prin oportunitatea de specializare, ci și ca o strategie de securizare economică, întrucât statutul de farmacist rezident și ulterior specialist în spitale oferă salarii mai mari, predictibile și stabile comparativ cu mediul comunitar, unde riscurile de stagnare și frustrare profesională sunt mai pronunțate.

Concluzia integrată a datelor salariale și a dinamicii rezidențiatului evidențiază o polarizare tot mai accentuată în cadrul profesiei farmaceutice. Farmaciștii din farmacii comunitare, ale căror salarii nete au crescut lent de la circa 3.100 lei în 2020 la 4.580 lei în 2025, rămân constant sub media națională și expuși presiunilor comerciale, ceea ce generează un nivel ridicat de insatisfacție și intenții de migrație. În contrast, farmaciștii din farmacii cu circuit închis (spitale) beneficiază de integrarea în grila unică de salarizare, unde veniturile nete sunt deja superioare în 2023–2024 (3.300–5.100 lei, în funcție de grad), iar creșterile regulate prin lege conferă stabilitate și predictibilitate. Această discrepanță explică presiunea tot mai mare asupra rezidențiatului în farmacie: datele din grafice arată o creștere abruptă a raportului înscrieri/locuri, de la 1,2 în 2019 la 5,7 în 2024, concomitent cu reducerea drastică a locurilor disponibile (de la 2.272 în 2020 la 345 în 2024). Astfel, rezidențiatul nu mai este perceput doar ca un pas de formare profesională, ci ca o strategie esențială de acces la salarii mai mari și mai stabile, comparabile cu media națională și superioare comunitarului, ceea ce confirmă atât atractivitatea segmentului public, cât și vulnerabilitățile structurale ale pieței muncii farmaceutice în România.

Accesibilitatea economică (Affordability)

Graficul Nr. 12: Impactul întârzierilor la decontare asupra capacității de refacere a stocurilor, pe tip de farmacie



Rezultatul vizibil în Graficul nr. 12 indică un efect sistemic, sever al întârzierilor la decontare asupra capacității de refacere a stocurilor. Diferențele între tipurile de farmacii sugerează o asimetrie structurală a rezilienței financiare:

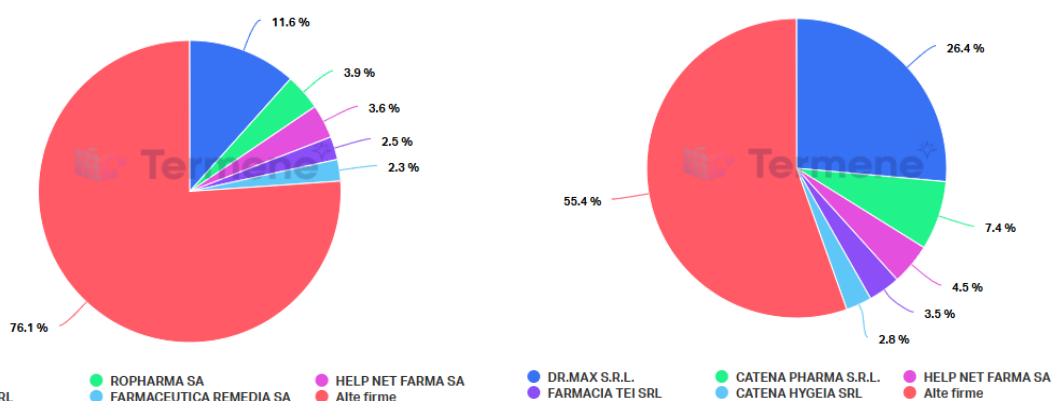
- Independentele și lanțurile mici/medii concentrează răspunsurile la 9–10, ceea ce este compatibil cu constrângeri de capital circulant și acces limitat la mecanisme interne de redistribuire a stocurilor; întârzierile de cash-flow se traduc rapid în restrângerea comenzilor și epuizarea stocurilor.
- Lanțurile extinse raportează tot un impact ridicat, dar cu o masă relativ mai mică la 10 și o dispersie mai mare pe valori intermediare, reflectând probabil buffers de lichiditate, facilități de credit și pooling între punctele aceluiași lanț care atenuează parțial șocul de numerar.

Din perspectiva accesului pacienților, distribuția concentrată la capătul superior al scalei pentru toate categoriile de farmacii susține legătura cauzală „decontări întârziate → dificultăți de restocare → refuzuri la compensate”, cu riscuri disproporționate în zonele deservite de unități cu reziliență financiară mai scăzută.

Graficul nr. 13¹⁶: Top 5 firme (venituri totale), 2014

Graficul nr. 14: Top 5 firme (venituri totale), 2024

¹⁶ Datele și graficul au fost extrase de pe platforma termene.ro. Analiza a fost efectuată la nivelul entităților juridice individuale, și nu la nivelul brandurilor, deoarece identificarea exhaustivă a tuturor societăților farmaceutice integrate într-un brand specific, precum Farmacia Dona, ar implica un proces deosebit de complex și solicitant.



În ceea ce privește veniturile totale ale firmelor din domeniul farmaceutic din România, compararea datelor din 2014 și 2024 evidențiază o concentrare tot mai pronunțată a pieței, determinată de economiile de scară¹⁷. În 2014, primele cinci companii cumulau aproximativ 24% din venitul total al sectorului, în timp ce în 2024 această pondere a crescut la 45%, evidențiind o polarizare accentuată a pieței. Această evoluție reflectă consolidarea sectorului, în care marile companii farmaceutice dețin o proporție tot mai mare din veniturile totale.

În ansamblu, evoluția subliniază procesul de maturizare a pieței farmaceutice din România, caracterizat printr-o tendință spre oligopol, unde primele cinci companii domină progresiv profitabilitatea sectorului.

Acomodarea/organizarea serviciilor (Accommodation)

Cadrul legislativ național și european privind accesul la farmacii și medicamente în România evidențiază potențiale inegalități majore, în special în zonele rurale și izolate, unde distanțele mari, programul redus de funcționare al farmaciilor, lipsa stocurilor pentru anumite medicamente și barierele socio-economice¹⁸ transformă accesul la servicii medicale în unul precar sau inexistent.¹⁹

În acest context putem observa un vid legislativ major privind proprietatea și concentrarea farmaciilor: spre deosebire de țări ca Germania²⁰ sau Austria²¹ (unde proprietatea farmaciilor este rezervată exclusiv

¹⁷ https://www.princeton.edu/~pkrugman/scale_econ.pdf

¹⁸ Cum ar fi vârsta înaintată, mobilitatea redusă, veniturile scăzute, lipsa asigurărilor medicale și alfabetizarea limitată în sănătate, etc.

¹⁹ Cadrul normativ, bazat pe Legea nr. 95/2006, Legea nr. 266/2008, Contractul-cadru (HG nr. 521/2023 cu modificări), norme precum OMS nr. 444/2019 și OMS nr. 368/2017, precum și directive UE (cum ar fi 2001/83/CE, 2011/62/UE și 2005/36/CE), reglementează autorizarea unităților farmaceutice, politica de prețuri, contractarea cu CNAS și prescripția electronică (SIPE/SIUI), dar prezintă totuși lacune structurale majore. În ceea ce ține de OMS 368/2017, acesta stabilește modul de calcul al prețurilor maxime. Aceasta influențează adaosul comercial și fluxul de numerar al farmaciilor, mai ales în rural, unde volumul de comenzi este mic; însă prețul medicamentului este o politică distinctă de remunerarea serviciilor, care ar trebui separate. Deschiderea și operarea unităților farmaceutice sunt guvernate de OMS 444/2019, care stabilește norme pentru înființare, organizare și funcționare, în corelare cu Legea 266/2008 și atribuțiile Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România (ANMDMR) și Ministerului Sănătății (MS), responsabile de autorizare și evidențe.

²⁰ **Germania** – proprietatea limitată la **farmaciști**; 1 farmacie „mamă” + **max. 3 filiale**, în același sau într-un district vecin.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33520040/>

<https://www.abda.de/en/pharmacies-in-europe/ownership-requirements-of-pharmacies-in-the-eu/>

²¹ **Austria** – proprietate **numai la farmaciști**; **nu sunt permise lanțurile**; cel mult **o filială** (condiții stricte în ApothekenG).

https://www.bwb.gv.at/fileadmin/user_upload/Downloads/standpunkte/Gesundheitsbranchenuntersuchung_Apothekenmarkt_BWB_en_final.pdf
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6164448/>

farmaciștilor) sau Polonia²² și Bulgaria²³ (cu limite anti-concentrare), legislația din România prezintă un vid legislativ major. Lipsa unui model de proprietate exclusiv pentru farmaciști și a unor restricții structurale clare pentru integrarea orizontală etc. încurajează concentrarea pieței în zone profitabile. Fără mecanisme de echilibrare teritorială, această situație duce la sub-acoperire în localități rurale sau izolate.

Recomandarea unui stakeholder intervievat este: „...să existe un sistem național în care să se încarce rețetele și furnizorii... să se poată urmări... faptul că acea rețetă este onorată... iar dacă produsul... pleacă la export, furnizorul... să fie sancționat. Prioritizare pe pacient, nu pe comerț.” Propunerea conectează comenzile justificate la un flux trasabil (ANMDMR/MS), cu sancțiuni când onorarea e deturnată spre export. E fundamentul operațional pentru prioritate teritorială

Exportul paralel de medicamente este un alt aspect structural evidențiat de interviuri. O farmacistă intervievată a menționat „Exportul paralel, de care toată lumea vorbește. A fost nebunia cu Euthyrox. La fel, la noi nu se găsea, se exportă pe bandă rulantă. Eu zic acum la modul așa, practician fiind”. Acest practică direcționează medicamentele din piețele cu prețuri mai mici către cele cu prețuri mai mari, golind stocurile locale și afectând pacienții români, în special în zonele rurale. Cazul Euthyrox, un medicament esențial pentru afecțiuni tiroidiene, ilustrează modul în care prioritățile comerciale internaționale pot agrava criza de aprovizionare și punând în pericol sănătatea publică.

În același context, unul dintre stakeholderii intervievați ne-a comunicat: „...medicamentele trebuie să fie ieftine, dar ieftin nu înseamnă întotdeauna bun și ieftin nu înseamnă întotdeauna existent.”. Politicile axate strict pe preț minim fără instrumente de asigurare a ofertei pot genera indisponibilitate; citatul repoziționează dezbateră de la „cât de ieftin” la „este disponibil și în cât timp”.

Concluzii

Conform rezultatelor analizei, principalele concluzii indică faptul că accesul la servicii farmaceutice în România este marcat de inegalități semnificative între mediul urban și rural, precum și de o concentrare puternică a pieței în mâinile câtorva lanțuri mari. Populația vulnerabilă și personalul farmaceutic sunt afectați de condiții sistemice și dezechilibre economice. În acest context, politicile publice ar trebui să vizeze creșterea accesului la serviciile farmaceutice în zonele rurale, susținerea farmaciilor independente și echilibrarea structurii pieței, și astfel asigurarea sustenabilității și echității în domeniul sănătății.

Cadrul legislativ

-OMS nr. 368/2017 stabilește clar mecanismele de calcul al prețurilor maxime (prin referențiere externă și corecții anuale), însă acestea (mecanismele) afectează adaosul comercial și fluxul de numerar, mai ales în zone rurale cu volume mici de vânzări. Totuși, ordinul nu abordează remunerarea serviciilor profesionale, ceea ce limitează separarea politicii de preț de plata pentru servicii farmaceutice (consiliere, aderență etc.).

-OMS nr. 444/2019 fixează cerințe clare pentru spații, dotări, personal, circuitul medicamentelor și proceduri digitale de autorizare, dar, în legislația românească, nu se stabilește în mod explicit un model de proprietate rezervat doar farmaciștilor și nici nu se prevăd limitări structurale precise pentru integrarea

²² Polonia – regimul „Apteka dla Aptekarza” (2017): proprietate doar la farmaciști/parteneriate controlate de farmaciști; max. 4 farmacii/proprietar + criterii geografice/demografice la autorizare.

<https://codozasady.pl/en/p/will-there-be-more-transactions-on-the-pharmacy-market?>

<https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/analyses/hspm/poland-2019/amendment-to-the-pharmacy-for-pharmacists-act-%282017-%29?>

²³ Bulgaria – plafon pe integrarea orizontală: până la 4 farmacii/proprietar (limită legală menționată în literatura recentă). <https://www.mdpi.com/2226-4787/13/4/108?>

orizontală sau dezvoltarea lanțurilor de farmacii (în afara normelor generale de concurență și a obligativității unui farmacist șef pentru supravegherea profesională). Această ambiguitate stimulează concentrarea pieței în zonele avantajoase economic, ceea ce generează o acoperire deficitară în localitățile rurale sau izolate, în absența unor mecanisme de echilibrare teritorială.

Distribuția farmaciilor

-Farmaciile comunitare sunt concentrate puternic în zonele urbane dens populate, în timp ce zonele rurale și izolate sunt defavorizate sau lipsite complet de acces direct.

-Județe precum Tulcea, Caraș-Severin și Teleorman prezintă distanțe mari până la cea mai apropiată farmacie, accentuând fenomenul de „deșertificare farmaceutică”.

-Această distribuție inegală generează riscuri de sănătate și inegalitate pentru populația vulnerabilă, inclusiv persoanele cu mobilitate redusă sau cu nivel scăzut de alfabetizare digitală.

Repartizarea rural-urban a lanțurilor farmaceutice

-Majoritatea lanțurilor mari sunt concentrate în mediul urban: topul primelor 10 lanțuri are, în medie, mai puțin de 30% acoperire în mediul rural

-Farmaciile independente sau mici se găsesc predominant în mediul rural, însă pe măsură ce firmele se extind în lanțuri, acestea se concentrează preponderent în urban.

-Această structură accentuează decalajele existente și subliniază nevoia de politici publice care să promoveze echitatea teritorială.

Veniturile pieței farmaceutice

-Concentrarea veniturilor din sectorului farmaceutic a crescut considerabil între 2014 și 2024: dacă în 2014, topul primelor 5 companii deținea 24% din venitul total, în 2024 acest procent ajunge la 45%.

-Această tendință indică consolidarea pieței și o evoluție spre oligopol, unde marile companii domină tot mai mult sectorul farmaceutic din România.

Rezultate calitative și percepții

-Respondenții evidențiază lipsuri frecvente de stocuri, adaosuri comerciale insuficiente și impact negativ al reglementărilor asupra funcționării farmaciilor.

Întârzierile în decontări și exportul paralel generează refuzuri frecvente, afectând în mod disproporționat persoanele vulnerabile (rural, vârstnici, nivel educațional scăzut).

-Farmaciștii și actorii instituționali confirmă aceste probleme, menționând protocoale inadecvate, condiționări impuse de distribuitori și falimente rurale.

Atitudini și retenție în profesia de farmacist

-Factorii de satisfacție majori includ relațiile pozitive cu pacienții și impactul asupra sănătății publice.

-Presiuni comerciale, lipsa recunoașterii și burnout-ul afectează satisfacția profesională și riscă să genereze migrarea forței de muncă.

-61% dintre respondenți se gândesc la schimbări de carieră în viitorul apropiat, ceea ce sugerează un risc moderat pentru retenția în profesie și accesul la servicii, mai ales în zonele vulnerabile.

Rezultatele preliminare confirmă disparități teritoriale și economice agravate de reglementări actuale: concentrare urbană dominantă ce duce la deșertificare farmaceutică în rural, limitând accesul populației din mediul rural la serviciile farmaceutice. Accesul la medicamente necesită redefinire imperativă din cauza problemelor majore de sustenabilitate, lipsa de stocuri și competiție neloială din partea lanțurilor farmaceutice mari.

Tabel 4: propuneri privind îmbunătățirea accesului la medicamente și servicii de sănătate în farmacii

Dimenisune	Indicatori	Propuneri
Disponibilitatea (availability)	-Impactul întârzierilor la decontare asupra stocurilor - Raportare foarte scăzută a lipsei de medicamente către autorități -Distribuția geospațială - Concentrarea rețelelor de farmacii în mediul urban - „Prioritizare teritorială” - Frecvența refuzurilor + timpul până la eliberare	-Stoc minim operațional pe listă restrânsă de DCI esențiale -Prioritizare teritorială a livrărilor (rotație pe DCI/continuitate) către UAT cu „deșert farmaceutic” -Digitalizare cu vizibilitate națională a stocurilor + funcție de rezervare
Accesibilitatea geografică (accessibility)	-Distribuția geospațială	-Alocare prioritară de stocuri către UAT cu timp/distanță mare până la farmacie
Adecvarea (accommodation)	-Cadru actual: adaos plafonat + întârzieri ⇒ descurajează aprovizionarea cu molecule scumpe; -Legătura directă cash-flow → stoc (Graf. 5: impact „10/10” la 48–54% în segmentele mici/medii/independente) ⇒ măsură cu efect disproporționat în reducerea penuriilor. -Concentrarea veniturilor (top 5: 24% → 45%, 2014→2024) ⇒ asimetrie de putere financiară; sprijinul ținut previne falimentele rurale.	-Separarea prețului medicamentului de remunerarea serviciilor farmaceutice -Scurtarea termenelor la decontare + calendar predictibil
Accesibilitatea economică (affordability)	-Triangulare cantitativ-calitativ-geospațial: barierele procedurale/IT sunt mecanisme explicative pentru refuzuri/timpuri mari.	-Simplificare procedurală/IT (validări, raportări) pentru a reduce refuzurile ne-legate de stoc

Acceptabilitatea (acceptability)	-Strategii organizaționale diferite (Graf. 4): lanțurile redistribuie intern; independenții trimit pacientul/ așteaptă livrarea ⇒ timpi de remediere mai mari fără optimizare procedurală -Subraportarea lipsei la ANM + percepția de favoritism (din interviuri/focus-grup) ⇒ transparență operațională necesară. -Asociere puternică între expunerea la refuzuri și intenția de părăsire a profesiei -Standarde și așteptări mai scăzute din partea pacienților din mediul rural, din grupuri vulnerabile, etc.	-Transparență & trasabilitate (hub național + raportare) pentru a crește încrederea -Întărirea relației cu pacientul prin reducerea refuzurilor -Formarea pentru lucrul cu populațiile vulnerabile concentrată pe dotarea profesioniștilor cu cunoștințele, abilitățile și sensibilitatea necesare pentru a sprijini și a implica în mod eficient persoanele care pot fi marginalizate sau aflate în situații de risc.
----------------------------------	---	---

Anexe

Definiții operaționale (folosite pe tot parcursul raportului)

- Acces farmaceutic²⁴ — situația în care populația unei localități se află în interiorul unor praguri de timp/distanță până la cea mai apropiată farmacie și sunt îndeplinite criteriile funcționale minime: disponibilitatea medicației compensate de bază, program minim de funcționare și continuitatea aprovizionării.
- Deșert farmaceutic²⁵ — unități administrativ-teritoriale (UAT) care depășesc pragurile de timp/distanță (ex. >30 min) și/sau nu îndeplinesc criteriile funcționale minime (stocuri instabile, program insuficient, lipsă acces la compensate). Lipsă de stoc (stock-out)²⁶ — indisponibilitatea temporară a unui medicament la nivel de unitate farmaceutică, rezultată din factori de aprovizionare (alocări, export paralel, întreruperi de fabricație), financiari (cash-flow, termene de decontare) sau procedurali/IT (erori de validare, risc de recuperare sume).
- Timp până la eliberare²⁷ — intervalul dintre prezentarea cu rețetă și momentul eliberării efective; captează costul real de acces (inclusiv căutare/rezervare) și este utilizat în interpretarea hărților și a datelor calitative.
- Continuitate terapeutică²⁸ — posibilitatea de menținere fără întreruperi a tratamentului cronic, afectată de frecvența refuzurilor la medicamente compensate, timpul de remediere a lipsurilor și barierele administrative/digitale.
- Grupuri vulnerabile²⁹ — persoane pentru care barierele de acces sunt amplificate de vârstă (≥65 ani), venit mic, dizabilități/mobilitate redusă, alfabetizare în sănătate scăzută ori marginalizare socială (inclusiv rural/izolat și migranți/refugiați, ex. pacienți proveniți din Ucraina UA). În monitorizare, grupurile vulnerabile se urmăresc ca % servicii furnizate persoanelor ≥65 ani/venit mic/dizabilitate în UAT de interes.
- Sustenabilitate³⁰ (a unității farmaceutice) — capacitatea unei farmacii de a menține continuitatea serviciilor și stocurilor pe termen mediu, date fiind marjele comerciale, întârzierile la decontare și costurile cu personalul; o sustenabilitate redusă se manifestă prin refuzuri la medicamentele compensate, apel la linii de credit și închiderea programului în ferestre critice, afectând disproporționat grupurile vulnerabile.

²⁴ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

²⁵ <https://academic.oup.com/eurpub/article/33/5/785/7221624>

²⁶ https://www.who.int/docs/default-source/medicines/meeting_report_october_shortages.pdf?sfvrsn=1a902eab_3&utm

²⁷ <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0272936&utm>

²⁸ <https://iris.who.int/items/bf8058c0-03b2-4b47-838f-5534849927fb>

²⁹ <https://wkc.who.int/our-work/health-emergencies/knowledge-hub/community-disaster-risk-management/vulnerability-and-vulnerable-populations?>

³⁰ <https://pharmaceutical-journal.com/article/ld/principles-of-sustainable-healthcare-in-pharmacy-practice>

- Prioritizare teritorială³¹ — mecanism de alocare prioritară a stocurilor pentru UAT aflate peste pragurile de acces (deșert farmaceutic), inclusiv rotație pe DCI esențiale și clauze de continuitate la întreruperi, cu registru/hub de transparență.

Definițiile abrevierilor:

- AHEAD — *Action for Health and Equity Addressing medical Deserts* (raport/inițiativă europeană).
- ANMDMR — *Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România*. (autorizare, farmacovigilență, întreruperi, inspecție)
- ANM — *Agenția Națională a Medicamentului* (denumirea anterioară a ANMDMR).
- APP — *Autorizație de Punere pe Piață* (națională / MRP / DCP).
- CAEN — *Clasificarea Activităților din Economia Națională* (ex.: CAEN 47 – retail).
- CANAMED — Catalog național al prețurilor maxime la medicamente („Catalog public” aferent OMS 368/2017).
- CFR — *Colegiul Farmaciștilor din România*.
- CJAS — *Casa Județeană de Asigurări de Sănătate*.
- CNAS — *Casa Națională de Asigurări de Sănătate*.
- COM — *Comunicare a Comisiei Europene* (ex.: COM(2020)...).
- DCI / INN — *Denumire Comună Internațională / International Non-proprietary Name*.
- DCP — *Decentralised Procedure* (procedură descentralizată de autorizare).
- DGIF — *Direcția Generală Inspecție Farmaceutică* (componentă ANMDMR).
- DSP — *Direcția de Sănătate Publică* (județeană).
- EMA — *European Medicines Agency* (Agenția Europeană a Medicamentului).
- EML (OMS/WHO) — *Essential Medicines List* (Lista medicamentelor esențiale).
- EMVS — *European Medicines Verification System* (sistemul european de verificare a medicamentelor; componenta națională: SNVM).
- FMD — *Falsified Medicines Directive* (Dir. 2011/62/UE, serializare).
- FNUASS — *Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate*.
- GIS — *Geographic Information System* (sistem informațional geografic).
- HG — *Hotărâre a Guvernului* (ex.: HG 521/2023 — Contract-cadru).
- HTA — *Health Technology Assessment* (evaluarea tehnologiilor medicale).
- INS — *Institutul Național de Statistică*.
- KPI — *Key Performance Indicator* / indicator-cheie de performanță (ex.: rată de rezolvare, timpi de așteptare).
- MRP — *Mutual Recognition Procedure* (procedură de recunoaștere mutuală).
- MS — *Ministerul Sănătății*.
- OECD — *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OCDE).
- OMS (1) — *Organizația Mondială a Sănătății* (WHO).
- „Ordin MS” (nu „OMS”!) — *Ordin al Ministrului Sănătății* (ex.: Ordin MS 444/2019; 368/2017; 75/2010). Notă: în raport folosim forma „Ordin MS” pentru a evita confuzia cu OMS=WHO.
- OTC — *Over-the-counter* (medicamente fără prescripție).
- PE — *Parlamentul European*.
- RBPF — *Reguli de Bună Practică Farmaceutică* (Ordin MS 75/2010).
- RD / Reg. delegat (UE) — ex.: (UE) 2016/161 privind elementele de siguranță. (în document apare ca „DR 2016/161”).
- SIPE — *Sistemul Informatic de Prescripție Electronică* (e-Rețetă).
- SIUI — *Sistemul Informatic Unic Integrat* (CNAS).
- SNS 2023–2030 — *Strategia Națională de Sănătate 2023–2030* (HG 1004/2023).
- TA — *Tensiune arterială* (ex.: în pachetul minim de servicii).
- UAT — *Unitate Administrativ-Teritorială* (comună/oraș/municipiu).
- UE — *Uniunea Europeană*.

Indicatori de aderență:

- MPR — *Medication Possession Ratio* (proporția zilelor acoperite prin medicamente ridicate).
- PDC — *Proportion of Days Covered* (proporția zilelor acoperite într-un interval-țintă).

³¹ <https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2024/06/Position-paper-on-medicine-shortages-2024.pdf>

Marcaje folosite în focus-grup/interviuri:

- UA — *Participanți ucraineni* (eticheta anonimă „UA#”).
- PT — *Proiecție / protecție temporară* (statut UE pentru persoanele strămutate; în raport apare și „CNP provizoriu”).
- CNP — *Cod Numeric Personal* (în unele cazuri „CNP provizoriu” pentru persoane fără CNP permanent).

Coduri județene (în hărți): IS=Iași, CJ=Cluj, CT=Constanța, IL=Ialomița, GR=Giurgiu, CL=Călărași, TL=Tulcea, CS=Caraș-Severin, MH=Mehedinți, TM=Timiș, BH=Bihor.