



Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656, office@snmf.ro

www.snmf.ro

**Către Cancelaria Președintelui României
Către Secretariatul General al Guvernului
Către Ministrul Sănătății
Către Camera Deputaților și Senatul României**

Stimate Domnule Președinte

Stimate Domnule Prim-Ministru

Stimate domnule Ministru

Stimați Deputați

Stimați Senatori

Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF), organizație profesională reprezentativă la nivel național a medicilor de familie prin intermediul celor 41 de organizații județene independente afiliate, cea mai mare societate profesională din România prin cei 6500 de medici de familie, dorește să vă supună atenției următoarele aspecte, cu privire la *proiectul de Hotărâre de Guvern pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015* aflat în transparență decizională pe siteurile Ministerului Sănătății și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și la *Nota de fundamentare* ce însoțește proiectul pe siteul Ministerului Sănătății, precum și la declarațiile publice ale reprezentanților CNAS, MS și ale purtătorului de cuvânt al Guvernului.

S-a afirmat că există un „monopol” al medicilor de familie in asistența medicală.

În realitate, NU poate fi vorba de monopol. Încheierea contractelor cabinetelor de medicină de familie cu casele de asigurări urmează un set de reguli stabilite de Ministerul Sănătății. Comisiile care urmăresc respectarea acestor reguli în prezent au în componență 2 reprezentanți ai Direcțiilor de Sănătate Publică, 2 reprezentanți ai Caselor Județene de Asigurări de Sănătate, 1 reprezentant al Colegiului județean al Medicilor și doar 2 reprezentanți ai medicilor de familie. [Detalii în anexa 1.](#)

S-a afirmat că există o „lacună legislativă” care ar permite "vânzarea listelor de pacienți".



Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656, office@snmf.ro

www.snmf.ro

În realitate vânzarea praxisului este reglementată printr-o lege în vigoare din 2006. Este oare considerată această lege este o lacună legislativă? Preluarea praxisului este reglementată de Legea 95/ 2006 și Ordinul 1322/2006 , fiind o practică absolut normală în orice țară civilizată și este în cel mai bun interes al pacienților. [Detalii în anexa 2.](#)

S-a afirmat că o creștere a numărului de medici aflați în concurență va duce la creșterea calității serviciilor.

În realitate, nu se poate utiliza noțiunea de concurență cu aceeași conotație ca în mediile comerciale, deoarece sănătatea nu poate fi considerată o marfă. Este inacceptabil să privim asistența medicală ca pe o marfă comercializabilă și nu ca pe un serviciu public. Aceeași greșeală s-a făcut și cu farmaciile, iar acum plătim acest lucru prin scandalul prețurilor la medicamente. [Detalii în anexa 3](#)

S-a afirmat că medicii tineri nu pot intra în sistem.

În realitate, cu excepția marilor orașe universitare (unde există un surplus de medici), comisiile mixte au identificat peste 429 de localități în care se pot deschide cabinete de medicină de familie, dar care rămân neocupate pentru că nu sunt în marile orașe ci în orașe mici și medii sau în rural. Vă amintim că anul trecut au intrat în rezidențiat doar 95 de medici pe specialitatea de medicină de familie, că vârsta medie în medicina de familie este de peste 50 de ani și că, anual, pleacă mult mai mulți medici de familie în Franța (vorbim de cei care au deja un praxis) decât produce sistemul. [Detalii și harta în anexa 4.](#)

S-a afirmat că modificările incluse în actualul proiect vor aduce “mai multe servicii în beneficiul pacientului”.

În realitate, bugetul acordat medicinei de familie este fix. Creșterea numărului de servicii raportate duce doar la devalorizarea lor și la costuri inutile pentru pacient și medic. Mai mult, opțiunea unui pacient pentru un anumit medic nu este îngădită (pacientul se poate muta la fiecare 6 luni de pe lista unui medic!). În plus, medicul este limitat la maximum 4 consultații pe oră și la maximum 5-7 ore pe zi, reglementare împotriva intereselor pacientului. [Detalii în anexa 5](#)

S-a afirmat că nu există dovezi privind falimentarea cabinetelor în absența unui număr minim de pacienți.

Nu există cabinete medicale care să aibă ca unică sursă de venituri activitatea de medicina familiei și să poată supraviețui cu mai puțin de 800 de pacienți înscriși decât dacă sunt susținuți de unul din marile lanțuri de clinici medicale. [Detalii în anexa 6.](#)

Am încercat să prezentăm pe scurt datele care vă sunt necesare pentru a fi corect informați și a lua deciziile corecte. În Anexe am prezentat în detaliu atât explicații cât și date reci, tehnice, imagini pentru a ne argumenta poziția. În plus prezentăm scrisoarea unuia dintre miile de medici de familie care au emigrat în străinătate ([Detalii în Anexa 7\).](#)

[Anexa 8](#) prezintă costurile de funcționare ale unui cabinet de medicină de familie și o analiză a bugetului alocat medicinei de familie. Includem un calcul care estimează câte cabinete noi ar putea fi finanțate printr-o creștere a bugetului alocat asistenței medicale primare până la un nivel



Societatea Națională de Medicină Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656, office@snmf.ro

www.snmf.ro

comparativ cu celelalte țări europene, de 10% din FNUASS, fără a fi afectate veniturile actuale ale cabinetelor existente.

Localitățile, comunele și satele unde cetățenii României nu au medic de familie sau sunt nevoiți să se adreseze cu miile unui singur medic de familie existent sunt prezentate în Anexa 9. Vă punem la dispoziție o hartă exactă realizată pe baza rapoartelor comisiilor mixte în anul 2014 - aceleași comisii care urmează acum a fi desființate prin proiectul de modificare a Contractului-cadru.

Vă rugăm să studiați această documentație menită să vă ajute în a vă formula o opinie adecvată și a înțelege rațiunea pentru care medicii de familie se opun acestor propuneri de modificări ale legislației și doresc să tragă un semnal de alarmă cu privire la riscurile de structurării rețelei naționale actuale de asistență medicală primară în grija careia se află întreaga populație a României.

Noi vă asigurăm că suntem primii care înțelegem necesitatea reglajelor fine în sistemul sanitar românesc, în reglementările Contractului-cadru și de aceea participăm cu bună credință la toate consultările cu Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate la care suntem invitați. De asemenea înaintăm propuneri pentru majoritatea proiectelor legislative afișate în Transparență decizională. Suntem organizați, informați și s-ar putea să deranjăm. De aceea atunci când propunerile și argumentele noastre nu sunt auzite la acest nivel, vă rugăm să acceptați invitația noastră de mediere a acestor situații.

Cu încrederea că veți dispune măsurile reparatorii necesare, primiți, stimate domnule Președinte, stimate domnule Prim Ministru, stimate domnule Ministru, stimați deputați, stimați senatori, expresia înaltei noastre considerații.

Dr. Rodica Tănăsescu

Președinte SNMF





Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656, office@snmf.ro

www.snmf.ro

Anexa 1

MONOPOL înseamnă o înțelegere între furnizori, ori în cazul a 12.000 de medici de familie nu poate fi vorba de așa ceva.

Sistemul actual de contractare în medicina de familie și în ambulatoriul de specialitate există de la înființarea asigurărilor de sănătate și a apariției înregistrării pacienților la un singur medic de familie, din 1999. Modalitatea a fost confirmată și în anul 2006, prin prevederile Legii Sănătății care stabilesc caracterul privat al cabinetului medicului de familie. La ora apariției instituției medicului de familie, s-a afirmat că este cea mai mare privatizare a României, fiind privatizat un întreg segment de furnizori de servicii medicale.

Alegerea de către pacient a unui medic de familie este principiul fundamental care guvernează sistemul asigurărilor sociale de sănătate și este garanția asumată de Stat pentru a asigura cea mai bună îngrijire pe termen lung a pacienților.

Calculul necesarului de medici de familie se face pe baza raportului dintre populația României dintr-o unitate administrativ teritorială/zonă urbană, conform datelor Institutului Național de Statistică și numărul optim de pacienți pe lista unui medic de familie, stabilit de Contractul-cadru ca fiind 1800.

În absența unei fundamentări economice sau științifice în România pentru acest număr, experiența practică a ultimilor 15 ani, consolidată de datele internaționale existente, arată ca acest număr, de 1800 pacienți pe lista unui medic de familie, asigură o calitate optimă a actului medical al acestuia.

Intrarea în contract cu casa județeană de asigurări de sănătate este gestionată de comisiile mixte constituite în baza prevederilor Contractului-cadru și care funcționează în baza criteriilor și regulamentului stabilite prin ordin al Ministrului Sănătății. În aceste comisii există 2 reprezentanți ai Direcțiilor de Sănătate Publică, 2 reprezentanți ai Caselor Județene de Asigurări de Sănătate, 1 reprezentant al Colegiului Județean al Medicilor și doar 2 reprezentanți ai medicilor de familie. Astfel, medicii de familie sunt în minoritate, iar comisia are rolul de a asigura o distribuție echitabilă a medicilor, astfel ca ÎNTREAGA populație asigurată să beneficieze de asistența medicală necesară. Comisia analizează fiecare localitate în parte, poate decide scăderea pragului minim de intrare în contract cu casa în cazul localităților în care populația se află sub minimul necesar sau poate cere ajutorul administrațiilor locale pentru sprijinirea deschiderii de cabinete medicale (prin participarea unui reprezentant al administrației locale la ședințele comisiei).

Este firească tentația oricărui medic de a profesa în orașele mari, chiar universitare. În luarea deciziilor privind stabilirea modului de contractare însă trebuie avut în vedere pericolul real al privării celor mai săraci și mai bolnavi dintre români de asistență medicală. Actualul proiect lovește încă o dată în aceste localități (vezi anexa 5). Reamintim că țările UE au mecanisme foarte coerente de a menține această distribuție echitabilă exact prin interzicerea deschiderii de cabinete medicale fără nici un control. În Franța, Colegiul Medicilor avizează deschiderea unui cabinet nou doar dacă există acordul prealabil al tuturor medicilor de familie din zonă. În Germania Asociația Federală a Medicilor este cea care gestionează locațiile disponibile, pentru a nu menționa decât 2 dintre cele mai bine cotate sisteme de sănătate.



Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656, office@snmf.ro

www.snmf.ro

Din România pleacă în fiecare an câteva mii de medici, unul la fiecare 5 ore. Acest proiect de modificare a Contractului-cadru va alunga și mai mulți medici de familie din țară. Singurele afaceri care vor prospera sunt cele ale marilor lanțuri medicale, care vor putea să subvenționeze propriile cabinete, falimentând cabinetele independente. Abia așa se pun bazele unui monopol în serviciile medicale din asigurări. Reamintim că fundamentul funcționării corecte a oricărui sistem de sănătate este o medicină primară independentă profesional și financiar. Nu ne dorim ca medicul de familie să devină o verigă profitabilă a unui lanț, așa cum farmaciștii angajați la lanțurile farmaceutice au cote de vânzări, salarii minime iar localitățile sărace nu au farmacii.

Pe lângă cei peste 1 milion de români care nu au medicul de familie la îndemână vor fi mult mai mulți care își vor pierde medicul de familie pe care l-au ales, dacă această propunere de modificare a Contractului-cadru va intra în vigoare.

Reamintim că deschiderea unui cabinet în afara relației contractuale cu casa de asigurari este perfect legală și posibilă însă riscantă. Doar o minoritate de cetățeni își poate permite să plătească servicii oferite de medicii de familie în afara sistemului de asigurări sociale.

Literatura științifică și experiența internațională abundă în exemple privind eficiența controlului numărului de medici de familie pentru a preveni inechitatea în Sănătate. În rândurile de mai jos prezentăm două exemple:

*Aceste stimulente pot fi atât financiare cât și educaționale, concentrate pe zonele deprivate și cu dificultăți în accesul la servicii medicale. În cele din urmă, politicile de sănătate pot de asemenea să includă **controlul numărului de medici de familie în zonele unde aceștia sunt din abundență, astfel fiind favorizate zonele cu mai puțini medici**. Este imperativ ca cei care creează politicile de sănătate să introducă un sistem care să distribuie medicii de familie într-un mod mai egal și echitabil, luând în considerare ajustarea pentru inechitate și interacțiunea dintre diferitele politici de sănătate, într-un mod care să răspundă nevoilor de sănătate ale populației.*

*(These incentives could be both financial and educational, focused on deprived districts and areas with difficulties in access to health care provision. Finally, policy could also be directed towards **entry control in terms of limiting the provision of GPs in areas with oversupply, thus favouring the undersupplied districts**. It is imperative that policy-makers introduce a system that would distribute GPs in a more equal and equitable way, taking into consideration the adjustment for inequality and the interaction of different policies, in a way that would meet the population's health needs.)*

[Măsurarea inechităților în sănătate în Albania: focus pe distribuția medicilor de familie

Measuring health inequalities in Albania: a focus on the distribution of general practitioners -

Pavlos N Theodorakis, Georgios D Mantzavinis, Llukan Rrumbullaku, Christos Lionis and Erik Trell -
21 February 2006 Human Resources for Health 2006, 4:5 doi:10.1186/1478-4491-4-5
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1478-4491-4-5.pdf>]

*În primul rând, prin **controlul numărului de medici din zonele declarate ca având relativ prea mulți medici**, pentru a reduce inechitatea între zonele cu prea mulți medici și cele cu prea puțini medici. (...) Din anul 1948, NHS a restricționat accesul medicilor de familie în zonele declarate ca având prea mulți medici. Un control similar a fost introdus și în alte țări cum ar fi Olanda. Cu toate acestea, în Anglia în anul 2002 și în Scoția în anul 2003 s-a renunțat la controlul centralizat și s-a*



Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656, office@snmf.ro

www.snmf.ro

*lăsat în seama organizațiilor de asistență medicală primară locale. **Acestea erau obligate să se consulte cu medicii de familie locali** atunci când luau decizia de a permite introducerea unor noi medici de familie în zonă. (...)*

Rezultatele noastre aduc câteva dovezi asupra efectelor acestor politici în NHS:

În primul rând, controlul numărului de medici de familie nu este suficient pentru a preveni reducerea echității în distribuția medicilor de familie: echitatea în Anglia a scăzut între mijlocul anilor 1990 și renunțarea la controlul centralizat în anul 2002.

*În al doilea rând, **controlul numărului de medici de familie probabil crește nivelul general de echitate**: după renunțarea la controlul centralizat a existat o reducere bruscă a nivelului de echitate.*

(First, through controls on entry into areas designated as relatively over-doctored to reduce inequity between over- and under-doctored areas. (...) Since 1948 the NHS has restricted entry by GPs into areas which were classified as over-doctored. Similar controls have been used in other countries such as the Netherlands. However, centralized entry controls were abolished in England in 2002 and in 2003 in Scotland and devolved to local primary care organizations. They were required to consult local GPs when taking decisions on allowing new practices and GPs to enter the area. (...)

Our results reveal some evidence as to the effects of these policies in the NHS.

First, entry controls are not sufficient to prevent decreases in the equity of GP distribution: equity in England decreased between the mid 1990s and the abolition of controls in 2002.

Second, entry controls probably increase the overall level of equity: there was a sharp fall in equity after the abolition of entry controls.)

[Unde au plecat toți medicii de familie ? Creșterea echității geografice în Anglia și Scoția

Where did all the GPs go? Increasing supply and geographical equity in England and Scotland - Maria Goddard, Hugh Gravelle¹, Arne Hole¹, Giorgia Marini Centre for Health Economics; ¹ National Primary Care Research and Development Centre, University of York, York, UK

<https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/WheredidalltheGPsgo.pdf>

Legislația actuală:

- Hotărârea nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015
- Ministerul Sănătății nr. 619/30.05.2014 Casa Națională de Asigurări de Sănătate nr. 360/29.05.2014 Ordin pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Hotărârii de Guvern nr.400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015



Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656, office@snmf.ro

www.snmf.ro

Anexa 2

Preluarea praxisului este reglementată în *Legea 95/2006 art. 60 alin i, si art. 69 alin. 3* precum și a *Ordinului Nr. 1322 din 2 noiembrie 2006 privind aprobarea normelor de stabilire a criteriilor și metodologiei de preluare a activității unui praxis existent* emis de Ministerul Sănătății.

Rolul acestor norme este de a normaliza situația unui cabinet de medicină de familie (instituție privată) și de a armoniza legislația română cu cea europeană privind noțiunea de praxis. Menționăm clar că nu se vinde nici o listă de pacienți, pacientul având dreptul de a pleca imediat de pe lista noului medic la orice medic dorește. Rolul acestei măsuri e de a asigura o tranziție lină de la un medic care pleacă din sistem, la unul care intră în sistem prin evitarea dezagregării listei de pacienți, de a evita colapsul financiar al medicului care intră, prin necesitatea de a reînscris toți pacienții, fiind asigurată continuitatea asistenței medicale. Transferul de praxis este supravegheat de comisiile mixte menționate la anexa 1, existente de la apariția legii asigurărilor.

În toate țările civilizate noțiunea de praxis este una dintre cele mai vechi și mai importante pentru orice medic, reprezintă atât o noțiune materială (cabinet, dotări – patrimoniul de afectațiune profesională) cât și una imaterială dar nu mai puțin importantă (cea legată de prestigiul profesional concretizată prin capitalul de încredere oferit de pacientură). Este o consecință directă a profesiunii liberale, la fel ca la avocați, notari și alte profesii liberale.

Este suficient să consultăm anunțurile de mică publicitate din Franța, Anglia, Germania, Italia, Austria pentru a constata existența anunțurilor de vânzare a praxisurilor. Acum CNAS încearcă o "naționalizare" forțată a unui bun privat sub pretextul unui așa zis „monopol” și a tranzacționării "unei liste de pacienți". Credem cu tărie că anul 1948, anul naționalizării forțate, a rămas definitiv în trecutul României și că nici o instituție modernă, europeană, nu își poate permite să ignore un drept fundamental – dreptul la proprietate, indiferent de forma ei.



Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656, office@snmf.ro

www.snmf.ro

Anexa 3

CONCURENȚĂ, concurențe, s. f. 1. Trăsătură esențială a economiei de piață, care reflectă rivalitatea, disputa dintre agenții economici de a produce și vinde bunuri și servicii similare sau substituibile în condițiile cele mai avantajoase pentru ei. (DEX 2009)

CNAS dorește creșterea numărului de medici de familie în sistem prin eliminarea pragului de 800 de pacienți drept criteriu de intrare în contract cu casa. Prin această modificare CNAS consideră că un număr mai mare de medici va genera concurență mai mare, având ca rezultat creșterea calității serviciilor fiecărui medic din sistem. Acest lucru ar fi realizabil dacă ar fi aplicabile criteriile de calitate din domeniul comercial și în domeniul medical, dar acest lucru nu este posibil.

În medicină, calitatea actului medical este cuantificată pe baza unor criterii stricte și standardizate, reevaluate periodic, pe baze științifice. Criteriile se referă exclusiv la beneficiul pacientului și au ca scop protejarea lui. Unele dintre criteriile importante sunt: competența certificată a medicului, buna practică medicală prin aplicarea ghidurilor și protocoalelor din domeniu, atingerea țintelor terapeutice în conformitate cu recomandările internaționale, îmbunătățirea indicatorilor stării de sănătate a pacienților prin utilizarea eficientă a investigațiilor și tratamentelor ș.a.

Creșterea numărului de medici de familie în contract cu casa de asigurări nu va induce automat creșterea calității serviciilor oferite pacienților, ci mai degrabă a numărului de servicii medicale. Mai mult, creșterea ponderii la plată a plății per serviciu favorizează o inflație de servicii medicale.

Medicina defensivă poate fi observată în Statele Unite, un loc în care domnește concurența de tip comercial, un sistem în care costurile cu Sănătatea sunt duble față de costurile medii ale Europei Occidentale în timp ce indicatorii stării de sănătate sunt în coada clasamentului țărilor dezvoltate. Studiile efectuate în sistemul american arată că există o corespondență directă între nivelul concurenței și costuri.

Astfel, de fapt, CNAS este direct preocupată de costuri și NU de calitatea actului medical pe care populist o aclamă ca element de bază în nota de fundamentare a proiectului.

Calitatea actului medical se obține prin investiție, atât în resursa tehnică, logistică (aparatură, spre exemplu) cât și în resursa umană. Atunci când CNAS introduce conceptul de concurență legată strict de creșterea numărului de medici, efectul sigur va fi de fapt alterarea gravă a relației medic-pacient pentru că primii vor fi obligați să facă imposibilul pentru a avea pacienți la cabinet, prin practica medicală defensivă. Sănătatea nu este o marfă astfel încât considerăm că este imoral să impui criteriile de calitate din piața comercială în piața serviciilor medicale.

Ne exprimăm speranța că românii nu vor fi încă odată cobaii reformei făcute fără nici o bază, fără nici o fundamentare științifică, împotriva recomandărilor partenerilor Guvernului României: Banca Mondială, Comisia Europeană, Fondul Monetar Internațional.



Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656, office@snmf.ro

www.snmf.ro

Anexa 4

Una din cele mai grave și șocante dezinformări lansată de CNAS este grija instituției pentru medicii tineri. Acele comisii, pe care CNAS vrea să le desființeze, au identificat peste 429 de localități, sate și orașe, în care peste 1 milion de cetățeni români au nevoie de medici de familie, unde medicii tineri pot începe să profeseze. Vorbim despre 572 locuri de muncă pentru medicii tineri.

Sunt localități în care medicii existenți sunt supraaglomerați, sunt obligați de situație să îngrijească nu optimul de 1800 pacienți ci sute și mii în plus! Sunt localități în care nu există nici măcar un medic, iar cetățenii, de multe ori bătrâni și foarte bolnavi, trebuie să străbată kilometri pentru asistența medicală de bază, primară, garantată de stat în orice stat civilizată.

Numărul anual de locuri la rezidențiat este de aproximativ 150 pentru medicina de familie. Nu socotim medicii care se pensionează (mulți rămân în activitate pentru că nu există nici un doritor să îi înlocuiască și atunci este permisă derogarea prin Colegiul Medicilor DOAR până la apariția unui medic dispus să lucreze în locul celui pensionat) sau cei care pleacă definitiv în țări străine. Vă recomandăm spre lectură scrisoarea unui asemenea medic – Mihaela Denisa Țigănuș – o regăsiți în anexa 7.

Spre deosebire de CNAS există bănci care au înțeles dificultățile medicilor tineri la început de carieră. Astfel băncile orientate spre activitatea medicală finanțează cumpărarea sau înființarea de praxisuri. De ce CNAS nu se orientează cu adevărat spre o profesie liberă și nu propune Guvernului României o soluție corectă cum ar fi "Primul praxis"? Un program prin care guvernul să subvenționeze o parte din dobânda cerută de bancă și să GARANTEZE că venitul cabinetului nu va fluctua după cum se schimbă președinții de la CNAS. Ar fi un pas care ar arăta decență și grijă pentru medicii tineri de orice specialitate și ar oferi într-adevăr o șansă tuturor!

CNAS nu este capabilă la ora actuală să gestioneze numărul de medici existenți. Deși există un sistem informatic plătit cu 180 de milioane de euro, atunci când am cerut situația medicilor care primesc sporuri de zonă, CNAS a făcut adrese către casele locale pentru a primi aceste date prin tabele scrise, ca acum 20 de ani).

CNAS nu are date privind necesarul de medici. La sfârșitul acestei anexe aveți harta făcută de noi cu necesarul de medici dar și cu localitățile în care numărul de medici depășește cu mult necesarul. CNAS nu are date cu privire la numărul de medici care solicită intrarea în relații contractuale cu CJAS.

Cu toate acestea susține că medicii tineri nu pot intra în sistem. Vă rugăm să solicitați Ministerului Sănătății numărul de medici care au plecat definitiv din România și care au depășit vârsta de 30 de ani. Noi ne cunoaștem colegii și știm că au plecat atât de mulți... și niciunul dintre ei nu dorește să revină în România.

De asemenea vă aducem la cunoștință că media de vârstă a medicilor de familie depășește 50 de ani, conform statisticii realizate de Organizația Mondială a Sănătății în raportul PCET dat publicității în anul 2011. Ne așteptăm la pensionări masive în următorii 5-10 ani. De ce nu se ocupă CNAS de rezolvarea acestei probleme prin ajustarea, împreună cu Ministerul Sănătății, a numărului de locuri la rezidențiat în așa fel încât plecările din sistem să poată fi contrabalansate de numărul de intrări?



Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656, office@snmf.ro

www.snmf.ro

Anexa 5

CNAS dorește “mai multe servicii”. CNAS nu are nici o statistică reală a necesarului de servicii deoarece CNAS limitează superior numărul de servicii pe furnizor, indiferent de specialitate. Ca atare, nu există nici un studiu care să spună că la 1000 de persoane e nevoie de 100 de consultații pe lună la un medic de familie, 30 la un chirurg, 20 la un ginecolog și așa mai departe. CNAS stabilește arbitrar o limită de 4 consultații pe oră, o limită de 5-7 ore de consultații, pe baza unui ordin de ministru care spune că e necesară programarea și, **din acest punct de vedere**, o durată medie a consultației este de 15 minute. Pe lângă faptul că, din punct de vedere medical, o consultație are durată variată (în funcție de medic, pacient, patologie) standardizarea duratei consultației este o insultă adusă calității actului medical.

CNAS face acest lucru deoarece are de rezolvat o problemă contabilă. Bugetul acordat furnizorilor este fix și stabilit anual. Pentru a stabili o valoare de plată (nu are nici o legătură cu costurile din sistem, e o simplă operație contabilă...) CNAS împarte bugetul la maximum de servicii pe care le decontează. În cazul medicinei de familie înmulțește numărul de medici cu 4 consultații pe oră și numărul de zile lucrătoare din an, stabilind astfel un maxim de servicii realizabile și împarte bugetul la acest număr de consultații. Își păstrează o rezervă pentru medicii care intră în sistem și apoi calculează valoarea punctului.

Astfel o consultație la medicul de familie este calculată de CNAS la 10 lei. Chiar dublând valoarea ei, se ajunge la 20 de lei (aducând și plata per capita în valoarea consultației).

Atât costă un tuns! Aceasta este valoarea pe care CNAS își permite să o plătească din procentul de 6,6% din FNUASS alocat medicinei de familie.

În condițiile în care CNAS cere mai multe “servicii” este evident că, pe același buget, valoarea unei consultații va scădea. Cât mai poate să scadă? CNAS cunoaște media serviciilor decontate într-un an în medicina de familie și aceasta nu a atins numărul preconizat, ceea ce arată că, la tipurile de servicii pe care le decontează, nu are cum să crească numărul de consultații. Ceea ce clamează CNAS, că “se vor plăti mai multe consultații”, nu este adevărat! Nu se pot inventa consultații, pe aceeași paletă de servicii. Dar, crescând paleta de servicii decontate pe un număr fix de servicii decontate, nu se face nicio plată suplimentară a numărului de servicii ci doar o scădere a valorii unui serviciu.

Înțelegeți acum de ce (e)migrația medicilor e o soluție mult mai bună decât sistemul de asigurări din România? Înțelegeți de ce partenerii externi au cerut creșterea finanțării medicinei primare la cel puțin 10% din FNUASS, **așa cum e în orice țară civilizată?**

CNAS are la dispoziție SIUI și, de la 1 mai, cardul de sănătate. CNAS nu a făcut însă nici o analiză a datelor statistice din SIUI și nici nu a fundamentat necesarul de servicii. Cui folosește sintagma “servicii”? Supermarketurile medicale, cu reclame (ilegale) în mall-uri și care racolează pacienți cu fluturași și reclame pe internet (în care promit gratuități, gratuități garantate de altfel la orice alt furnizor prin Contractul Cadru) sunt singurele care profită de această inflație de servicii...

Nu întâmplător sistemul de asigurări de sănătate din Israel refuză plata per serviciu, considerând acest lucru ca fiind generator de inflație de servicii, irosire a banului public și privat și



Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656, office@snmf.ro

www.snmf.ro

o cale prin care starea de sănătate a populației se degradează constant în timp ce veniturile marilor investitori se rotunjesc considerabil.

Medicul de familie NU poate face mai multe servicii, e limitat de pacienți, de sistem, de mulți alți factori. Creșterea calității nu se face prin servicii fără număr, ci prin creșterea calității actului medical, prin accentuarea gate-keepingului și a posibilităților de tratament la medicul de familie. La ora actuală există nenumărate investigații și medicamente pe care medicul de familie NU le poate prescrie. În toate țările UE tratamentul diabetului, de exemplu, începe și se termină în cabinetul medicului de familie, medicii de altă specialitate fiind solicitați în situații speciale. În România medicul de familie a primit, cu greutate, dreptul de a **transcrie** medicația antidiabetică orală și asta pentru o perioadă de maximum 6 luni. Colegii noștri, români, din UE prescriu insulină și gestionează diabetul pe baza cunoștințelor de aici, din România. De ce CNAS nu se interesează de acest lucru, pentru a reduce apelarea la alte specialități și a degreva ambulatoriile de specialitate și internările din spitale sau prezentările nejustificate la UPU?

Lista de restricții pentru medicina de familie e mai mare decât lista lucrurilor permise. Și CNAS are ipocrizia de a cere mai multe "servicii" știind bine că ele nu pot fi făcute, în ciuda faptului că medicii sunt bine pregătiți profesional, ba chiar în ciuda conținutului curiculei profesionale!

Ne exprimăm speranța că veți înțelege că lucrurile trebuie făcute pe baza studiilor, pe baza recomandărilor experților și, nu în ultimul rând pe baza interesului pentru pacient, pe care ni-l dorim cât mai bine îngrijit, cât mai puțin plimbat și cât mai protejat.



Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656, office@snmf.ro

www.snmf.ro

Anexa 6

Reducerea numărului minim de înscriși la zero este una din cele mai păguboase decizii luate vreodată de un președinte CNAS.

Pe baza actualelor date aveți în anexa 8 o modalitate de calcul a cheltuielilor minime dar și a veniturilor unui cabinet de medicină de familie.

Indiferent de modalitatea de împărțire a procentelor per capita / per serviciu, numărul de consultații pe care le poate face un medic de familie depinde de mărimea reală a listei sale de pacienți. Cu alte cuvinte un medic cu 100 de oameni pe listă nu va putea deconta niciodată 400 de consultații pe lună, așa cum o face un medic cu 1500 de înscriși pe listă. Ca atare, veniturile sale nu vor putea crește pe baza "serviciilor" deoarece medicii nu fabrică șuruburi. Medicul nu poate inventa bolnavi, boli sau consultații decât dacă vrea să fraudeze sistemul dar credem că până și CNAS nu dorește acest lucru. Ca atare este imposibil pentru un medic cu o listă redusă să supraviețuiască din punct de vedere financiar cu o listă mică de pacienți. Doar centrele medicale sub formă de lanț sunt cele care pot susține aceste cabinete fantomă pe termen mediu și lung bazându-se pe ceea ce aceste mici cabinete pot face: sa ofere, în lanț, servicii care aduc bani dar nu sunt necesare pentru pacient. CNAS a evitat să dea o explicație pentru această modificare.

Atragem atenția în acest context și asupra articolului care interzice orice formă de colaborare între furnizori, articol care de fapt interzice unui medic de familie să pună la dispoziție spațiul cabinetului pentru recoltarea de analize sau prestația, în afara programului de lucru al medicului, a unui medic de altă specialitate (lucru de dorit în special în mediul rural, unde deplasarea pacienților la oraș e o problemă majoră). Articolul are efecte deosebit de perverse, inclusiv interzicând spitalelor să externalizeze servicii de imagistică sau contracte cu laboratoare externe pe ceea ce laboratorul lor intern nu poate face. Unui medic (cabinet) cu practică individuală îi este interzis ceea ce li se permite centrelor medicale. Încă odată, centrele mari nu au nimic de suferit, trimiterile în interiorul lor fiind fără nici o problemă decontate de CNAS.

Minimul de pacienți înscriși pe o listă asigura stabilitatea și viabilitatea unui cabinet medical. Cel mai important aspect al viabilității financiare este independența profesională a medicului – singura pază a sistemului împotriva fraudelor. Cereți CNAS să se documenteze privind fraudele de acest gen (prin supraraportare de servicii medicale) în sistemele de asigurări de sănătate care folosesc această metodă, începând cu Statele Unite și terminând cu Germania. Cereți CNAS să analizeze valoarea fraudelor produse în sistemul românesc de furnizorii de servicii independenți și de cei organizați sub formă de lanțuri medicale. Abia în ultimii doi ani au apărut scandaluri imense legate de sume de zeci de milioane de euro în servicii decontate nejustificate. Sume luate din bugetul bolnavilor. Acestea sunt principalele moduri de a fraudă sistemul și nu vă închipuiți că persoanele care au fost capabile să fure medicamente oncologice se vor împiedica de clonarea unui card!



Anexa 7

Doctorul Țigănuș Mihaela-Denisa, medic specialist de medicină de familie, a explicat printr-o scrisoare, pentru DC News, prin ce umilită a trecut în România. A plecat din România în octombrie 2012 și își practică profesia în Franța. Spune că nu s-ar mai întoarce în țara natală din cauza abuzurilor la adresa medicilor.

În scrisoarea de mai jos, Țigănuș Mihaela-Denisa vorbește despre abuzurile incredibile pe care Casele de Asigurări de Sănătate le-a făcut asupra sa, dar și a colegilor săi. Aceasta a primit o adresă prin care CAS Dolj îi aducea la cunoștință că este 'pârâtă' pe următoarea 'speță': ar fi acordat servicii medicale, în anul 2012, pacienților într-o perioadă în care aceștia erau spitalizați.

Iată scrisoarea medicului Țigănuș Mihaela-Denisa:

De ce mi-am părăsit țara...

În decembrie 2014 am venit în România, în vacanță, să-mi petrec sărbătorile de iarnă... nu mai avusesem parte de bucuria asta de trei ani... La trei zile după ce am ajuns, poștașul mi-a adus o scrisoare recomandată. Înainte de a semna, m-am uitat cu atenție la expeditor: CAS Dolj.

Am refuzat să semnez de primire. Bănuiam că o fi vreo imputare, 'cadouri' în Ajunul Crăciunului din partea Casei... știam de la colegii mei... Mai târziu am regretat că nu am intrat în posesia ei, eram totuși curioasă. Ocupată cu sărbătorile, nu am trecut curând la poștă să o recuperez, așa că fusese deja returnată. Am căutat-o la CAS. Nici acolo nu am găsit-o, dar am solicitat-o în mod neoficial. Doar pentru a mă informa. Despre ce era vorba? **O adresă prin care CAS Dolj îmi aduce la cunoștință că sunt 'pârâtă' pe următoarea 'speță': aș fi acordat servicii medicale, în anul 2012, pacienților mei într-o perioadă în care aceștia erau spitalizați, și sunt penalizată cu 2 sume: 75,44lei+201,10 lei.**

Nenumărate astfel de imputări cu sume chiar mai mari, au fost trimise colegilor mei, medici de familie pe această 'speță' și nu numai... există multe 'spețe': rețetele acordate pensionarilor cu pensii între 0-700 lei care ar avea venituri suplimentare (de parcă medicul de familie ar avea vreo obligație legală să interogheze pensionarul dacă are și alte venituri), medicamente prescrise de medicii de familie, fără scrisoare medicală de la alți specialiști (poate nu știți, dar se consideră că medicul de familie român nu are destulă minte și pregătire să inițieze tratamente cu anumite medicamente, să prescrie toate analizele pe care le consideră necesare). Abuzuri de neimaginat care durează de ani de zile!

După cum veți putea citi în adresa pe care v-o pun la dispoziție, nu este specificat în ce perioadă a anului 2012 am acordat eu acele servicii, nici nu sunt nominalizați acei pacienți, nici nu se precizează de ce tip de servicii au beneficiat. Se spune: 'servicii medicale prestate unor persoane care figurau spitalizate' (Cine, când, cum??). Nu am avut timp să solicit CAS-ului o listă detaliată... De ce n-am făcut-o? Pentru că nu mai sunt în relații contractuale cu CAS-Dolj din data de 01 Noiembrie 2012 (denunțare unilaterală-am părăsit România, sunt medic generalist într-o altă țară europeană).

Așadar sunt 'pârâtă' și datoare sistemului medical românesc în condițiile în care eu nu mai îmi practic profesia în țara mea de peste 2 ani de zile. Camera de Conturi Dolj (cea care a



Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656, office@snmf.ro

www.snmf.ro

descoperit 'frauda') și CAS Dolj (cea care ne transmite nouă că am fraudat și recuperează sumele) spun că sunt îndreptățiți să mă considere datoare, deoarece am lucrat 10 luni în anul 2012...

Se poate deduce clar că nici măcar contestație nu pot face în situația mea. Fișele, registrele, toată baza de date medicale nu-mi mai aparțin din momentul rezilierii contractului de furnizare a serviciilor medicale cu CAS. Așa că... sunt în imposibilitatea de a verifica dacă serviciile care mi se impută sunt reale sau nu.

Și dacă aș fi fost medic în România, efortul de a contesta s-ar fi soldat mai mult ca sigur cu un eșec, pentru că majoritatea contestațiilor însoțite de toate argumentele posibile aduse de colegii mei nu sunt acceptate de CAS. Răspunsul la contestații poate fi primit și după câteva luni (nu în 30 de zile, cum e legal), timp în care se adună penalizări la suma 'datorată'...

Vă pun la dispoziție adresa. Vă rog s-o citiți! Concluziile le trageți singuri, stimați pacienți! Vă veți face poate o idee prin ce coșmaruri trece medicul dumneavoastră de familie.

Aceasta este țara pe care am părăsit-o, demoralizată, dezgustată, fără să-mi mai cunosc propria valoare, copleșită de complexe și de amintiri triste, țară locuită de mulți oameni care ne umilesc, care n-au nici o idee despre profesia noastră, care ne distrag atenția de la lucruri constructive, care, în loc să ne permită să ne dezvoltăm, ne distrug așa cum știu ei mai bine.

Nu văd nici un progres în sistemul medical românesc, nici financiar, nici administrativ. Același haos, aceleași promisiuni neîndeplinite. Aud, văd ce se tot spune și... să venim înapoi și să facem ce? Să fim penalizați abuziv de Case pentru tot felul de motive inventate, să nu ni se plătească munca și eforturile pentru cine știe ce erori informatice, să fim mereu restricționați, plafonați, controlați, penalizați, acuzați? Otez adânc cu un surâs amar de fiecare dată. Cât ne-am dori să fie și acasă cum e aici-bine și pentru noi, bine și pentru pacienți! Când domniile guvernante vor reuși să ne respecte profesia, eforturile depuse o viață întreagă în slujba ei, când vor înțelege suferința și nevoile pacienților, vom reveni cu primul avion cu mare drag! Până atunci mă întreb în ce colț de lume ar trebui să mă duc și cât timp ar trebui să trecă pentru a scăpa de pedepsele sistemului medical din România unde am muncit timp de 23 de ani?

Scrisoarea este preluată de la adresa: <http://www.dcnews.ro/scrisoarea-unui-medic-de-familie-roman-refugiat-in-fran-a-467129.html#sthash.v2zSVsEO.dpuf>



Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656, office@snmf.ro

www.snmf.ro

Anexa 8

A. Cabinet cu minimul legal de funcționare.

Cheltuieli

Cheltuieli cu minimul de întreținere – **200 lei**. Vorbim de o medie anuală, evident iarna e mai mult și vara mai puțin.

Cheltuieli cu aparatură de comunicare – **100 lei** (telefon și internet de buna calitate, cerute de CNAS pentru buna funcționare a informatizării: cititor, rețetă electronică, Dosar electronic de sănătate)

Cheltuieli cu tot ce înseamna cerințe DSP (autorizații, avize, taxe) – **150 lei**.

Cheltuieli cu personalul – **600 lei** personal îngrijire (cineva trebuie să facă curat, să asigure igienizarea și să respecte normele impuse de DSP) și **1500 de lei** asistenta (impusă de CNAS). Personalul de îngrijire încasează **375 lei net**, asistenta **900**.

Contabilitate – **150 lei** (minimum posibil!)

Consumabile medicale și nemedicale **150 lei**

ATENȚIE – cele de mai sus reprezintă un minim absolut, neglijând total cheltuielile neprevăzute, investițiile, educația medicală continuă, dreptul la perioadă de odihnă, diversele taxe plătite către instituțiile de stat, cotizația obligatorie la Colegiul Medicului, Asigurarea de malpraxis a medicului și asistentului, cheltuieli cu asigurarea cabinetului, SSM, consumabile. De asemenea nu intră în calcul deplasarea medicului sau a personalului angajat la pacienți, DSP sau CJAS sau la alte instituții care cer acest lucru.

Total cheltuieli (minimum absolut) – **2850**.

Venituri

La **800 de pacienți**, factura unui medic se compune din:

1. per capita: 3,75 lei x 600 puncte (la o lista echilibrată, numărul de puncte aferent pacienților) = **2250 lei**
2. per serviciu: 1,9 lei x 900 puncte (cam atit reiese normat la 800 de pacienti – echivalentul a 8 domiciliu și a 150 de consultatii pe norma CNAS care zice maxim 420 de consultatii pe luna la 2200 de pacienți înscriși pe lista unui medic) = **1710 lei**

În total 2250 + 1710 – 2850 = 1110 lei. După plata contribuțiilor personale, medicul rămâne cu un venit net de 850 lei. Mai mic decât salariul de rezident, mai mic decât personalul mediu angajat.

La **600 de pacienți** medicul nu încasează nici un leu personal, totul se duce pe cheltuielile de funcționare. Cum dorește CNAS să supraviețuiască un asemenea cabinet??

B. Cabinet funcțional

Mai jos aveți o listă de cheltuieli pentru un cabinet decent, în care sunt luate în calcul cheltuieli justificabile pentru un cabinet funcțional, care oferă servicii variate pacienților și în care medicul se poate concentra asupra pacienților și nu asupra contabilității.

Costuri de funcționare cabinet:

1. Costul unei asistente cu salariul brut de 1.000 lei este:
- 738 salariul net + 491 contributii = **1.229 lei**



Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656, office@snmf.ro

www.snmf.ro

2. Utilitati minime:

- Telefon fix si internet: 250 lei/luna
- Telefon mobil: 150 lei/luna
- Materiale curatenie: 100 lei/luna
- Medicamente: 100 lei/luna
- Contabil: 300 lei/luna
- Curent: 200 lei/luna
- Chirie: 1.000 lei/luna (56 euro/mp/an – 50 mp = 2.800 euro/an = 233 euro/luna = 980 lei/luna); sumele difera de la oras la comuna, de la oras la oras
- Combustibil masina: 200 lei/luna
- Ridicare materiale sanitare: 100 lei/luna
- Amortizare masina Dacia Logan: 1.300 lei/luna
- Incalzire, canal, apa, gunoi 500 lei/luna
- Ingrijitoare cu ½ norma: 500 lei brut, 640 lei cu dari la stat

Total utilitati minime: 4.840 lei

Total costuri minime de functionare: 6.069 lei

BUGET ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

Buget FNUASS 2015	22.902.208.000
10% din buget	2.290.220.800
Buget actual MF 2015	1.513.928.000
Cabinete existente	11.400
Ar mai trebui alocat 2015	776.292.800
Câte cabinete ar exista	17.246
S-ar mai înființa	5.846

Alocarea a 10% din FNUASS in AMP ar putea duce la înființarea a încă 5.846 cabinete care să aibă venitul actual!



Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656, office@snmf.ro

www.snmf.ro

Venitul cabinetelor 2014:

S-a luat in calcul:

- procentul PC/SM 50/50
- valorile punctelor PC/SM 4,19/2,03 – media valorii punctului din 2014
- situatia in care se pot deschide cabinet fara limita minima de asigurati pe lista - 800
- costurile de functionare ale unui cabinet - cu o asistenta cu salariu brut 1.000 lei/luna si ingrijitoare cu 500 lei/luna – 6.000 lei/luna
- venitul brut al unui medic – 2.000 lei/luna – din care se scade impozit 16%, sanatate 5,5%
- pentru toate situatiile 20 domiciliu/luna
- situatia unui medic specialist
- s-a folosit o lista medie de asigurati pe cele 3 grupe de varsta – media este cea de la nivel national pe cele 3 grupe de varsta

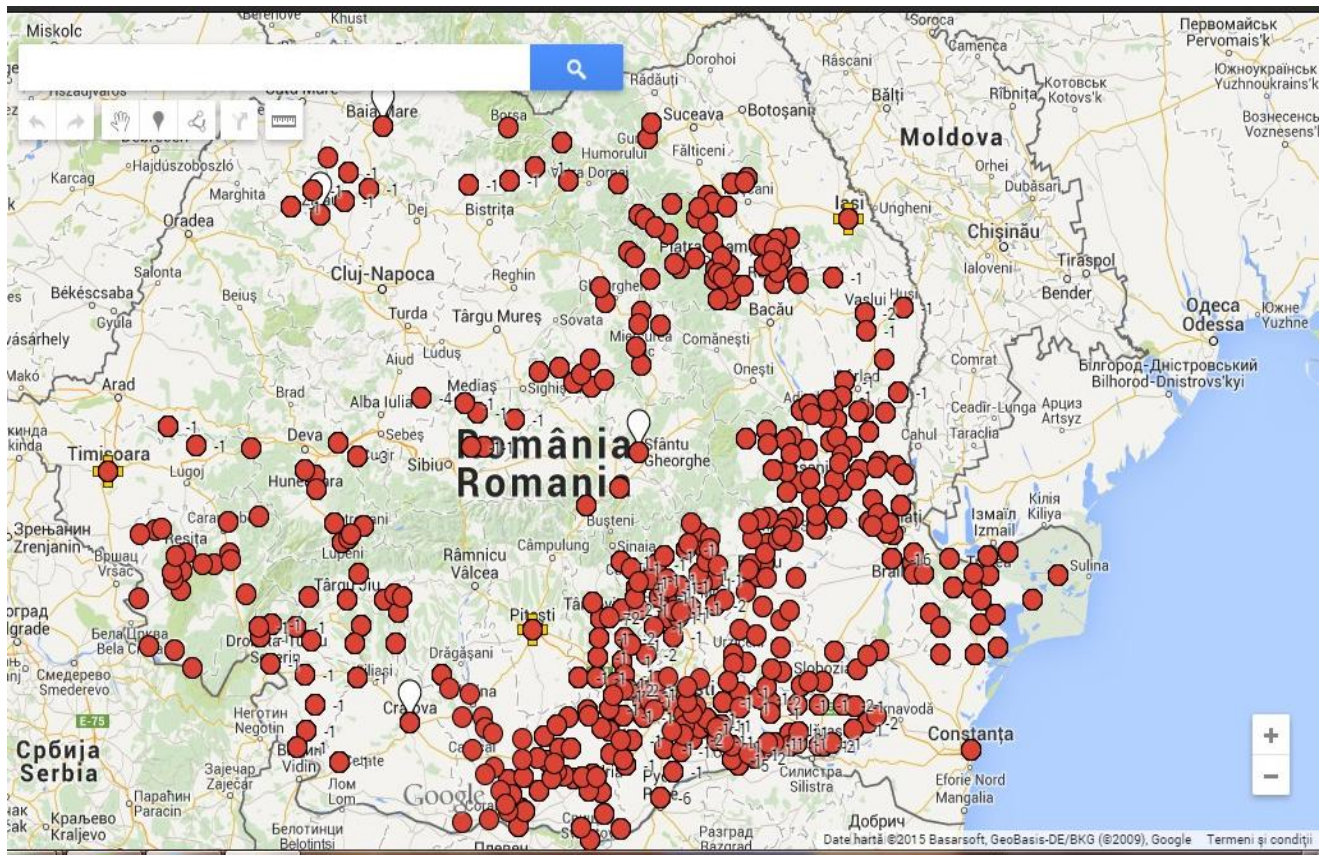
Calculat la valori ale punctelor PC si SM de 4,19lei/2,03lei si o pondere 50%/50% per capita / per serviciu				
Venitul lunar brut al cabinetului in RON (factura decontata de CJAS)				
Pacienti inscristi la medic	5 consultatii/zi	10 consultatii/zi	15 consultatii/zi	20 consultatii/zi
100	2.017	3.134	4.250	5.367
200	2.309	3.426	4.542	5.659
400	2.893	4.010	5.126	6.243
600	3.477	4.594	5.710	6.827
800	4.061	5.178	6.294	7.411
1.000	4.645	5.762	6.878	7.995
1.500	6.105	7.222	8.338	9.455
1.800	6.981	8.098	9.214	10.331
2.000	7.565	8.681	9.798	10.914
2.200	8.149	9.265	10.382	11.498

LEGENDA TABEL:

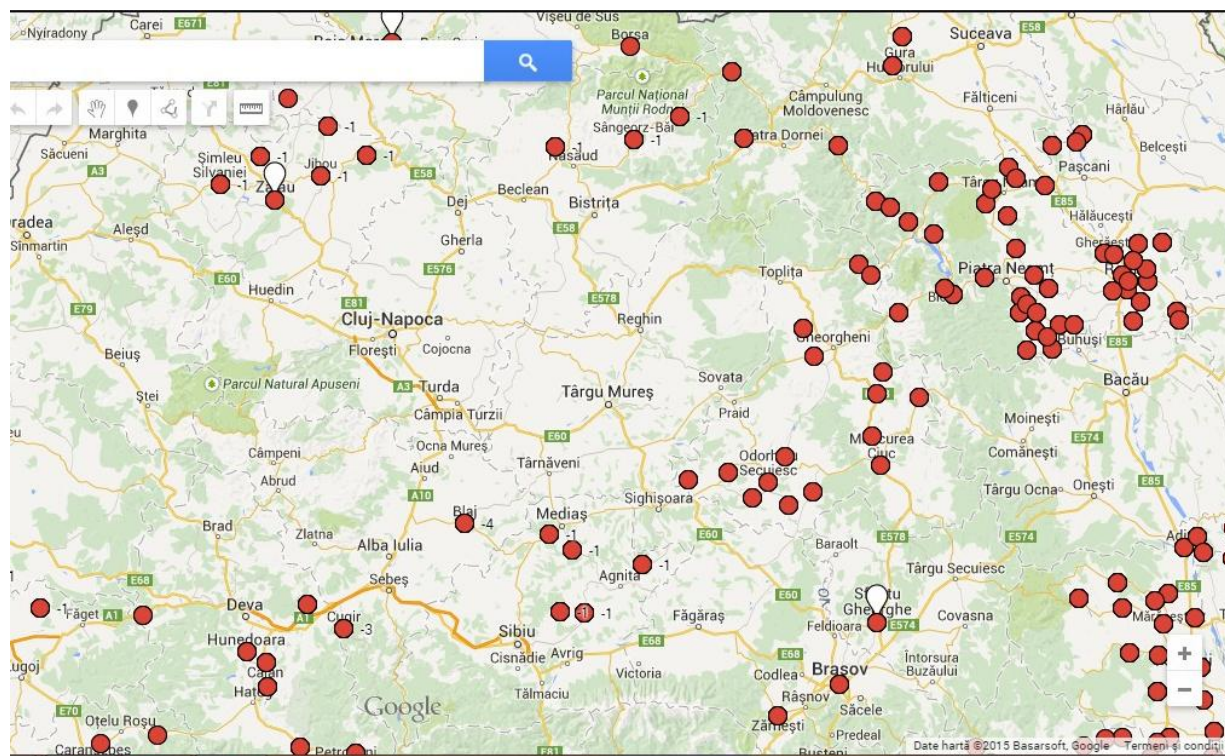
- **cu galben**: cabinetele care nu pot functiona pentru ca nu-si asigura nici macar costurile de functionare
- **cu alb**: cabinetele care-si pot asigura doar functionarea
- **cu rosu**: cabinetele care-si pot asigura functionarea si un venit brut al medicului de 2.000 lei
- **cu verde**: cabinetele unde venitul medicului este peste 2.000 lei/luna

Anexa 9

Localitati cu necesar medici: imagine de ansamblu



Localitati cu necesar medici – detaliu zona Centru Nord





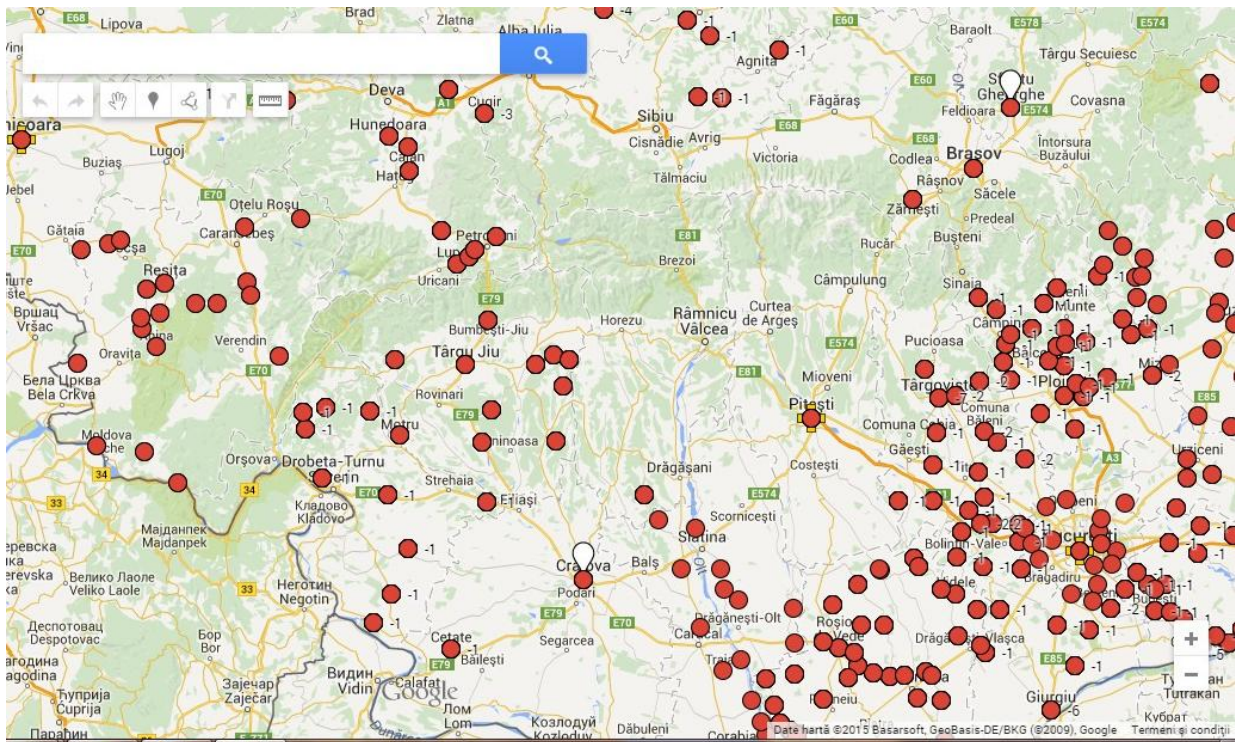
Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

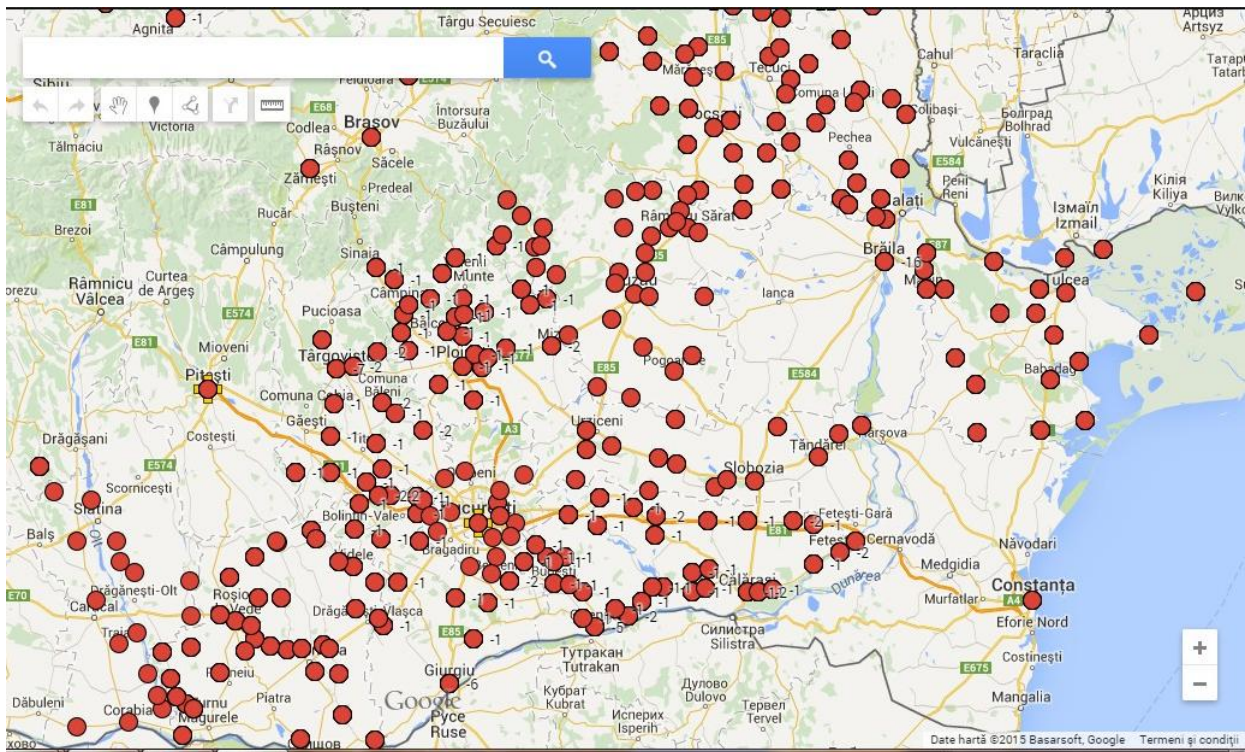
Fax +40213154656, office@snmf.ro

www.snmf.ro

Localitati cu necesar medici – detaliu zona Sud Vest



Localitati cu necesar medici – detaliu zona Sud Est



Informatii pe: www.snmf.ro si www.tiny.cc/deficitMF