



Document de poziție – Ianuarie 2017

Consolidarea medicinei de familie, pivot al asistenței medicale integrate a pacientului

Mulțumim celor care vor citi documentul și vor înțelege demersul nostru. Medicina de familie este șansa dezvoltării și stabilității sistemului medical din România. Țările europene au demonstrat de ani buni importanța utilizării și a dezvoltării asistenței medicale primare, pentru a avea un sistem de sănătate robust și sustenabil. Documentul este o “anamneza” a problemelor de sistem, dar oferă totodată și posibile soluții alternative de politică sanitară viabilă. Considerăm, ca o realistă apreciere, că suntem soldații din linia întâi și că medicina de familie este o șansă subutilizată de sistemul medical românesc.

Societatea Națională de Medicina Familiei
Str. Ionel Perlea nr. 10, București
Telefon/Fax: 021 315 4656 E-mail: office@snmf.ro

Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. Ionel Perlea nr. 10, București
Telefon/Fax: 021 315 4656 E-mail: fnpmfed@yahoo.ro

C u p r i n s

INTRODUCERE.....	2
Asistența medicală primară în politicile publice	3
Veriga neglijată a sistemului de sănătate în România	4
STRATEGIA DE DEZVOLTARE A ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE 2012-2020 – NEAPROBATĂ!	4
Programul de Guvernare	5
Strategia Națională de Sănătate 2014-2020	7
Finanțare	10
Asistența medicală primară reflectată în bugetul Sănătății – România și restul UE	10
Bugetul Sănătății – România și restul UE.....	13
Rolul medicului de familie - important pentru comunitate	18
Cabinetul de medicina familiei	21
Bugetul și capacitatea financiară a cabinetului de medicina familiei	21
Venitul medicului de familie	24
Cod Fiscal – discriminări între medici !	26
<i>Cod Fiscal aduce pentru 67% dintre medicii României o scădere de venit de 25%!</i>	26
Taxa și impozitul pe clădiri – sunt sau nu scutite cabinetele medicale ?	28
Deducerea investițiilor în cabinetele medicale	29
Sursele de finanțare prevăzute de Legea 95/2006 pentru cabinetele de medicina familiei – inactive.....	29
Activitatea în centrele de permanență	31
◆ Concluzii.....	31
RECOMANDĂRI	33
Scurt istoric recent al demersurilor SNMF-FNPMF pe tema finanțării:.....	36

INTRODUCERE

Asistența medicală primară este baza piramidei sistemului medical, este asistența de prim contact, care poate și rezolva majoritatea nevoilor medicale uzuale ale cetățenilor.

Medicul de familie își cunoaște în amănunt pacienții, le cunoaște familia, mediul de viață și de muncă, obiceiurile, statutul social, cultural și economic. Este un parteneriat pe termen lung.

1. Prima caracteristică care face medicina de familie de neînlocuit este accesibilitatea inegalabilă la servicii medicale, pentru toți pacienții, din toate zonele țării, cu foarte puține excepții. Majoritatea covârșitoare a populației este înscrisă la un medic de familie. Aproape jumătate din populația țării locuiește în zone rurale, unde adesea singurele servicii medicale accesibile sunt cele furnizate în cabinetele medicilor de familie și în Centrele de permanență. Și pacienții din marile orașe își rezolvă nevoile medicale obișnuite tot la medicii de familie.

2. Deasemenea, medicina de familie permite un diagnostic precoce al bolii, cât și identificarea riscului de boală. Acest aspect specific poate oferi șansa tratării în fazele incipiente ale bolii, fapt care evită suferința, scade complicațiile bolii și reduce costurile sistemului.

3. Asistența medicală primară are activități de prevenție (predominant primară și secundară), dar și de consiliere a celor sănătoși sau bolnavi.

4. Un aspect esențial al îngrijirii pacienților este reprezentat de o asistență medicală integrată. Medicina de familie poate și asigura îngrijiri integrate pacienților, fiind specialitatea care face sinteză diagnostică și terapeutică a bolnavilor. Medicul de familie este „coordonatorul de caz” al sănătății individului abordat în integralitatea sa.

Medicina de familie și-a câștigat în ultimele decenii o identitate curriculară europeană, care a permis dezvoltarea profesională a practicienilor ei.

Au fost procese complicate de adaptare și modernizare, care au inclus (și includ) și dezvoltarea abilităților manageriale care să permită funcționarea cabinetelor. Medicina de familie implică disponibilitate, responsabilitate, pregătire profesională, dăruire. Dar implică pe de altă parte și posibilitatea de a ne practica profesia în condiții normale, decente.

Medicina de familie este șansă celor mulți, a celor suferinzi, a celor care nu sunt bogați, a celor care trebuie să-și păstreze sănătatea.

Ignorarea specificului specialității noastre și a ofertei profesionale a medicinei de familie nu poate aduce decât suferință și va accentua dezechilibrele existente în sistemul medical.

Considerăm că dezvoltarea asistenței medicale primare ar permite o mai bună sănătate a populației, o rezolvare mai promptă a nevoilor medicale uzuale, ar produce reale economii în sistem. Experiența europeană a arătat că acolo unde medicina de familie este bine dezvoltată sănătatea populației este mai bună și costurile sunt mai mici.

Spitalul, o absolută necesitate în orice sistem medical, trebuie rezervat cazurilor grave, complicate, care nu pot fi rezolvate în asistență primară sau în ambulatorul de specialitate. La ora actuală spitalul este folosit excesiv, în foarte multe situații pentru gestionarea cazurilor care nu ar necesita internare.

Dezvoltarea dezechilibrată a sistemului sanitar, cu creșterea preponderenței a îngrijirilor spitalicești, cu neglijarea sau îngrădirea a ceea ce se poate rezolva de către medicina de familie va duce la un număr tot

mai mare de cazuri grave, la creșterea numărului cazurilor de invaliditate, la pierderi de vieți omenești, la costuri din ce în ce mai mari pentru sistem.

Din păcate, în ultimele decenii medicină de familie a fost o prioritate doar pe hârtie. Asistență medicală primară a "beneficiat" de legislație incoerentă, de sisteme informatice nefuncționale, de finanțare la limita supraviețuirii, care nu au permis dezvoltarea armonioasă a acestui segment.

Considerăm că este momentul unui nou început. Un moment al adevărului, al unei analize aprofundate asupra serviciilor oferite de sistemul medical românesc.

Considerăm că este momentul unor schimbări legislative, dintre care multe nu implică costuri financiare, dar care ar permite un mai bun acces al pacienților la servicii medicale și tratament.

Considerăm că o finanțare corectă și nediscriminatorie a asistenței medicale primare (în România, majoritatea medicilor și o parte importantă din asistenții medicali nu sunt personal bugetar!), va permite dezvoltarea unui segment absolut necesar sistemului medical românesc.

La ora actuală, așa cum se va vedea cu date certificate în paginile următoare, medicină de familie utilizează sub 6% din FNUASS total, în condițiile în care furnizează peste 70% din serviciile medicale ale țării.

Putem face mai mult și mai bine pentru pacienții noștri, dacă ni se va permite să o facem, dacă vom fi încurajați să o facem, dacă vom avea măsuri care să reducă migrarea medicilor de familie spre alte țări europene.

Considerăm că la ora adevărului, dezvoltarea armonioasă a medicinei de familie este o cale care nu poate fi ignorată în societatea românească.

Veriga neglijată a sistemului de sănătate în România

În ultimii 26 de ani s-au operat numeroase schimbări în sistemul românesc de sănătate. În ciuda acestui fapt, în sistemul de sănătate din România nu se observă îmbunătățiri reale, cu toate eforturile reformatoare.

Conform statisticilor furnizate în ultimii ani de Health at a Glance¹, un prestigios raport medical din Europa, elaborat de Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE) și Comisia Europeană, România rămâne țara europeană cu cele mai mici cheltuieli publice de sănătate pe cap de locuitor.

Modernizarea unui sistem de sănătate trebuie să aibă permanent în vedere **justul echilibru între costuri, accesul la serviciul medical și calitatea prestației medicale**, în condițiile în care trebuie să facă față presiunilor unei populații în curs de îmbătrânire, costurilor ridicate ale actului medical și a soluțiilor tehnologice extrem de costisitoare.

STRATEGIA DE DEZVOLTARE A ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE 2012-2020 – NEAPROBATĂ!

Ministerul Sănătății, beneficiind de consultanța specializată a Oxford Policy Management, a elaborat, pentru perioada 2012-2020, o *Strategie de dezvoltare a asistenței medicale primare*² care definește principiile-cheie, scopurile și obiectivele politicii de asistență medicală primară.

Având în vedere că numeroase aspecte ale asistenței medicale primare sunt comune asistenței medicale primare din mediul urban și rural, și că această strategie a fost elaborată într-un context în care **nu exista o strategie generală de medicină de familie**, documentul se referă la problemele privind medicina de familie/asistența medicală primară, în general, și nu se limitează la aspecte privind exclusiv asistența medicală primară din mediul rural. Scopul strategiei era îmbunătățirea stării de sănătate a populației din România prin accesul la servicii de îngrijiri medicale primare de calitate.

Cu toate că acest document a fost elaborat în 2012, nu a fost din păcate aprobat de Guvern până la acest moment. Din perspectiva predictibilității și sustenabilității profesiei avem de a face cu o profundă incoerență și lacună legislativă.

1 <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

2 <http://www.ms.ro/index.php?pag=45&id=3251>

Programul de Guvernare

Una din prioritățile strategice este redefinirea rolului și statutului personalului medical în societate și reducerea migrației acestora în străinătate.

Conform Strategiei de sănătate prioritățile următorilor ani sunt:

- “- Elaborarea, dezbaterea publică și adoptarea unei noi legi a sănătății;*
- Redefinirea statutului personalului medical în societate prin salarizare, traseu de carieră, criterii de evaluare a performanței și integritate, având ca finalitate creșterea calității actului medical, dar și reducerea migrației în străinătate și acoperirea deficitului de personal din unitățile sanitare, în special din mediul rural prin acordarea de stimulente;*
- Dezvoltarea de programe naționale de prevenție și educație pentru sănătate, care să îmbunătățească semnificativ starea de sănătate a populației, în special în rândul comunităților defavorizate;*
- Elaborarea unui program multianual de investiții în sănătate, în vederea asigurării actului medical la standarde care să conveargă cu cele din UE;*
- Introducerea de standarde obligatorii de calitate pentru toate nivelurile sistemului sanitar românesc și a unui sistem de control al calității și asigurare a calității serviciilor medicale;*
- Încurajarea dezvoltării asigurărilor private de sănătate, cu posibilitatea opțiunii asiguratului pentru redistribuirea unei părți din contribuțiile de sănătate pentru asigurările private.”*

Politica noului Guvern 2017-2020

În programul de guvernare 2017-2020 se precizează că scopul principal este acela ca toți cetățenii să aibă oportunități egale în societate, să fie apreciați și valorizați.

La capitolul "Politici de sănătate" sloganul programului este România crește sănătos și sunt analizate sumar aspecte ce tin de noi locuri de muncă în sănătate, majorări salariale personal medical, lansarea unor proiecte operaționale pentru diverse campanii de screening (considerat chiar cel mai mare program de screening de depistare diverse afecțiuni ce va fi lansat), se va lansa un program de investiții care va fi direcționat prioritar spre sănătate, despre capacitatea redusă de diagnostic, reforma rezidențiatului. În ce privește legislația un deziderat major pare a fi cel al creării unei noi legi a sănătății până la finele anului 2017. Nici acest program de guvernare cum nici cele anterioare nu au acordat o atenție deosebită modului în care gândim dezvoltarea sănătății în România, care ar fi pilonii de bază, care este mecanismul specific fiecărui segment în parte și cum pot fi corelate între ele. Noul ministru desemnat și –a asumat cu ocazia candidaturii în fața Parlamentului punerea în aplicare atât a Strategiei naționale de sănătate cât și a programului de guvernare.

Focusul principal și majoritatea liniilor directoare par a se concentra în continuare spre serviciile spitalicești fără a fi integrate toate segmentele.

Strategia Fiscal-Bugetară 2016-2018

Conform datelor prezente în Strategia Fiscal-Bugetară 2016-2018 realizată de Ministerul Finanțelor Publice:

“Veniturile bugetului Fondului național unic de asigurări de sănătate au fost de 15.724,6 mil. lei, în creștere cu 13,3% comparativ cu primele nouă luni ale anului 2014 (13.873,5 mil. lei).”

-milioane lei-

Anexa 6 - Cheltuielile Ministerului Sănătății din bugetul de stat pe perioada 2013-2018						
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
CHELTUIELI TOTAL						
mil lei	8.327	6.494	5.724	6.391	5.250	5.388
% din P.I.B.	1,31	0,97	0,81	0,86	0,66	0,63
Cheltuieli de personal						
mil lei	644	744	791	1.042	1.042	1.074
% din P.I.B.	0,10	0,11	0,11	0,14	0,13	0,13
Bunuri și servicii						
mil lei	1.109	1.393	1.570	1.805	1.823	1.869
% din P.I.B.	0,17	0,21	0,22	0,24	0,23	0,22
Transferuri între unități ale administrației publice						
mil lei	6.467 *)	4.258 *)	3.144 *)	3.288 *)	2.109	2.167
% din P.I.B.	1,01	0,64	0,45	0,44	0,27	0,26
Alte transferuri						
mil lei	10	5	43	17	18	18
% din P.I.B.	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
Proiecte cu finanțare din fonduri externe nerambursabile (FEN)						
mil lei	12	16	106	152		
% din P.I.B.	0,00	0,00	0,01	0,02	0,00	0,00
Alte cheltuieli						
mil lei		1	6	1	1	1
% din P.I.B.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cheltuieli aferente programelor cu finanțare						
mil lei	83	75	45	45	46	47
% din P.I.B.	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Active nefinanciare						
mil lei	17	8	21	41	212	213
% din P.I.B.	0,00	0,00	0,00	0,01	0,03	0,03
Plăți efectuate în anii precedenți și recuperate în anul curent						
mil lei	-15	-6				
% din P.I.B.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

“(*) Anii 2013-2016 includ subvențiile acordate din bugetul de stat către Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate pentru echilibrare (4.915,1 milioane lei în anul 2013, 2.727,5 milioane lei în anul 2014, 1.213,6 milioane lei în anul 2015 și 1.067,9 milioane lei în anul 2016).”³

Constatăm din citatele și tabelul de mai sus că deși numărul cetățenilor scutiți de la plata contribuției este constant, subvenția acordată de la bugetul de stat către FNUASS pentru echilibrare este în scădere de la an la an. **Cu alte cuvinte, Guvernul și Parlamentul decid scutirea de la plata a anumitor categorii de cetățeni, însă nu acoperă aceste sume în Fondul FNUASS în locul acestora.**

Dacă pe de o parte din ce în ce mai multe categorii sunt scutite la plată, iar pe de alta Guvernul nu mai virează bani din Bugetul de stat către Fond pentru cei scutiți, sistemul asigurărilor sociale de sănătate nu poate decât să intre în colaps.

Un exemplu pt 2016: Bugetul total al Sănătății în 2016 era de 4.2% din PIB dar din aceste procente doar 0.86% din PIB reprezintă contribuția Statutului. Restul de 3.34% din PIB sunt contribuțiile asiguraților în fondul de asigurări de sănătate. **Cu alte cuvinte, Statul decide să ofere servicii gratuite tuturor cetățenilor însă se bazează pentru acoperirea acestor cheltuieli aproape exclusiv pe contribuția cetățenilor și angajatorilor care plătesc asigurările de sănătate către FNUASS.**

Constatăm:

Deși prioritățile Guvernului fac referire la continuarea proiectelor și programelor aflate în derulare, toate punctele menționate în Programul de Guvernare 2017 au ca element central spitalul și nu există nici o referire la asistența medicală primară, medicina de familie, asistența ambulatorie corelată cu celelalte segmente din sănătate. Strategiile și Acordurile adoptate în ultimii 3 ani previzionau necesitatea unei direcții clare înspre creșterea rolului asistenței medicale primare și ambulatorii, aspect care nu se regăsește între prioritățile Guvernului.

Strategia Națională de Sănătate 2014-2020

În Strategia Națională de Sănătate⁴ obiectivul dedicat asistenței primare anunță scopuri ambițioase, dorindu-se creșterea eficacității și diversificarea serviciilor de asistență medicală primară. De asemenea se recunoaște tendința de migrare a personalului medical, iar sustenabilitatea resurselor umane în sănătate se poate asigura prin stimulente financiare și îmbunătățirea perspectivelor de evoluție profesională a personalului medical.

“Complementar sunt necesare stimulente pentru cei care practică în zone defavorizate sau în specialități deficitare, iar capacitățile de formare a personalului vor trebui să fie adecvate la nevoia de specialiști a sistemului de sănătate. (Pagina 59)

Existența unui personal bine pregătit și motivat este o condiție esențială pentru asigurarea unor servicii de calitate. (Pagina 58)

Se dorește îmbunătățirea infrastructurii serviciilor de sănătate oferite în regim ambulatoriu prin asistența medicală comunitară, medicină de familie și ambulatoriul de specialitate. “În prezent există deficiențe legate de calitatea clădirilor există și în cazul serviciilor de rang inferior spitalicești. Calitatea și utilizarea optimă a diferitelor tipuri de servicii de sănătate oferite în regim ambulatoriu este influențată defavorabil și de echiparea și dotarea necorespunzătoare a cabinetelor de medicină de familie și chiar și

a policlinicilor, fapt ce nu permite o medicină modernă, eficientă și face ca pacienții să aibă tendința de a favoriza spitalizarea chiar și numai pentru investigații care ar putea fi realizate în regim ambulatoriu sau în spitalizarea de scurtă durată, dar cu costuri mult mai mici (Rx, CT, RMN, ecografie, examene de laborator, endoscopie, etc.)” (Pagina 72)

De asemenea în anul 2016 au fost aduse completări strategiei și au fost inserate câteva obiective dedicate specific resurselor umane în sănătate.

Planul Multianual Integrat de Promovare a Sănătății și Educație pentru Sănătate

Conform Obiectivul specific 1.3.6 din PMIPSES⁵ medicii de familie sunt identificați ca o posibilă resursă umană necesară implementării ”echipelor de intervenție în comunitate”:

“În funcție de comunitate, aceste resurse umane pot fi medici și asistente din cabinetele medicilor de familie, cabinete medicale școlare, unități medicale din asistența secundară și terțiară, farmaciști, asistenți medicali comunitari, cadre didactice, elevi de la școli postliceale de asistență medicală, studenți de la facultățile de medicină, moașe și asistență medicală, psihologie, asistență socială etc., membri unor organizații neguvernamentale, voluntari din comunitate, etc.” (Pagina 11)

Constatăm:

- ◆ *Cât de ambițioase sunt premisele planificării strategice pentru aspectele ce țin de asistența primară. Medicilor de familie li se atribuie atât prin lege cât și prin documentele strategice un rol central în sănătate și în educație, care să fie punctul de echilibru al familiei și al comunității.*
- ◆ *În tot acest laborios dar necorelat cadru organizatoric medicii de familie trebuie să își doteze cabinetele la standardele minimale cerute prin legislația specifică, să își utilizeze cabinetele pentru a putea respecta rigorile de evidență a muncii, să asigure salarizarea personalului și toate cele necesare funcționării cabinetului, să acopere povara administrativă și să asigure sustenabilitatea financiară a cabinetului medical, indiferent de fluctuațiile create prin modificările deseori excesiv de dese la nivel legislativ - cum este de pildă modificarea cea mai curentă a Codului Fiscal privind activitățile independente, după cum vom arăta în cele ce urmează.*

Reamintim analizele de sistem realizate de organisme internaționale de-a lungul anilor:

Banca Mondială – Analiza funcțională a României – Sectorul sanitar (2011) ⁶

“Sistemele curente de plată creează stimulente financiare care sunt contrare politici guvernamentale declarate de reducere a utilizării serviciilor spitalicești și creștere a utilizării serviciilor de medicină de familie și ambulatorie” (Pagina XIV).

Prin acest raport se aduce în discuție cu argumente susținute că: “Ar avea sens să aibă loc o creștere a bugetului alocat medicinei de familie în mod treptat dar substanțial. Creșterea ar putea atinge

5 http://www.ms.ro/upload/plan-integrat-tipar_mic-ultima-versiune.pdf

6 <http://documents.worldbank.org/curated/en/2011/05/17056888/romania-functional-review-health-sector>

cel puțin 10 până la 12 procente din cheltuielile totale pentru Sănătate în următorii cel mult cinci ani pentru a crea baza financiară și profesională necesară pentru că medicii de familie să își poată îmbunătăți profilul și prestigiul” (Pagina XIX)

“Puține dintre programele [naționale de sănătate] dezvoltate de Ministerul Sănătății în România în ultimii 20 de ani sunt programe populaționale de sănătate cum ar fi vaccinările... Serviciile personale incluse în programele naționale de sănătate adesea nici nu sunt servicii de medicină de familie, ci asigură dispozitive și tratamente chirurgicale pentru pacienți în spitale specializate, care sunt oricum finanțate și prin sistemul DRG de către CNAS.” (Pagina 20)

NICE International – Raport final - Asistență Tehnică pentru Ministerul Sănătății (2012) ⁷

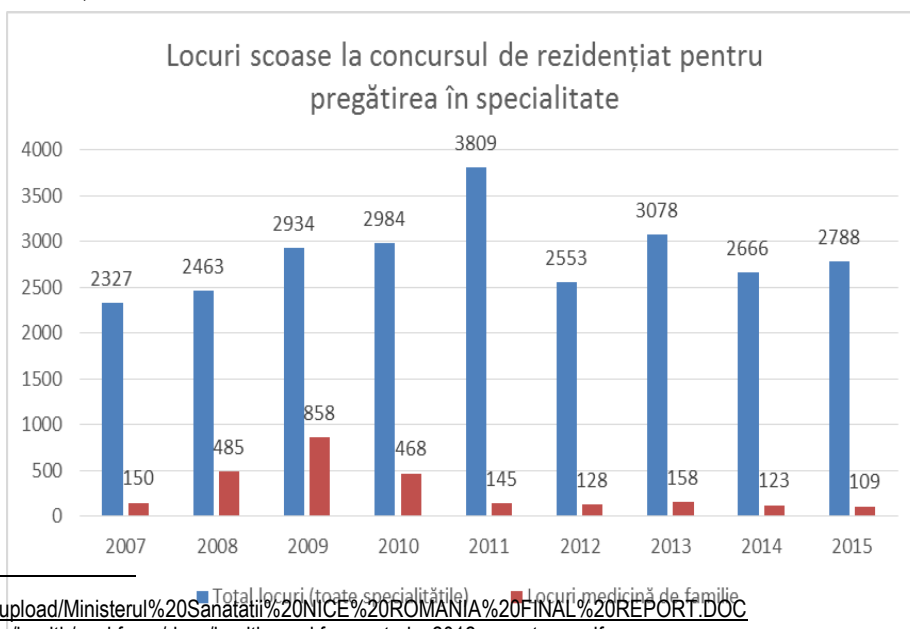
“Subfinanțarea relativă a sectoarelor de medicină de familie și ambulatoriu, cuplată cu anomalii structurale și de finanțare, par să fi condus la o subutilizare aparentă a medicinei de familie, o suprautilizare aparentă a îngrijirilor spitalicești, și, ca rezultat, transferul extensiv al costurilor și apariția unor stimulente perverse.” (Pagina 9)

“Nu pare să se acorde suficientă prioritate pentru medicina de familie și pare a fi subfinanțată comparativ cu alte sectoare ale sistemului sanitar; Medicii de familie sunt constrânși sever (și uneori în mod paradoxal) în ceea ce privește capacitatea lor de a practica într-un mod eficient și efectiv.”

Studiul de fezabilitate al Comisiei Europene pe tema resurselor umane în Sănătate (2012) ⁸

Lipsa de interes a decidenților români față de medicina de familie poate fi observată și prin datele incorecte furnizate Comisiei Europene, transmise ca bază de documentare aferentă Studiului de fezabilitate al Comisiei Europene pe tema resurselor umane în Sănătate, 2012. La paginile 70 și 74 ale raportului se menționează că medicii de familie din România “au nevoie de doar cei 6 ani de pregătire medicală de bază”. În realitate, medicii de familie din România necesită încă 3 ani de pregătire postuniversitară prin rezidențiat.

Raportul CE mai arată că “România planifică la nivel central resursele umane necesare în Sănătate”. Informațiile furnizate de Colegiul Medicilor România arată că mai mulți medici care pleacă să lucreze în străinătate sunt



7
8

<http://www.ms.ro/upload/Ministerul%20Sanatatii%20NICE%20ROMANIA%20FINAL%20REPORT.DOC>
http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/health_workforce_study_2012_report_en.pdf

Sursa datelor: Ministerul Sănătății

medicii de familie, iar numărul lor crește anual.

Comisia Europeană - Recrutarea și menținerea forței de muncă în domeniul sănătății în Europa (2015)⁹

“Statutul social este de asemenea un motiv de migrație și, poate în mod surprinzător, este menționat foarte frecvent. Recunoașterea socială scăzută și stima de sine scăzută sunt resimțite de asistentele medicale din Germania și Polonia și în rândul tuturor profesioniștilor din domeniul Sănătății din Ungaria, România și Slovacia. Nemulțumirea față de salarii, condițiile de muncă și/sau recunoașterea socială sunt expresii ale percepției generale a profesioniștilor în domeniul Sănătății asupra poziției lor curente în sistemul de Sănătate în care lucrează. Reformele incomplete în Sănătate, obiective neatinse și o forță de muncă dezamăgită au fost menționate ca motive pentru care profesioniștii în Sănătate părăsesc Lituania, Ungaria, România și Slovacia.” (Pagina 47)

Organizația Mondială a Sănătății (Europa) - Evaluarea Structurii și furnizării asistenței medicale primare în România (2011)¹⁰

“Dacă tipul de contractare și stimulentele sunt bine alese, se pot folosi la maximum avantajele sistemului. Reglementarea practicienilor independenți trebuie să respecte (și să se bazeze pe) statutul lor de antreprenori.” (Pagina 14)

“Medicii de familie trebuie stimulați să își îmbunătățească competențele și calitatea serviciilor medicale, prin intermediul stimulentele financiare nou create. Este necesară introducerea stimulentele pentru a crește probabilitatea obținerii performanței sau rezultatelor specifice dorite. Totodată, este importantă încurajarea medicilor de familie să coopereze mai bine și să dezvolte lucrul în echipe interdisciplinare, precum și crearea și oferirea oportunităților de formare a unor noi abilități.” (Pagina 17)

Finanțare

Asistența medicală primară reflectată în bugetul Sănătății – România și restul UE

Procentul alocat medicinei de familie în celelalte țări europene este de minim 9 - 14% din sumele totale alocate sănătății. În România se alocă aproximativ 6,03% din Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS), total, iar în 2016, datorită creșterii finanțării segmentului spitalicesc, procentul va fi sub 6% din FNUASS total, cel mai mic din anul 2006 (4,29%) până în prezent.

Printr-o rectificare bugetară ce a avut loc în luna august 2016 AMP a primit o sumă mică prin creșterea valorilor punctului per capita și per serviciu.

Buget initial alocat AMP 2016 ¹¹	- 1.515.518.000,00
Rectificare august 2016	- 73.205.000,00
Buget total 2016	1.588.723.000,00
S-a majorat cu 4,61% din suma initiala.	

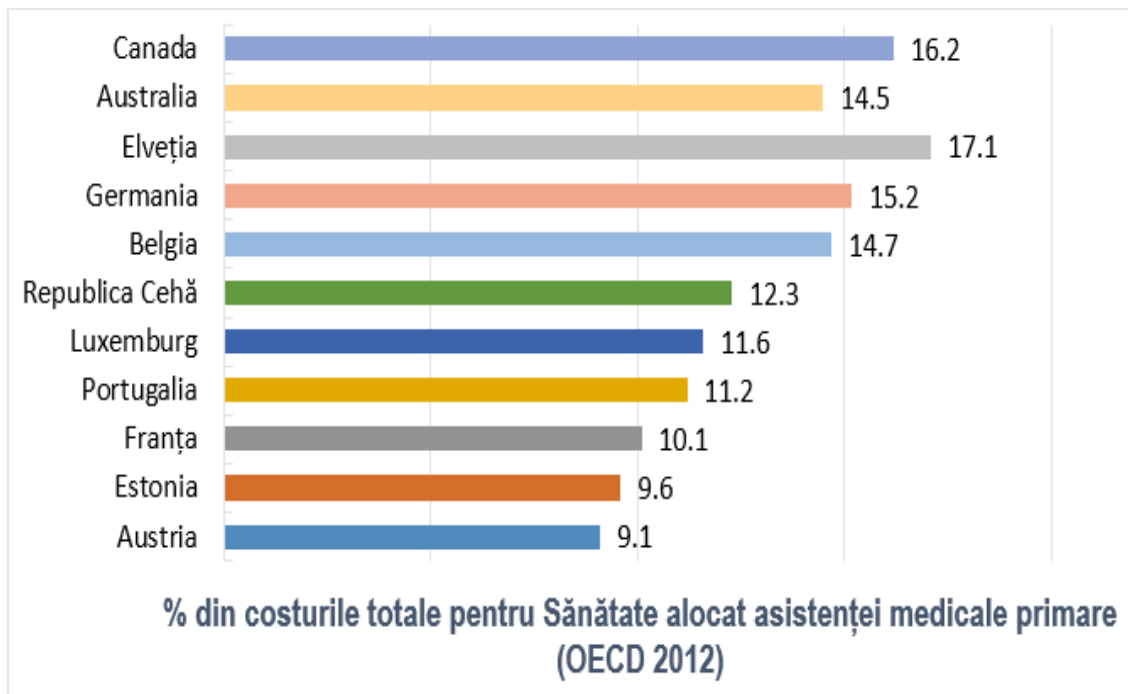
Valorile de punct de la 4,3 la 4,6 la per capita și 2,1 de la 2 la per serviciu medical.

⁹ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/152324/Health-Professional-Mobility-Health-Systems.pdf?ua=1

¹⁰ http://www.snmf.eu/raportul_OMS_NIVEL.htm

¹¹ <http://lege5.ro/Gratuit/gezdmmbtgu2q/ordonanta-nr-14-2016-cu-privire-la-rectificarea-bugetului-de-stat-pe-anul-2016>

Graficul prezintă datele OECD disponibile în anul 2015¹² pentru alocările bugetare din anul 2012, ca procent pentru asistența medicală primară din fondurile totale alocate Sănătății:



Datele **Eurostat** prezentate în tabelul de mai jos sunt agregate pentru întregul sector ambulatoriu (asistența medicală primară și secundară), însă chiar și în aceste condiții se observă cu ușurință că cel mai mic procent este cel al României, la mai puțin de jumătate din majoritatea celorlalte țări. Acest lucru rămâne valabil chiar dacă analizăm țări din Europa Centrală și de Est sau țări aflate în epicentrul crizei financiare europene (PIIGS – Portugalia, Italia, Irlanda, Grecia și Spania).¹³

	Hospitals	Nursing and residential care facilities	Ambulatory healthcare	Retail sale and medical goods
Belgium	28.8	13.9	31.2	17.7
Bulgaria (*)	36.5	0.7	16.1	41.4
Czech Republic	43.4	1.5	26.3	22.1
Denmark	45.6	13.4	28.0	10.1
Germany	30.1	7.8	31.1	20.7
Estonia	46.0	2.7	21.7	24.3
Ireland	:	:	:	:
Greece	49.4	0.5	20.5	27.2
Spain	41.9	6.6	26.8	19.6
France	35.7	6.5	28.9	21.4
Croatia	41.6	0.0	22.4	30.8
Italy	:	:	:	:
Cyprus	44.6	1.0	34.1	14.2
Latvia (*)	35.1	5.5	25.1	30.3
Lithuania	35.4	1.5	22.8	32.0
Luxembourg	32.8	14.8	32.1	10.6
Hungary	30.8	3.0	25.2	35.4
Malta	:	:	:	:
Netherlands	34.5	25.1	19.0	12.8
Austria	39.2	9.0	24.0	16.5
Poland	34.8	1.8	30.7	24.0
Portugal (*)	38.7	1.6	32.6	22.9
Romania	38.9	2.7	14.5	29.9
Slovenia (*)	41.5	5.7	23.7	23.3
Slovakia (*)	25.8	0.0	28.5	38.0
Finland	36.0	6.5	35.2	17.3
Sweden	46.4	:	21.3	13.9
United Kingdom	:	:	:	:
Iceland	35.5	12.1	31.0	17.0
Norway (*)	38.6	18.7	28.5	10.6
Switzerland	37.1	17.4	31.6	8.2
Australia (*)	42.9	:	35.3	17.5
Canada (*)	30.2	10.9	28.7	20.3
Japan (*)	46.5	3.8	27.1	18.2
New Zealand (*)	39.0	9.6	31.7	10.7
South Korea	42.0	3.5	29.2	18.0
United States	33.5	5.8	36.6	13.6

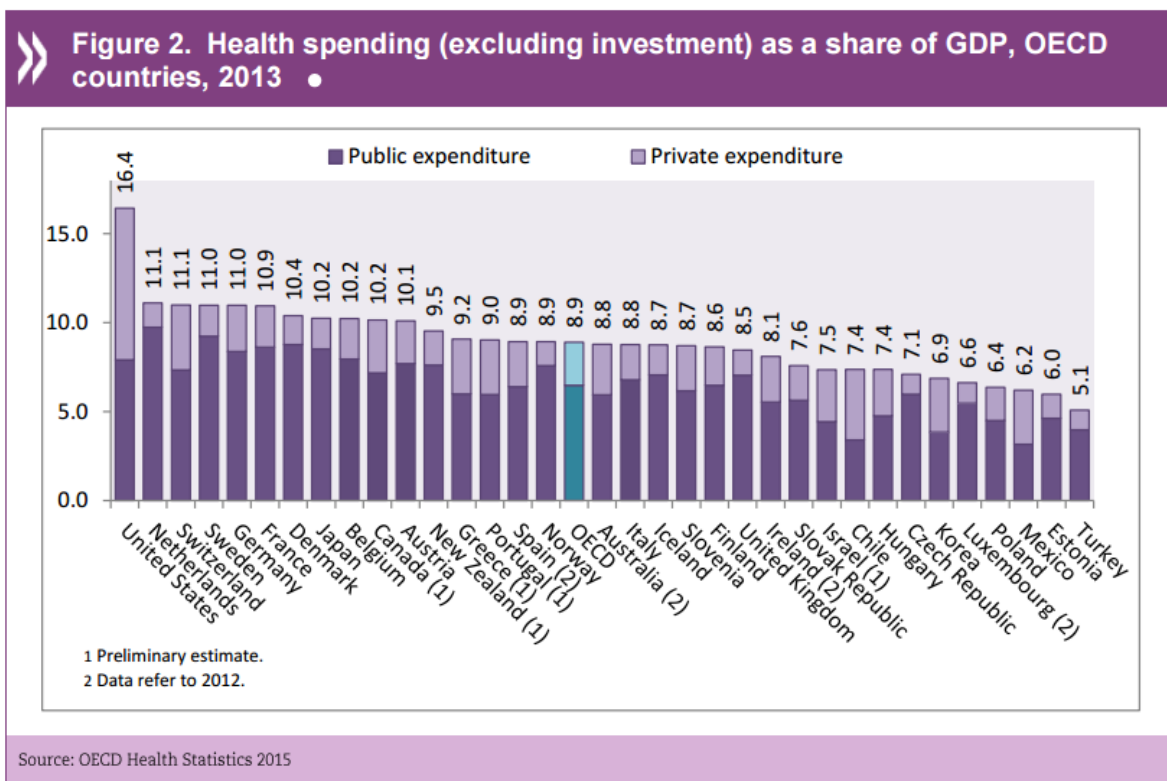
(*) 2011.
(*) 2010.
Source: Eurostat (online data code: hlth_sha_hp)

**O finanțare a asistenței medicale primare de sub 6% din FNUASS
înseamnă colapsul
bazei piramidei
sistemului de sănătate.**

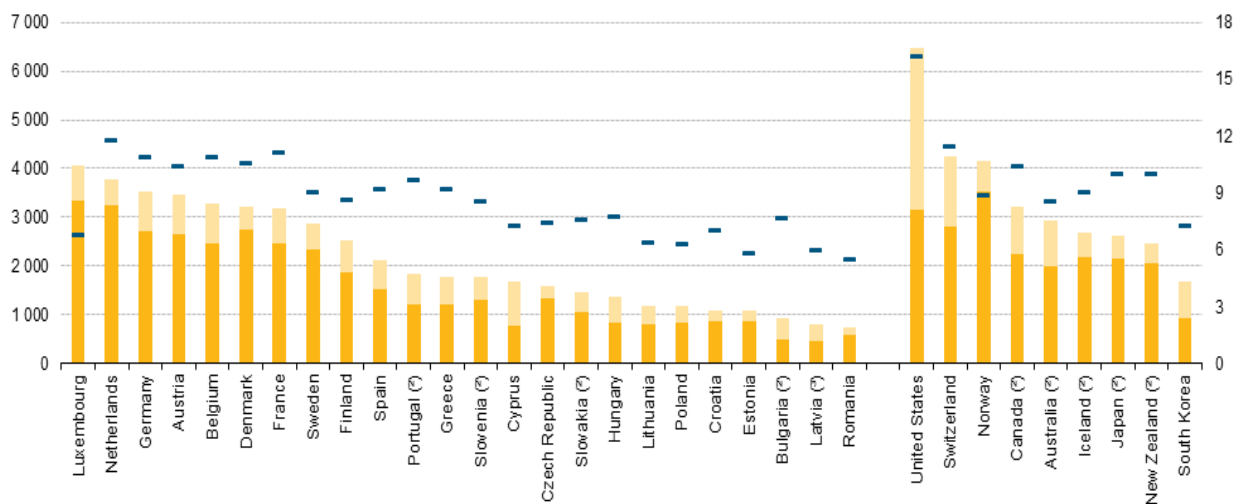
Bugetul Sănătății – România și restul UE

În ceea ce privește fondurile totale ale Sănătății în România, situația este la fel de gravă.

Conform Raportului OECD 2015 asupra cheltuielilor pentru Sănătate în țările OECD la nivelul anilor 2012-2013, acestea se situează între 6% și 11% din PIB.¹⁴



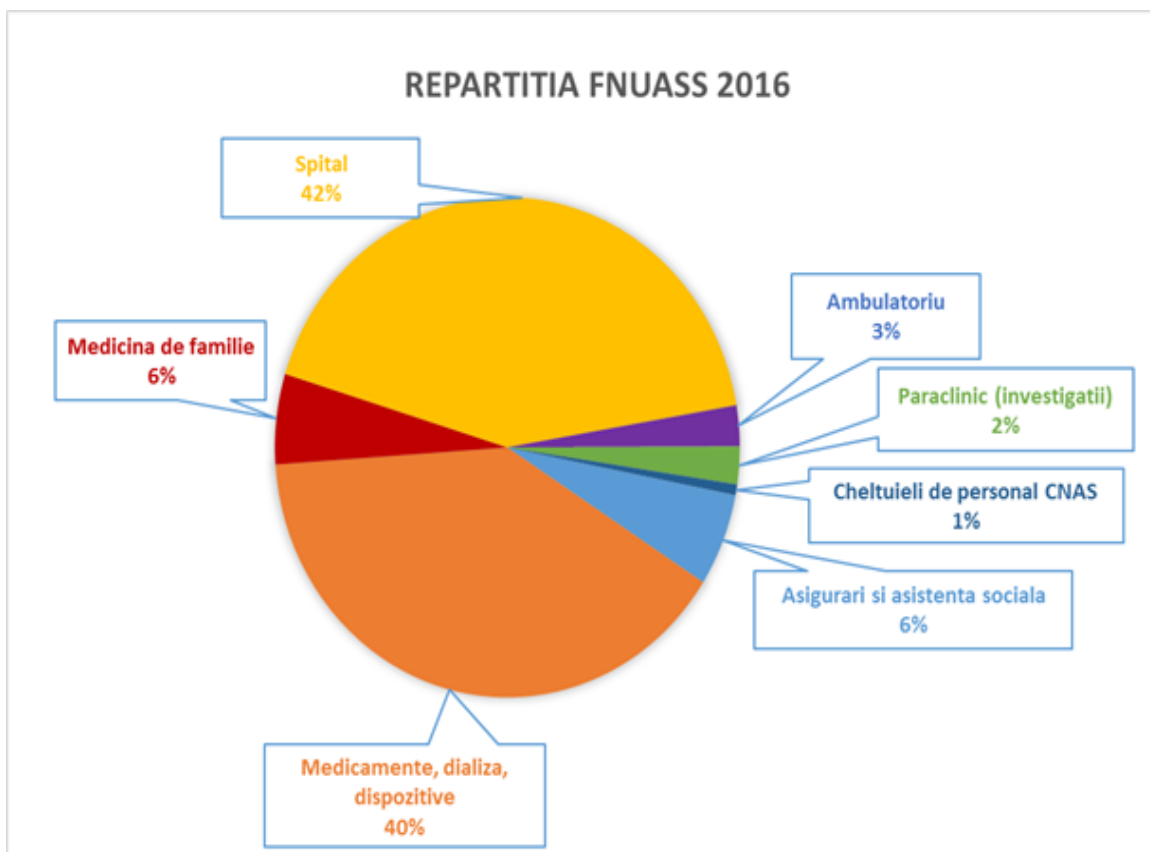
Cifrele Eurostat¹⁵ de asemenea plasează România pe ultimul loc:



¹⁴ <https://www.oecd.org/health/health-systems/Focus-Health-Spending-2015.pdf>

¹⁵ http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics

Cheltuielile pentru Sănătate în România reprezentau doar 4.2% din PIB (2016)¹⁶, adică 31,2 miliarde lei. Aceste sume se repartizează între bugetul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (sub forma FNUASS¹⁷) și bugetul Ministerului Sănătății. Repartiția sumelor din bugetul CNAS este ilustrată mai jos. Au fost grupate diferite segmente pentru claritate (medicamente, dializa, dispozitive, de exemplu) și au fost rotunjite procente.



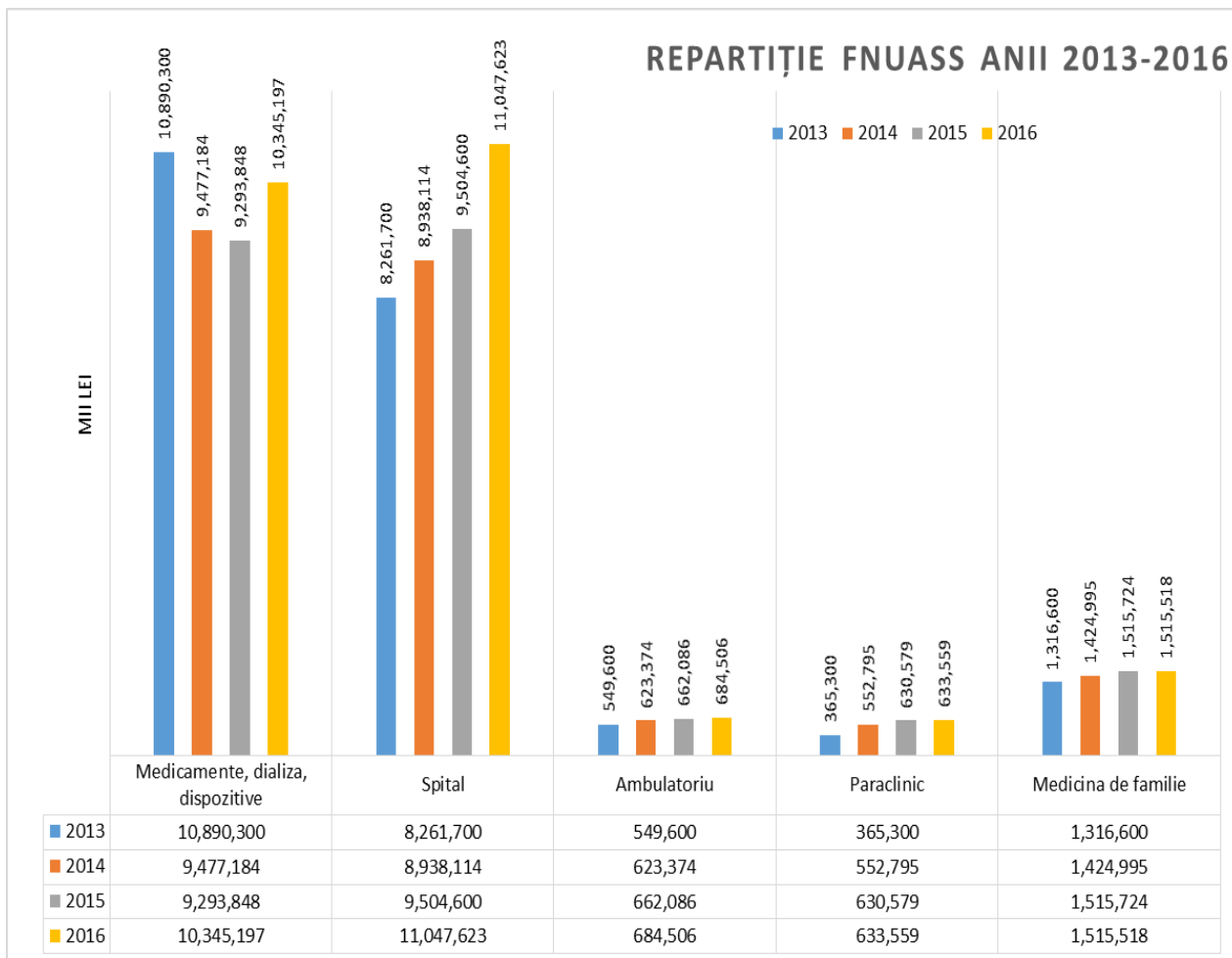
Repartizarea bugetului pe furnizori de servicii medicale, realizată de CNAS și MS, a adus creșteri față de anul 2015 doar pentru sectoarele următoare: Medicamente compensate și gratuite - 17%; Medicamente prin Programele Naționale de Sănătate - 8,5%; Spitale - 16%; Materiale sanitare specifice în Programele Naționale - 15%

Creșterea salariilor personalului medical și auxiliar din spitale, decisă în anul 2015 ¹⁸ a fost luată în calcul și a crescut alocarea pentru spitale cu 16% pentru 2016. A declara că bugetul CNAS a crescut este eronat, având în vedere că de fapt este doar o ajustare raportată la cheltuielile necesare și nu o majorare de buget reală. Modalitatea de formulare a bugetului este neschimbată din 2009 până în prezent, deși există noi nevoi și sunt necesare noi capitole care să permită implementarea obiectivelor propuse în strategii și ambițiilor declarate în planurile de guvernare.

¹⁶ https://static.anaf.ro/static/10/Anaf/legislatie/L_339_2015.pdf

¹⁷ <http://www.cnas.ro/page/bugetul-fnuass.html>

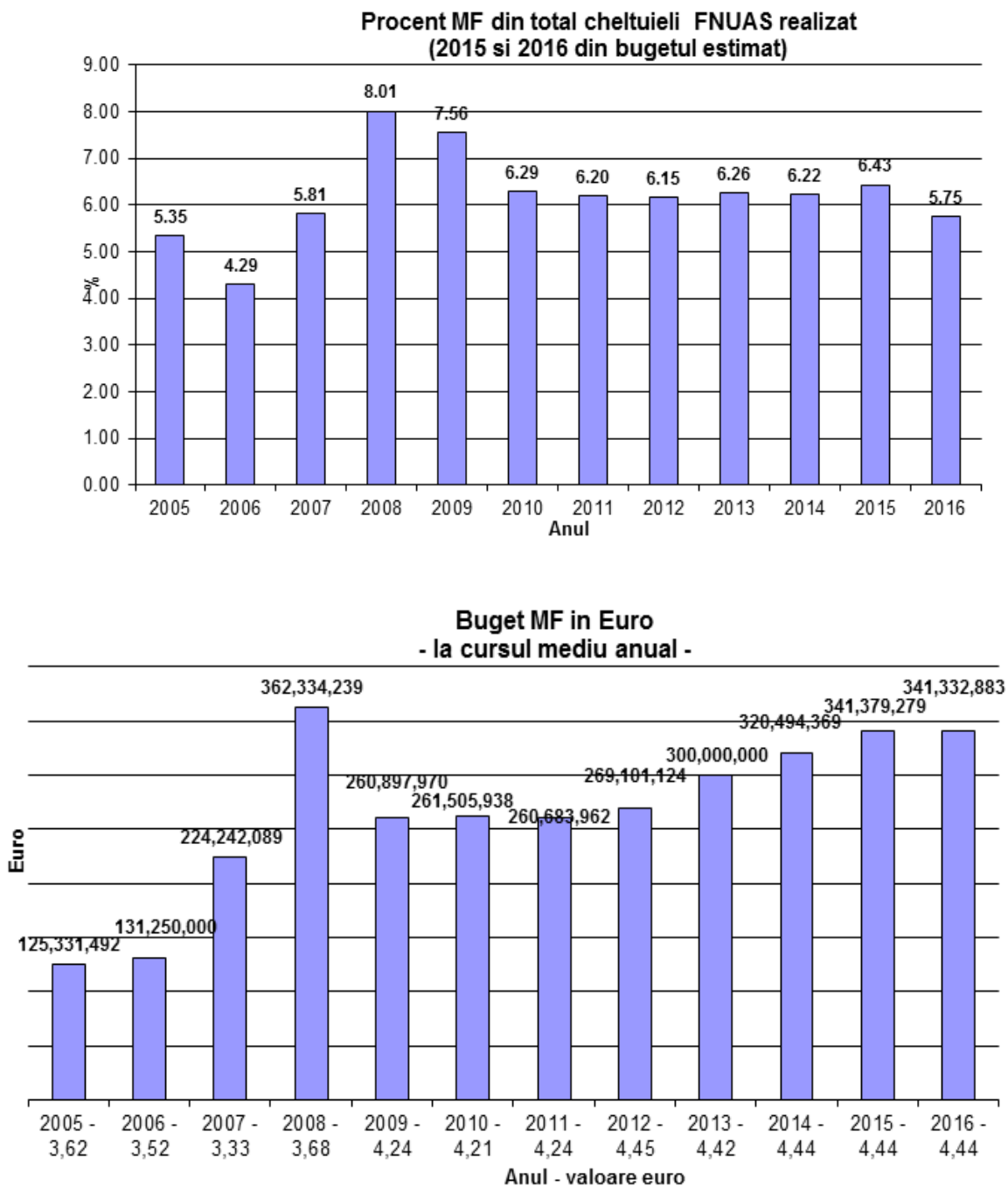
¹⁸ <http://www.casan.ro/casvi/post/type/local/ouq-35-2015.html>



Asistența Medicală Primară are, după anul 2006, cel mai mic buget în condițiile în care a crescut și vor crește inflația, salariile personalului angajat, cheltuielile de funcționare a cabinetelor, iar modificările Codului Fiscal au crescut cheltuielile medicilor de familie sub formă de contribuții pentru Sănătate, pensii.

Deoarece în declarațiile oficialilor CNAS sunt prezentate adesea alte procente, clarificăm metoda de calcul pentru procentul alocat AMP, în funcție de totalul la care se face raportarea:

	REALIZAT 2014	ESTIMAT 2015	PROPUNERE 2016	DIFERENȚA PROCENT 2016 VS 2015
PROCENT A.M.P. DIN CHELTUIELI CNAS CU MEDICAMENTE ȘI SERVICII	6,72	6,96	6,20	-0,76
PROCENT A.M.P. DIN TOTAL CHELTUIELI CNAS (ȘI PROGRAME)	6,22	6,43	5,75	-0,68



Deși bugetul alocat este minimal, resursele folosite sunt gestionate deficitar prin lipsa transparenței în cheltuirea fondului CNAS dedicat Asistenței Medicale Primare

La nivelul CNAS nu există transparență legată de cheltuirea fondului Asistenței medicale primare. Deși am solicitat prin cereri de informații de interes public punctuale conform Legii 544/2001, iar în ultimii 5 ani am solicitat anual explicații privind destinația și utilizarea sumelor trimestriale, am primit răspunsuri incomplete, iar în 80% din solicitări nu am primit niciun răspuns. Calculele

experților noștri demonstrează că nu toate sumele alocate s-au cheltuit în Asistența medicală primară.

Redăm în cele ce urmează o parte din calculele realizate de experți SNMF. Dacă luăm în calcul bugetul alocat asistenței medicale primare în anul 2015, de 1.515.718.000 lei și aplicăm metodologia legală de calcul, după ce se scad costurile cu centrele de permanență și medicii nou intrați în sistem, rămân pentru a fi împărțiți pe cele 4 trimestre 1.454.585.000 lei. Cifrele pot fi urmărite în tabelul de mai jos.

	Trimestrul I	Trimestrul II	Trimestrul III	Trimestrul IV	TOTAL
Repartiție trimestrială	363.646.250,00	363.646.250,00	363.646.250,00	363.646.250,00	1.454.585.000,00
Total alocat CNAS	343.559.491,57	339.995.524,05	349.750.308,56	349.802.374,42	1.383.067.698,60
Nealocat	20.086.758,43	23.690.725,95	13.895.941,44	13.843.875,58	71.517.301,40

Dacă ar fi fost respectate Normele de aplicare a Contractului-cadru privind repartitia bugetului și stabilirea valorii definitive a punctului în AMP, suma totală alocată, pe baza punctajului realizat și raportat de CNAS, diferă față de cea raportată ca atribuită medicinei de familie. Cei 71.517.301,40 lei rămași ar fi trebuit să se regăsească în valoarea definitivă (finală) a punctului din trimestrul IV 2015. Astfel, valoarea acestor puncte ar fi trebui să fie în trimestrul IV 2015 „per capita” 5 lei și „per serviciu” 2,41 lei. Cu toate acestea, valorile afișate de CNAS pe siteul web sunt 4,18 lei, respectiv 1,99 lei. Tabelul de mai jos prezintă cifrele comparativ.

Valoarea definitivă a punctelor – trimestrul IV 2015 –	Valoare CNAS	Valoare calculată SNMF-FNPMF
Valoarea unui punct "per capita" a medicilor de familie	4,18 lei	5 lei
Valoarea unui punct "per serviciu" a medicilor de familie	1,99 lei	2,41 lei

Tradus în valoarea facturii această sumă, împărțită la cei 11.400 medici de familie, reprezintă un minus de 6.273 lei/cabinet. Explicațiile CNAS privind neconcordanța cifrelor sunt de ordin contabil - sunt sume de angajament, sunt plăți făcute pentru anul precedent etc. - deși metodologia de repartitie a bugetului și pentru stabilirea valorilor definitive ale punctului este clar stabilită în legislație.

Sursele bugetare de finanțare pentru Asistența Medicală Primară

A. Conform art. 86 si 87 din legea 95/2006: *“sumele alocate pentru finanțarea asistenței medicale primare se stabilesc pe baza obiectivelor politicii naționale de sănătate publică.”* Respectiv *“din bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, se pot finanța investiții în infrastructură, în localitățile rurale, în vederea construcției, reabilitării, dotării minime standard a spațiilor medicale și nemedicale în care se desfășoară activități de îngrijire medicală primară. Ministerul Sănătății alocă sumele prevăzute anterior sub formă de transferuri prin direcțiile de sănătate publică județene către autoritățile administrației publice locale”*.

Deși există această posibilitate prevăzută în lege, autoritățile administrației publice locale nu o utilizează. Sunt foarte rare exemplele de cabinete de medicina familiei sprijinite prin această sursă. Majoritatea investițiilor realizate în cabinete au fost posibile prin fondurile proprii ale medicilor sau prin proiecte cu finanțare privată sau europeană¹⁹.

B. OUG 68/2008 privind vânzarea spațiilor medicale obligă autorităților administrației locale să repare și să doteze spațiile cu destinație de cabinete medicale aflate în administrare, pe care nu le-au vândut în termen de 1 an de la intrarea în vigoare a OUG. Această obligație nu este respectată, în ciuda sesizărilor individuale ale medicilor concesionari și cererilor organizațiilor medicilor de familie²⁰.

C. Sumele strânse prin “taxa pe viciu” au fost folosite în anii 2007-2008 pentru a finanța Programul Național de Evaluare a Stării de Sănătate, derulat prin asistența medicală primară și furnizorii de servicii paraclinice. În nici un alt an sumele strânse din “taxa pe viciu” nu au mai fost folosite în asistența medicală primară, deși între anii 2006-2011 conform Titlului XI al Legii Sănătății această taxă avea destinație precisă: *investiții în infrastructura sistemului de sănătate, finanțarea programelor naționale de sănătate sau rezerva Ministerului Sănătății Publice pentru situații speciale*.²¹ Din anul 2011, prin modificarea Titlului XI, sumele au putut fi folosite și cu următoarele destinații: *sume alocate prin transfer în bugetul fondului pentru servicii medicale sau medicamente de care beneficiază asigurații, alte destinații prevăzute la art. 100 alin. (2), (5), (7) și (8); majorări de capital social prin aport în numerar, în condițiile legii, la societățile aflate sub autoritatea Ministerului Sănătății la care statul este acționar majoritar* – Art. 368, Legea 95/2006. Sumele colectate în perioada 2006-2010 au ajuns la un total de 5,5 miliarde lei.²²

Rolul medicului de familie - important pentru comunitate

Asistența medicală primară a suferit modificări importante în ultimii 26 de ani. Aparent medicul de medicină generală a devenit medic de familie, antreprenor, manager al propriului cabinet, în relație contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate. Responsabilitățile și problemele legate de finanțarea cabinetelor medicale (sediu cabinet, dotări, utilități) au intrat în sarcina medicului de familie. Există multe probleme legate de proprietatea asupra spațiilor: unele spații sunt luate în comodat, altele închiriate, iar destul de multe sunt în proprietatea medicilor de familie. Unele au fost cumpărate de la primării, altele au fost amenajate în spații cumpărate de medici și amenajate pentru a fi cabinete medicale. Deși sunt voci care susțin că medicina de familie este o afacere profitabilă și în realitate câteva astfel de situații există, situația generalizată arată cabinetele de medicină familiei că fiind dependente aproape 100% de

19 <http://medic-de-familie.blogspot.ro/2012/06/o-noua-editie-impreuna-pentru-fiecare.html>

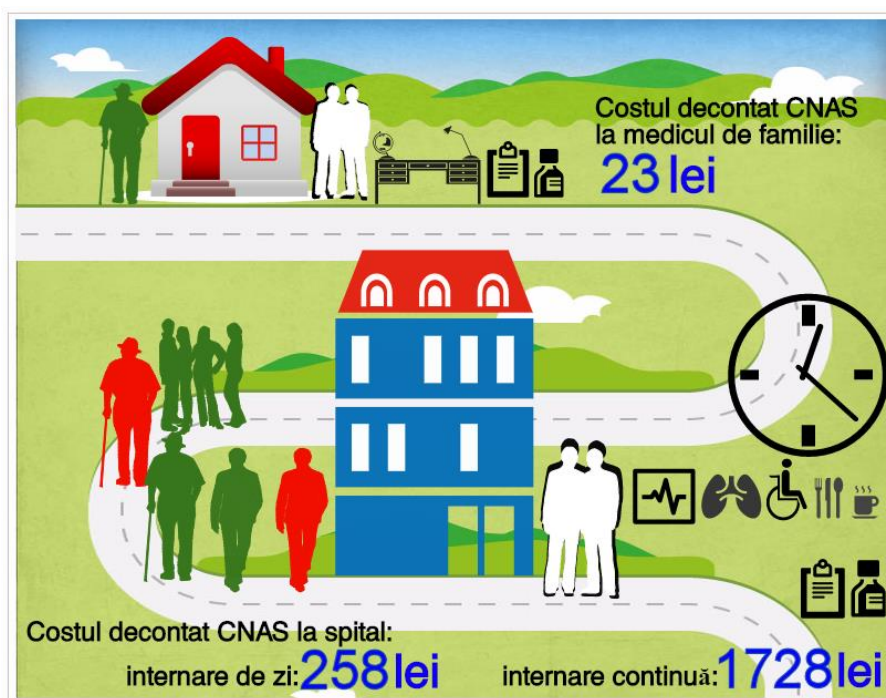
20 <http://pmfb.ro/docs/2014-11-25-Solicitare-reabilitare-cabinete-PMB.pdf>

21 <http://medic-de-familie.blogspot.ro/2010/12/banii-din-taxa-pe-viciu.html>

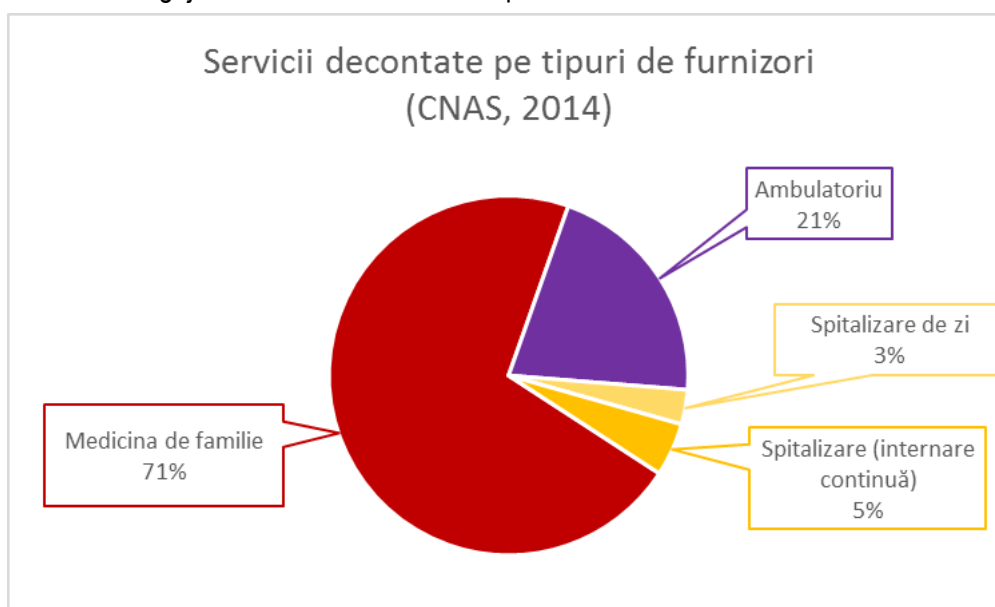
22 <http://medic-de-familie.blogspot.ro/2012/03/taxa-de-viciu.html>

finanțarea primită de la sistemul de asigurări de sănătate. Pentru că nu este încă palpabil un sistem real de asigurări private de sănătate, cabinetele depind de contractul cu CNAS.

Medicul de familie este singurul specialist din sistem care are privilegiul unei viziuni holistice a omului, chiar înainte ca acesta să devină pacient, dar și după aceea, când este necesară intervenția. Medicul de familie își cunoaște pacienții, le cunoaște familiile, problemele sociale, mediul în care trăiesc și se manifesta, adică tot ceea ce poate



influența starea de sănătate sau de boală. Este cel mai potrivit să aibă intervenția de bază atât în prevenirea bolii cât și în urmărirea ei și prevenirea complicațiilor, așa încât viața să se manifeste cât mai aproape de normal. Dar odată sănătatea pierdută, medicul de familie are rolul de a-l orienta pe pacient în interiorul sistemului medical așa încât să primească cele mai adecvate și eficiente servicii, conform nevoilor lui. Adică el coordonează și integrează serviciile medicale necesare, conform Legii nr. 95/2006, având grijă că resursele să nu fie risipite.

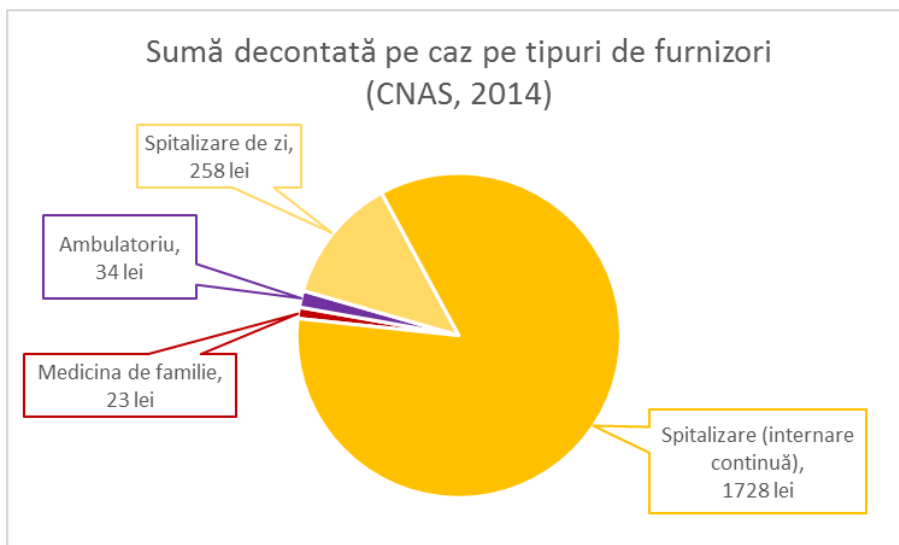


Asistența medicală primară este și trebuie să fie primul bastion în slujba sănătății oamenilor. Studiile internaționale, în special raportul Organizației Mondiale a Sănătății 2008 World Health Report "Asistența medicală primară – Acum mai mult ca niciodată!"²³ au

arătat de mult că țările cu o asistență medicală primară (medicină de familie) bine dezvoltată, au o populație mai sănătoasă, mai puține internări fără rost, o cheltuire mai eficientă a banilor din sistem. Studiile făcute pentru sistemul medical românesc de Banca Mondială și NICE²⁴ au arătat necesitatea imperioasă de dezvoltare și finanțare a asistenței medicale primare.

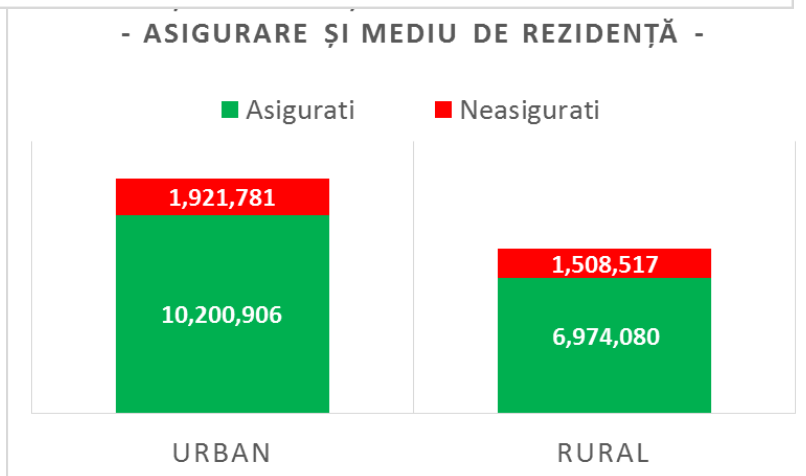
Aceste studii, rapoarte și recomandări, neasumate de Guvernul României, deși au fost realizate de experți internaționali și finanțate prin împrumuturi acordate României de instituții internaționale, rămân doar un exercițiu de trasare a unor premise fără efecte în legislație sau impact asupra finanțării asistenței primare.

Deși statul roman a angajat sume importante din fonduri publice pentru achitarea acestor studii, eforturile de asimilare și integrare în legislația internă sunt aproape insesizabile, iar efectul asupra asistenței medicale este unul negativ. Nu este doar o declarație emotivă, este o realitate, dacă luăm în considerare faptul că Strategia privind asistența medicală primară 2012-2020 nu este aprobată printr-un act normativ la nivel de Guvern nici după 4 ani de la elaborare și prezentarea pe pagina web a Ministerului Sănătății.



Medicina de familie este segmentul de bază și de prim impact pentru sănătatea întregii populații. În cabinetele medicilor de familie se acorda minimum 50.000.000 de consultații pe an.

În toată lumea, dezvoltarea medicinei de familie s-a dovedit singura soluție viabilă și eficientă pentru protecția populației și asigurarea serviciilor medicale de bază. A distruge medicina de familie înseamnă să distrugi sistemul de sănătate, ceea ce nici o societate nu-și



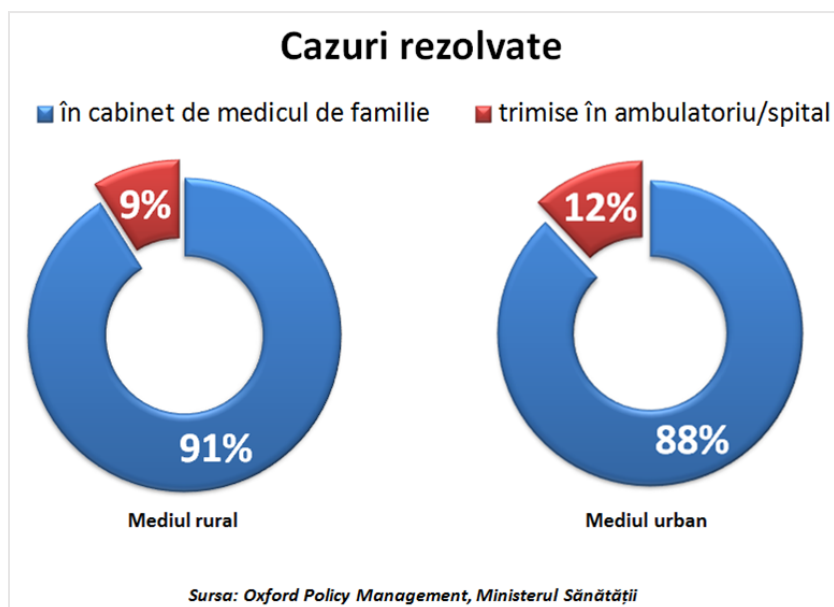
Sursa datelor: CNAS, Raport Sinteză 2014

24 Asistență Tehnică pentru Revizuirea Conținutului și Proceselor de Listare pentru Pachetul de Bază al Serviciilor și Tehnologiilor de Sănătate pentru România - NICE International - Raport final și recomandări – ianuarie 2012 - <http://www.ms.gov.ro/upload/Ministerul%20Sanatatii%20NICE%20ROMANIA%20FINAL%20REPORT.DOC>

poate permite.

Medicul de familie este medicul de prim contact și este alături de pacientul său în toate aspectele vieții acestuia, de la naștere la căsătorie, de la botez și până la deces – omul sănătos, omul bolnav, omul care are nevoie de consiliere.

Medicina de familie este o specialitate extrem de vastă, care implică în afara serviciilor medicale curative și medicină omului sănătos, promovarea sănătății, medicina comunitară, profilaxia bolilor cu



impact major asupra sănătății populației, aplicarea programelor naționale de sănătate, precum și o relație specială, de lungă durată cu pacienții. Vaccinările, urmărirea riscului de boală, sunt aspecte ale prevenției care aparțin tot medicului de familie. Urmărirea gravidei, a sugarului, supravegherea dezvoltării copilului, urgențele minore, supravegherea epidemiologică (hepatite, TBC, gripa etc) sunt efectuate tot la

nivelul cabinetelor de medicina familiei.

Din raportul CNAS publicat în 2015²⁵:

Numărul de servicii medicale acordate de medicii de familie în 2014 a fost de 111.543.602. Din acestea, consultații au fost 62.319.309 și anume: 55.079.356 în plata per servicii, 7.093.928 în plata per capita și 146.025/an în pachetul minimal (pentru neasigurați). Alte activități medicale au fost în număr de 49.224.293 (eliberare de diferite acte medicale, decese, etc). În România, în medie, un asigurat trece pragul unui cabinet pentru a fi consultat de 3,6 ori într-un an, în total pentru diferite solicitări (inclusiv consultații curative sau pentru boli cronice) vizitând un medic de familie de 5,4 ori pe an.

Cabinetul de medicina familiei

Bugetul și capacitatea financiară a cabinetului de medicina familiei

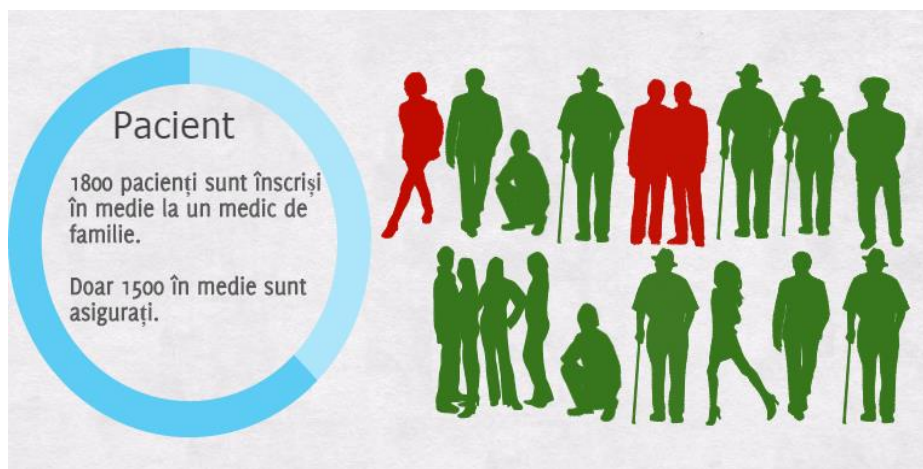
A. Veniturile cabinetului – Contractul cu casa de asigurări

²⁵ <http://www.cnas.ro/media/pageFiles/RAPORT%20ACTIVITATE%202015.pdf>

Serviciile de asistență primare sunt decontate conform Anexei 2 a Normelor Contractului-cadru (prevederile 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) pe baza unei metodologii alambicate și foarte dificil de evidențiat. Anexa 2 a Normelor cuprinde 11 pagini.

Pentru înțelegerea mecanismului de plată, în primul rând este important de știut că decontarea serviciilor se face lunar și global pentru tot ce presupune un cabinet de medicina familiei și nu este alocată strict doar pentru medicul de familie, așa cum CNAS încearcă să sugereze în comunicările oficiale. Trebuie clarificat faptul că este o diferență majoră între venitul cabinetului de medicină de familie, care integrează o multitudine de servicii și mai multe resurse umane și venitul medicului de familie titular - care este doar una din persoanele resursă umană dintr-un cabinet de familie. Vom evidenția componența și serviciile dintr-un cabinet de medicină de familie în cele ce urmează.

Al doilea element, adesea la fel de eronat perceput ca și primul, este că din anul 2010 plata este de tip mixt - 50% per capita (în funcție de numărul și vârsta persoanelor înscrise care se pot adresa cabinetului) și 50% per serviciu (în funcție de numărul – plafonat – de consultații de diferite tipuri furnizate efectiv de cabinet într-o lună). Plata per capita se calculează prin formule care țin cont de numărul și vârsta pacienților, numărul de puncte alocat, limita maximă de 2200 pacienți/medic, localizarea cabinetului într-o zonă izolată, gradul profesional al medicului, existența unui medic angajat.

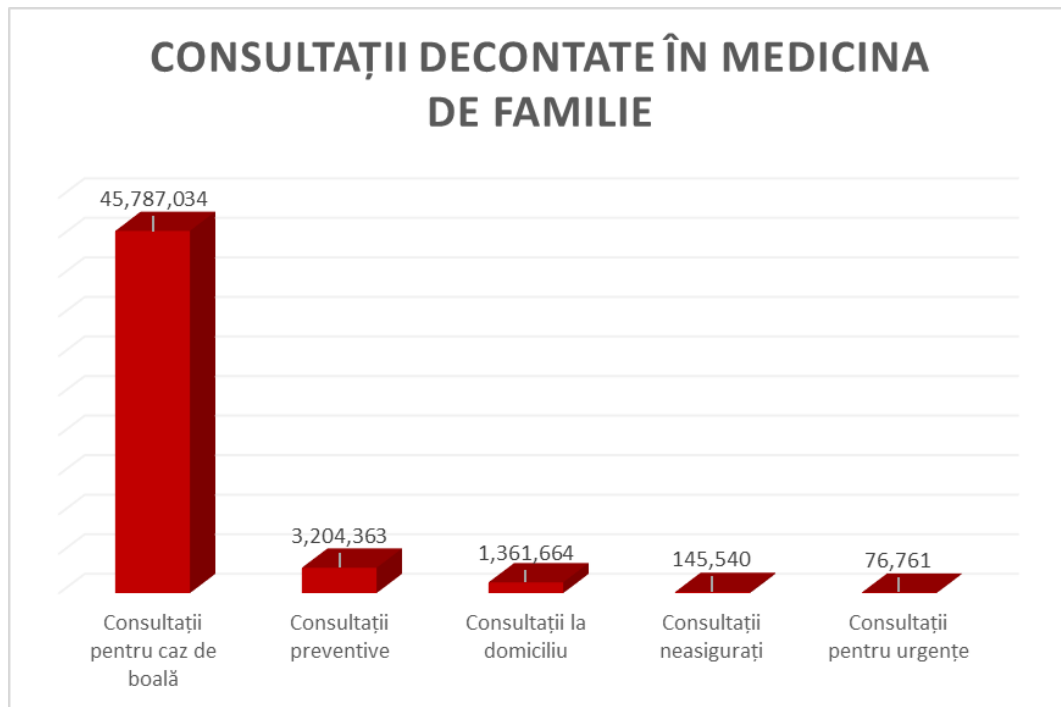


În concluzie, pentru un pacient cu vârsta cuprinsă între 0-3 ani sau peste 60 ani, plata a fost în anul 2015 de 4 lei/lună. Pentru pacienții cu vârsta între 4-59 ani, plata a fost de 2,5 lei/lună.

Această plată se majorează cu 20% pentru medicii primari, este penalizată cu 10% pentru medicii fără specialitate și de asemenea se majorează cu 200% pentru medicii din 25 de așezări umane din Rezervația Biosfera Delta Dunării ²⁶

O majorare de 5% este acordată pentru persoanele instituționalizate (copii aflați în plasament, persoane aflate în centre de îngrijire sau asistență). Pentru cabinetele cu peste 2200 de pacienți înscrși, există o diminuare progresivă a sumei plătite de CNAS.

Plata per serviciu se calculează în funcție de tipul consultației și de asemenea în funcție de gradul profesional al medicului. Pentru o consultație în cabinet, plata CNAS este de 10,5 lei. Pentru o consultație la domiciliu, CNAS plătește cabinetului de medicina familiei 28,5 lei.



Sursa datelor: CNAS, Raport sinteză 2014

Plafonul de decontare pentru consultațiile realizate în medicina de familie este dat de programul de lucru contractat de cabinetele medicale și durata optimă medie a unei consultații decisă de Ministerul Sănătății și CNAS în anul 2010 – 15 minute. Astfel, un cabinet de medicina familiei care a contractat 35 de ore/săptămână, conform standardului minim obligatoriu prevăzut în Contractul-cadru pentru anul 2015, a putut deconta maximum 100 consultații/săptămână (20/zi) în cabinet și 10 consultații/săptămână (2/zi) la domiciliu.

Pentru cabinetele cu peste 2200, respectiv 3000 înscriși, programul de lucru contractat poate fi prelungit cu 1, respectiv 2 ore, ceea ce duce la o creștere a plafonului de consultații decontabile cu 4, respectiv 8 consultații în cabinet zilnic.

Consultațiile solicitate de pacienți și acordate de medici peste acest plafon nu sunt decontate de Casele de asigurări. Aceste consultații pot fi acordate gratuit, și medicul poate elibera rețete compensate/gratuite sau/și bilete de trimitere pentru servicii asigurate. Dacă medicul ar solicita direct pacientului plata consultației, acesta nu ar mai putea beneficia de rețete compensate/gratuite sau/și bilete de trimitere pentru servicii asigurate. Altfel spus, ar fi privat de o parte din drepturile lui ca asigurat.

B. Veniturile cabinetelor – alte surse

Deși Legea 95/2006 permite cabinetelor de medicina familiei să aibă venituri și din alte surse decât contractul cu Casa de asigurări, în realitate aceste posibilități sunt reduse, inaplicabile sau se lovesc tot de slaba finanțare a Sănătății, fiind contracte posibile tot cu diferite instituții publice. Vom discuta fiecare situație în parte în secțiunea *Surse de finanțare prevăzute de Legea 95/2006 pentru cabinetele de medicină familie*.

C. Cheltuielile cabinetelor

C.1. Cheltuieli de personal

În anul 2012 mai puțin de 5% dintre medicii de familie aveau angajați secretară sau registrator, în timp ce doar 55% aveau angajat contabil. În procent de 100% medicii de familie au angajat cel puțin o asistentă medicală, acest lucru fiind obligatoriu conform contractului cu CNAS.²⁷ Aceste date arată că medicii de familie și asistentele medicale sunt responsabili în același timp și de utilizarea sistemelor IT, de colectarea datelor necesare CNAS pentru decontarea serviciilor și, de asemenea, de diferite alte tipuri de raportări și muncă nemedicală suplimentară. Motivul pentru această situație este reprezentant de subfinanțare, medicii neavând astfel posibilitatea financiară de a angaja personal suplimentar pentru a prelua activitatea birocratică. O medie a costurilor lunare cu cheltuielile de personal este de aproximativ 3300 lei.

C.2. Cheltuieli de funcționare, altele decât cele de personal

Toate cheltuielile de funcționare ale cabinetului sunt achitate de medicul de familie, din venitul lunar al cabinetului obținut în baza contractului de furnizări servicii cu casa de asigurări. Facem o enumerare cât mai completă a acestora: cost spațiu cabinet (redevență, chirie, credit), telefon, internet, software, semnătură electronică, electricitate, apă, gunoi menajer, deșeuri medicale, agent termic, asigurare, materiale curățenie, consumabile medicale, birotică, taxă evaluare CNAS, cotizație Colegiul Medicilor, organizații profesionale și patronale, SSM, PSI, medicina muncii, Educație Medicală Continuă, contabilitate, curățenie, reparații, investiții, transport. Totalul lunar mediu este de 4600 lei.

Venitul medicului de familie

Cabinetele de medicină de familie sunt unități sanitare private. Exista o confuzie întreținută între veniturile acestor unități sanitare și venitul medicului titular, care evident nu sunt unul și același lucru.

Mai mult, venitul cabinetului nu este similar salariului medicilor din sistemul bugetar. Din venitul mediu al unui cabinet, medicului titular îi revin net cel mult 20% din venitul cabinetului. În anul 2016 acest procent se va reduce până la valoarea de 15%.

²⁷ Studiu pe bază de chestionar, Societatea Națională de Medicina Familiei, ianuarie 2012

În cel mai recent raport de activitate CNAS ²⁸, pentru anul 2014, la capitolul Asistență Medicală Primară sumele decontate sunt prezentate cu sintagma “venit/medic” și chiar “venituri încasate de medicii de familie” și împărțite în venit minim, mediu și maxim, pe trimestru și în funcție de numărul de pacienți înscriși pe listă. Modul de prezentare ales de CNAS contribuie la confuzia existentă, deoarece în realitate veniturile nu sunt ale medicului ci ale furnizorului (cabinetului), media ar trebui să fie cea lunară pentru a nu permite confuzia între lunar și trimestrial iar legătura cu numărul de pacienți înscriși pe listă este irelevantă. Medicii de familie sunt plătiți 50% pentru numărul de pacienți și 50% pentru numărul de servicii furnizate, bonificați în funcție de gradul profesional (+20% pentru medicii primari, -10% pentru medicii fără specialitate, referința reprezentând-o medicul specialist MF) astfel încât facturile lunare a doi furnizori cu același număr de pacienți înscriși pot varia considerabil în funcție de numeroși factori: vârsta pacienților, starea de sănătate, obișnuința de a merge la medic, serviciile oferite, gradul profesional, programul de lucru s.a.

Deși este extrem de dificil să prezentăm o medie, date fiind condițiile extrem de diferite de activitate ale cabinetelor, modul complex de plată, și lipsa datelor statistice la nivelul CNAS (care anual colectează date statistice din doar 60% din județele țării) aproximăm că un cabinet de medicină de familie a avut în anul 2015 un venit mediu de 11.000 lei. Pentru o bună funcționare minimală a cabinetului, sunt necesare

An	Buget AMP	Venit brut CMI	Cheltuieli CMI	Salarii CMI
2013	1,316,602,000 lei	9,624 lei	4000 lei	2800 lei
2014	1,424,995,000 lei	10,417 lei	4300 lei	2800 lei
2015	1,515,724,000 lei	11,080 lei	4600 lei	3000 lei
2016	1,515,518,000 lei	11,078 lei	4600 lei	3300 lei

An	Impozit	Sanatate	Pensie	Concedii
2013	452 lei	155 lei	526 lei	24 lei
2014	531 lei	182 lei	526 lei	28 lei
2015	557 lei	191 lei	526 lei	30 lei
2016	509 lei	175 lei	836 lei	27 lei

An	Venit brut MF
2013	2,824 lei
2014	3,317 lei
2015	3,480 lei
2016	3,178 lei

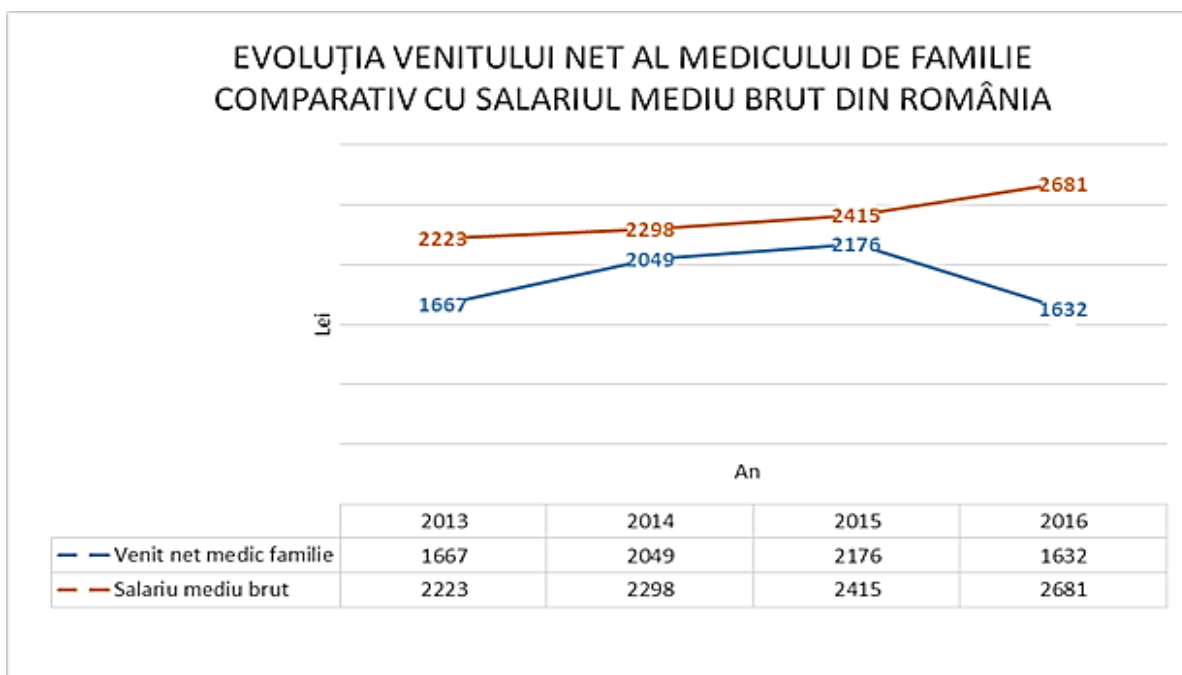
Venit net medic familie
1667 lei
2049 lei
2176 lei
1632 lei

Sursa datelor: SNMF, FNPMF

cheltuieli în medie de 4600 lei la care se adaugă un fond alocat salariilor personalului de aproximativ 3000 lei (estimări pe baza datelor membrilor noștri). Rezultă un venit brut lunar al medicului titular de cabinet de 3400 lei, din care trebuie plătite cheltuielile de asigurări sociale, contribuția la FNUASS și impozitul pe venit. În medie, venitul net lunar al unui medic de familie a fost anul trecut aproximativ 2100 lei. Prin modificările Codului Fiscal în anul 2016 estimăm că acest venit net mediu se va diminua până la aproximativ 1600 lei.

“Peste 85% dintre medicii de familie [din România] consideră că profesia lor este foarte interesantă și, la rândul lor, sunt interesați de ea la fel ca și la început. Aproximativ 54% dintre ei consideră că există mult stres în activitatea lor. Jumătate dintre medicii de familie (48%) spun că medicina de familie este o specialitate foarte respectată. Majoritatea lor (94%) crede că activitatea este supraîncărcată cu detalii administrative inutile. În ceea ce privește relevanța activităților, opiniile sunt împărțite: 52% dintre medici consideră că parte din activitatea lor nu este complet relevantă. **În schimb 69% spun că nu există un echilibru între efort și recompensă.**”²⁹

În graficul de mai jos am realizat o comparație între venitul net al medicului de familie conform estimării de mai sus și salariul mediu brut pe economie în România

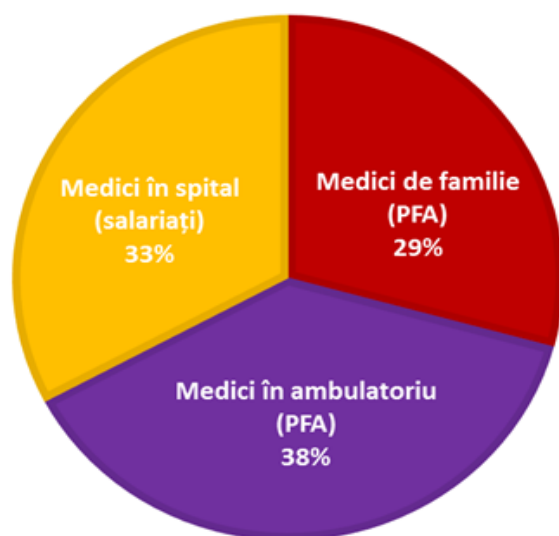


Sursa datelor: SNMF, FNPMF, Monitorul Oficial al României

Cod Fiscal – discriminări între medici !

Cod Fiscal aduce pentru 67% dintre medicii României o scădere de venit de 25%!

**DISTRIBUȚIA MEDICILOR PE TIPURI DE FURNIZORI
ȘI EXERCITARE A PROFESIEI**



Sursa datelor: CNAS, Colegiul Medicilor din România, 2014

În România, asistența medicală primară a suferit un declin profund la nivel financiar începând din anul 2008.

Din 2016, o nouă povară fiscală este instituită prin prevederile noului Cod Fiscal care afectează direct și discriminatoriu cabinetele medicilor de familie, înregistrați în majoritatea lor ca persoane fizice cu profesii liberale, având contracte de concesiune cu primăriile. Discriminarea apare față de personalul medical din unitățile sanitare cu paturi, care au beneficiat prin OUG 35/2015 de o mărire a veniturilor cu 25%, care sunt plătite tot din FNUASS. În spitale lucrează aproximativ 33% din medicii țării și 30-40% din personalul medical mediu al țării.

Pentru cabinetele medicilor de familie nu exista nici o creștere a finanțării, deși sunt plătiți tot pentru servicii medicale decontate din FNUASS. Deși Noul Cod Fiscal a avut la baza premisa scăderii fiscalității, în realitate introduce taxe suplimentare, crescând cheltuielile cabinetelor și diminuând venitul net al medicului cu 25%.

Medicii care își desfășoară activitatea ca titulari ai cabinetelor medicale individuale și care reprezintă mai mult de jumătate din medicii din România, obțin venituri din profesii liberale, așa cum sunt definite de art. 67 Cod Fiscal.³⁰

Această formă de organizare s-a realizat prin voință politică fără o consultare a actorilor afectați, prin OG 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale. Mult mai târziu, în anul 2003, a apărut posibilitatea desfășurării activității și prin intermediul unui SRL conform Legii 31/1990. Foarte puțini medici liber profesioniști au ales să-și schimbe formă de organizare, aceasta implicând atât reavizări și reautorizări cât și altă legislație de funcționare, deci costuri suplimentare. În anul 2012 doar 7% din medicii de familie erau organizați ca SRL.

³⁰ Codul Fiscal: Art. 67 Definirea veniturilor din activități independente alin. (1): *Veniturile din activități independente cuprind veniturile din activități de producție, comerț, prestări de servicii, veniturile din profesii liberale și veniturile din drepturi de proprietate intelectuală, realizate în mod individual și/sau într-o formă de asociere, inclusiv din activități adiacente.*

Considerăm că statul român aplică asupra persoanelor fizice autorizate – liber profesioniști – un tratament fiscal excesiv și discriminatoriu în comparație cu celelalte categorii de persoane fizice care obțin venituri din diferite surse, de exemplu:

- persoanele fizice care obțin venituri din dividende - nu au obligația plății contribuției la pensii și asupra acestor venituri iar, până la finele acestui an, nu au obligația plății contribuției de asigurări de sănătate pentru aceste venituri, dacă realizează și venituri asupra cărora se aplică contribuția; de asemenea, plătesc impozit pe acest venit de numai 5%, începând din acest an.
- salariații - beneficiază de stagiul complet de cotizare plătind o contribuție individuală la pensii de 10,5% din venit; aceștia beneficiază și de deduceri individuale și suplimentare din venitul asupra căruia se aplică impozitul de 16%, dacă venitul brut este mai mic de 3.000 lei/lună; de asemenea au stagiul complet de cotizare la pensie, chiar dacă lucrează 2 ore pe zi, spre deosebire de liber profesioniști care, dacă aleg plata contribuției individuale la pensie în procent de 10,5%, nu vor avea stagiul complet de cotizare.

Un medic liber profesionist va plăti, începând cu anul 2016, aplicat la venitul său net:

- 16% impozit pe venit
- 5,5% contribuție pentru asigurări de sănătate
- 26,3% contribuție la asigurări sociale (pentru a avea stagiul complet de cotizare)
- 0,85% contribuție pentru concedii și indemnizații

În condițiile în care venitul medicului titular va scădea este foarte probabil ca acesta va diminua și salariul asistentei, care va privi mai cu interes un loc de muncă în spital, în privat sau chiar în străinătate. Fără asistență medicală un cabinet nu poate încheia contract cu casa de asigurări.

Taxa și impozitul pe clădiri – sunt sau nu scutite cabinetele medicale ?

Pentru că marea majoritate a cabinetelor medicale individuale își desfășoară activitatea în spații concesionate sau închiriate de la primării, conform Art. 455 din Codul Fiscal este datorată taxa pe clădiri. Aceasta este similară impozitului pe clădiri, adică 2% pentru persoane fizice sau 5% pentru persoane juridice, aplicată la valoarea impozabilă a spațiului, dacă nu există un raport de evaluare făcut de proprietar în ultimii 5 ani. Medicul concesionar sau chiriaș nu poate face o evaluare a unui spațiu pe care nu îl deține în proprietate. Evaluările nu există și nu vor fi făcute de primării. Această taxă, de valoare foarte mare, se adaugă la cheltuielile cabinetului pe lângă redevența sau chirie în cuantum de 400-1400 lei lunar.

Conform Art. 456 din Codul Fiscal, cabinetele medicale sunt scutite de aceasta plată, fiind incluse în *clădirile de unități sanitare publice* exceptate de articol. Din păcate, există în multe unități administrativ teritoriale confuzii între „asistența de sănătate publică”, și forma de deținere a proprietății.

Considerăm că se face confuzie între termeni: public (cui se adresează activitatea) și de stat sau privat (tipul proprietății, cine deține proprietatea).

Legea 95/2006 precizează chiar la început care este definiția sănătății publice:

Art. 1. - Obiectul prezentului titlu îl constituie reglementarea domeniului sănătății publice, obiectiv de interes social major.

Art. 2. - (6) Asistența de sănătate publică este coordonată de către Ministerul Sănătății și se realizează prin toate tipurile de unități sanitare de stat sau private, constituite și organizate conform legii.

Deducerea investițiilor în cabinetele medicale

Investițiile făcute de medici în cabinetele proprii sunt deja îngreunate de faptul că aparatura medicală este scumpă iar durata în care se amortizează aceasta, conform catalogului, este foarte mare (8 – 12 ani), deși, practic, aparatura medicală se uzează moral în aproximativ 4 ani. Prețul unui ecograf este de 10-15.000 euro, de exemplu.

În acest context, se produce încă o discriminare: orice contribuabil care investește în înființarea și funcționarea de cabinete medicale, poate deduce integral valoarea acestora la data punerii în funcțiune, conform Art. 28 alin. 20 Cod Fiscal. Cabinetele medicale individuale organizate conform OG 124/1998 nu se pot folosi de același articol, deși sunt tot cabinete medicale!

În concluzie, fiscalitatea PFA impusă de noul Cod Fiscal va avea impact negativ asupra întregii asistențe medicale acordată în ambulatoriu de către medicii de familie și medicii de specialitate din cadrul ambulatoriului de specialitate din întreaga țară. Cabinetele medicilor tineri (cu venituri mici), sau a celor cu pacienți mai puțini nu vor putea fi susținute financiar și vor trebui închise.

Medicii de familie reprezintă o treime din medicii țării. Alături de ei lucrează și sunt plătite din aceleași fonduri circa 30.000 de asistente medicale. Colapsul cabinetelor înseamnă și afectarea întregului personal al cabinetelor medicale de medicină de familie. Cei mai afectați vor fi însă pacienții, pentru care medicul de familie este cel mai accesibil furnizor de servicii medicale.

Sursele de finanțare prevăzute de Legea 95/2006 pentru cabinetele de medicina familiei – inactive

Finanțarea medicinei de familie este prevăzută la art. 85 din Legea 95/2006 prin care se indică veniturile care pot fi realizate după cum urmează:

a) contracte încheiate cu casele de asigurări de sănătate din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în condițiile Contractului-cadru;

b) contracte încheiate cu autoritățile teritoriale de sănătate publică, pentru servicii de planificare familială, servicii speciale de consiliere, servicii de îngrijiri medicale la domiciliu în fază terminală și post spitalicești;

c) contracte încheiate cu societățile de asigurări private de sănătate;

d) contracte încheiate cu autoritățile teritoriale de sănătate publică sau instituții publice din subordinea Ministerului Sănătății, pentru implementarea programelor naționale de sănătate publică;

e) contracte încheiate cu autoritățile teritoriale de sănătate publică, pentru servicii de medicină comunitară;

f) contracte încheiate cu terți, pentru servicii aferente unor competențe suplimentare;

g) plata directă de la consumatori, pentru serviciile necontractate cu terți plătitori;

h) coplata aferentă unor activități medicale;

i) contracte de cercetare;

j) contracte pentru activitatea didactică în educația universitară și postuniversitară;

k) donații, sponsorizări;

l) alte surse, conform dispozițiilor legale, inclusiv din valorificarea aparaturii proprii, uzată fizic sau moral.

Cu excepția punctului a), doar o mică parte din acest surse sunt de fapt active la nivel național, din care medicii de familie pot beneficia, respectiv:

b, d, e) - contractele sunt de cele mai multe ori refuzate de autorități, în multe cazuri încă tributare, în special în mediul rural, credinței că medicul de familie are obligația să execute sarcinile pentru care este "medic desemnat", fără plată și contract distinct față de cel cu casa de asigurări. Excepția o reprezintă contractele pentru programele naționale de sănătate publică încheiate cu Direcțiile de Sănătate Publică ale Ministerului Sănătății, de exemplu pentru serviciile de vaccinare. Plata unui serviciu este însă de doar 10 lei/persoană vaccinată iar procesul de contractare, solicitare vaccin, raportare și decontare extrem de complex și consumator de timp și bani. Medicii sunt solicitați să se deplaseze lunar de mai multe ori, chiar și peste 100 km până la sediul DSP pentru a duce hârtii și ridica dozele de vaccin, în genți frigorifice pentru a fi respectat lanțul de frig obligatoriu.

c) - firmele de asigurări private de sănătate există încă în număr limitat și în general preferă contractele cu corporațiile medicale

f) - o parte din competențele suplimentare pot fi contractate și de casa de asigurări însă aceasta oferă plată/serviciu și plafon foarte reduse, ceea ce le face neatractive.

h) - coplata este interzisă în medicina de familie prin Contractul-cadru, începând cu anul 2014.

i, j, k, l) - acces extrem de limitat și ocazional. Cabinetul organizat ca SRL nu poate primi donații, sponsorizări.

De ce nu se bazează medicii de familie din România pe venituri realizate din servicii suplimentare, nedecontate de CNAS? Există mai multe motive.

☞ Cel principal este acela că un număr important de pacienți care accesează serviciile medicilor de familie au venituri mici sau nu au nici un venit.

☞ Un alt motiv este că CNAS nu informează pacienții în mod eficient despre costurile serviciilor medicale. Toate serviciile medicale sunt în general considerate gratuite de către pacienți, în special cele oferite de

medicul de familie. Acest lucru creează dificultăți foarte mari pentru medicii de familie în ceea ce privește solicitarea plății directe de către pacient pentru serviciile suplimentare.

- ✎ Un alt obstacol important îl reprezintă absența opțiunii asigurărilor private.
- ✎ Cel mai recent motiv este că serviciile care pot fi oferite astfel sunt limitate de la an la an de casa de asigurări prin Contractul-cadru, care alege să le introducă cu o plată mult mai mică între serviciile plătite prin plata “per serviciu” sau fără plată, în contul sumei primite “per capita”. Astfel de exemple: adevăruri, tratamentele (injecții, pansamente), consultațiile la cabinet și domiciliu peste plafonul decontat.

Activitatea în centrele de permanență

În prezent, asigurarea continuității asistenței medicale primare în regim de gardă a colectivităților locale arondate, în afara programului normal de lucru al cabinetelor de medicină de familie, se realizează prin intermediul centrelor de permanență, organizate în baza Legii nr. 263/2004. Existau 325 centre de permanență și 1793 medici de familie care lucrau în regim de gardă în acestea în luna decembrie 2014 conform CNAS. Nu avem acces la date actualizate.

	CP Fixe cu cheltuieli administrative	CP fixe fără cheltuieli administrative (asigurate de autorități)
Tarif orar medic	12,8 lei	12,8 lei
Cheltuieli administrative	6,4 lei/oră	Între 14,4 și 16,4 lei/oră din luna august 2013
Tarif orar asistentă	Între 8-10	Între 8-10

Se impune o majorare a acestor tarife, neactualizate în ultimii ani. Pentru cheltuielile administrative, propunem respectarea indicelui anual al prețurilor de consum pentru mărfuri nealimentare, în intervalul 2008-2014, care a fost 38,43% conform INSSE.

Având în vedere că salariul minim pe economie va fi 1250 lei începând cu 1 mai 2016, rezultă un tarif orar al asistentei de minimum 9,13 lei. Trebuie luat în considerare însă că în centrele de permanență se realizează și gărzi de noapte și în sărbătorile legale, fiind necesară acordarea sporurilor legale specifice în domeniul sanitar. În acest sens se impune o majorare corespunzătoare și pentru tariful orar pentru medic.

Concluzii

Politicile sanitare dedicate asistenței medicale primare sunt lacunare, realizate conjunctural, de pe o zi pe alta, haotic. Lipsa unei viziuni strategice de evoluție a sistemului asistenței primare din perspectiva predictibilității profesiei a creat de-a lungul anilor o profundă incoerență și instabilitate legislativă, cu impact negativ asupra relației pacient - medic de familie.

◆ Medicilor de familie li se atribuie atât prin lege cât și prin documentele strategice un rol central în sănătate și în educație (care să fie punctul de echilibru al familiei și al comunității). În realitate sunt baza piramidei sistemului sanitar numai din punct de vedere al accesibilității la serviciile medicale și ponderii acestora din totalul serviciilor medicale primite de populație.

◆ Lipsa de finanțare a medicinei de familie a făcut imposibilă creșterea eficacității și diversificarea serviciilor de asistență medicală primară, și dificilă oferirea de servicii integrate.

◆ Pe termen lung nefinanțarea AMP va afecta negativ starea de sănătate a populației și va crește efortul bugetar alocat Sănătății.

◆ Medicilor de familie le-au fost alocate atribuții într-un mod nesustenabil și lipsit de predictibilitate, fără a fi evaluată capacitatea de a răspunde eficient solicitărilor, atât din punct de vedere financiar cât și al resurselor umane.

◆ Informatizarea sistemului asigurărilor de sănătate a suprasolicitat asistența primară, reprezentând o sursă de stres financiar și care a necesitat îmbunătățirea competențelor medicilor de familie, fără a eficientiza munca acestora, deprecind calitatea serviciilor. Singurul lucru relativ îmbunătățit în sistem este calitatea evidențelor.

◆ Accesibilitatea optimală a pacienților la serviciile medicale a fost îngrădită datorită deficiențelor multiple ale Platformei Informatice a Asigurărilor de Sănătate administrată de CNAS, mai ales de la intrarea în funcțiune a sistemului Cardului de sănătate. Neplata serviciilor medicale și imputările nejustificate în sectorul medicinei de familie se datorează în mare parte multiplelor erori ale PIAS.

◆ Au fost introduse supra-sarcini administrative și restricționări economice în activitatea medicală a medicului de familie.

◆ Lipsa de receptivitate a decidenților la problemele, argumentele și propunerile medicilor de familie pentru îmbunătățirea eficienței sistemului medical a agravat aceste probleme.

◆ Impunerea unui contract înjositor, care generează distrugerea cabinetelor individuale de medicină a familiei în România este sursa principală a protestelor medicilor de familie.

◆ Reprezentanților medicilor de familie din diverse forme asociative nu li se recunoaște dreptul de negociere în ceea ce privește legislația specifică activității lor.

◆ Nu există transparență legată de cheltuirea în totalitate a fondului Asistenței medicale primare

◆ Vârsta medie a practicienilor în medicina de familie era 50 ani în anul 2012, conform raportului OMS-Nivel-CPSS. Cel mai probabil vârsta medie a medicilor de familie a crescut în ultimii 4 ani pentru că deși în același interval au fost pregătiți prin rezidențiat circa 1000 medici de familie (cu vârsta medie 28 ani), aceștia aleg să emigreze, să se îndrepte spre o a doua specialitate și deci să nu profeseze ca medici de familie.

◆ Pensia unui medic de familie este de 800-1000 lei (180-230 Euro), aproape egală cu pensia medie în România.

◆ Scăderea drastică a venitului medicului titular și implicit a venitului cabinetului va avea ca urmare gravă imposibilitatea plății personalului angajat și reducerea posibilității medicului de a investi în aparatură medicală de bază, actul medical, în sine, fiind afectat negativ.

RECOMANDĂRI

Societatea Națională de Medicină a Familiei și Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie recomandă instituirea unor soluții sustenabile, crearea unei legislații predictibile, crearea unor premise reale de dezvoltare a segmentului asistenței medicale ca bază a sistemului medical, consultarea cu toate asociațiile profesionale.

Modificările imperios a fi operate la nivel legislativ cu impact asupra relaxării fiscalizării sistemului de medicină a familiei sunt enumerate mai jos.

Modificări legislative:

- ✓ Adoptarea unei Hotărâri de Guvern privind *Strategia pentru dezvoltarea asistenței medicale primare în România, pentru anii 2017-2020*, propusă de Ministerul Sănătății;
- ✓ Clarificarea terminologică, reflectată în toată legislația dedicată sistemului de sănătate, a noțiunii de „unitate sanitară publică”;
- ✓ Modificarea Legii 95/2006, art. 229, alin (2) și (4), pentru recunoașterea *dreptului de negociere*³¹ a organizațiilor reprezentative ale medicilor de familie, prin modificarea sintagmei „Consultare” în „Negociere”, așa cum a fost adoptată în luna iulie 2013 prin Legea nr. 191/2013 și modificată ulterior în aprilie 2014 prin adoptarea OUG nr. 2/2014;
- ✓ Reducerea poverii administrative prin clarificarea legislației aplicabile și a organelor de control care pot efectua controale la cabinetele medicale;
- ✓ Transmiterea unei circulare de la nivel de Guvern la nivel de Consilii Locale pentru a fi adoptate Hotărâri de Consilii Locale cu respectarea prevederilor art. 495 lit. d) și art. 456 lit. h) Cod Fiscal astfel încât cabinetele medicale să fie scutite în mod unitar de la plata taxei și impozitului pe clădiri;
- ✓ Actualizarea tarifelor pe cele trei tipuri de cheltuieli - administrative, tarif orar medic, tarif orar asistență - pentru centrele de permanență înființate conform Legii 263/2004;
 - art. 4, lit. e) - introducerea posibilității acordării de consultații programabile la cererea pacienților, în urma cărora aceștia să poată primi rețete compensate/gratuite, trimiteri și investigații în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate. Aceeași literă e) se regăsește în Art. 25 aferent ambulatoriului de specialitate
- ✓ Eliminarea paralelismelor legislative din Hotărârile de aprobare a pachetelor de servicii și normele care reglementează contractul cadru (HG nr. 161/2016 din 16 martie 2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017) – textul de legiferare al hotărârii se regăsește în oglindă în textul de

legiferare al normelor ceea ce nu este permis in legea privind tehnica legislativa

Relaxare fiscală:

- ✓ Asumarea creșterii procentului alocat din FNUASS **la 12% pentru asistenta medicală primară**;
- ✓ Crearea unei relaxări fiscale urgente - care să excepteze de la taxele PFA cabinetele de medicină de familie și clarificarea caracterului juridic al formei de organizare a cabinetului medical reflectat în Codul Fiscal; (se propune in programul de guvernare eliminarea impozitelor pe venit ale medicilor)
- ✓ Clarificarea regulilor de deducere și a problemelor din practică a deciziilor abuzive de impunere ale ANAF la cabinetele medicale și crearea unui ghid metodologic specific pentru cabinetele medicale organizate in baza OG 124/1998 care să fie asumat de inspectorii ANAF.
- ✓ Analizarea și din partea MS a efortului poverii administrative din perspectiva încărcării muncii medicilor de familie raportate la costurile minimale oferite pe servicii. Câte ore sunt dedicate pentru raportarea în softurile IT CNAS de către medici si revenirile din offline in online –având in vedere blocările dese în detrimentului alocării unui timp suficient si necesar de consultații pentru pacienți. Aceeași analiză a poverii fiscale se impune a fi avută în vedere de fiecare dată când impunem noi și noi sarcini și atribuții medicilor.

Transparența:

- ✓ Publicarea pe pagina web a CNAS, trimestrial, a numărului de puncte per capita și per serviciu realizate de cabinetele de medicină de familie, pe toate județele țării;
- ✓ Informarea de către CNAS, reală și constantă, a pacienților despre costurile serviciilor medicale și condițiile în care pot beneficia de pachetele minimal și de bază de servicii medicale;
 - ✓ Evidențierea și transparentizarea bugetului CNAS, publicării datelor privind bugetele alocate, și a cheltuielilor FNUASS prin formate de date deschise pentru a putea fi corelate și sintetizate cheltuielile bugetare și pentru indicarea alocării sumelor care rămân necheltuite din buget în fiecare an. (Datele deschise sunt adesea asociate cerințelor de transparență a activității autorităților publice, dar ele reprezintă și un important mijloc pentru stimularea inovării și a dezvoltării economice);
 - ✓ ³² Clarificarea gestionării sumelor obținute ca economii de către CNAS si destinația acestora, dacă este sau nu realizată conform legii sănătății.
- ✓ Analizarea problemelor datorate multiplelor erori ale Sistemul Informatic Unic Integrat care au generat neplata serviciilor medicale/imputări nejustificate în sectorul medicinei de familie;
- ✓ Analizarea surselor posibile propuse pentru creșterea finanțării medicinei de familie;
- ✓ Lansarea unei dezbateri reale despre importanța rolului medicului de familie, a asistenței primare pentru sănătatea cetățenilor

Surse suplimentare de finanțare

1. *Taxa pe viciu*. Un procent important din taxa pe viciu poate fi folosit pentru programe de prevenție derulate prin medicii de familie. Reprezintă o soluție rapidă, imediată, deoarece taxa deja există din 2006,

fondurile sunt colectate dar nu mai sunt folosite în scopul pentru care au fost destinate, conform specificațiilor inițiale din Legea Sănătății, Titlul XI - Finanțarea unor cheltuieli de sănătate, Art. 368.

2. *Redistribuirea fondurilor în cadrul sectorului sanitar*:³³

- ✓ Cazuri de spitalizare de zi care pot fi tratate de medicina de familie: între primele 10 diagnostice de externare pentru astfel de cazuri spitalizate se află durerea lombară joasă, hipertensiunea arterială necomplicată, infecțiile de tracta respirator superior necomplicate.
- ✓ Unele cazuri de spitalizare continuă care pot fi tratate prin spitalizare de zi, în ambulatoriu. Analiza poate fi realizată prin audit clinic, peer review sau în cadrul unui departament al CNAS.
- ✓ Bugetul pentru cheltuieli administrative al CNAS poate fi redus³⁴.

3. *Redistribuirea fondurilor din alte sectoare (ministere) către bugetul Sănătății*. Unele fonduri pot fi folosite în cadrul respectivelor sectoare pentru a îmbunătăți starea de sănătate a populației. Domenii care pot beneficia de măsuri cu acest scop sunt îmbunătățirea accesului la apă caldă, igienizarea, educația pentru sănătate – conform statisticilor Eurostat, 36,6% din populația României nu avea în 2011 baie, duș sau toaletă în interiorul locuinței.³⁵

4. *Implicarea eficientă a autorităților locale, comunității, bisericilor, ONG-urilor, stimularea programelor de Responsabilitate Socială Corporativă (CSR)*.

5. *Sumele rezultate din aplicarea Legii 318/2015 pentru înființarea, organizarea și funcționarea Agenției Naționale de Administrare a Bunurilor Indisponibilizate*.

6. *Contribuția statului prin Bugetul de stat la FNUASS, pentru categoriile exceptate la plată*. Din cei peste 18 milioane asigurați, doar 7,88 milioane contribuie efectiv la FNUASS³⁶, iar 10,29 milioane nu contribuie fiind "asigurați fără plata contribuției" conform Legii 95/2006. Aceștia sunt copii până la 18 ani (3,9 mil), coasigurați (0,88 mil), pensionari cu venituri mai mici de 740 lei (2,8 mil), pensionari de invaliditate, persoane fără venituri, beneficiari de ajutor social etc. Un calcul simplu arată că dacă pentru acești "asigurați fără plata contribuției" Statul ar plăti din Bugetul de stat contribuția de 5,5% din salariul minim pe economie s-ar suplimenta FNUASS cu 8,14 miliarde lei, ceea ce înseamnă o creștere a bugetului FNUASS cu 38% față de cel alocat în 2016.

33 Este și una dintre recomandările raportului din mai 2011 al Băncii Mondiale asupra sistemului sanitar

34 Raportul NICE International prezintă o analiză a altor surse din cadrul sectorului sanitar de unde se poate realiza redistribuirea fondurilor <http://www.ms.gov.ro/upload/Ministerul%20Sanatatii%20NICE%20ROMANIA%20FINAL%20REPORT.DOC>

35 <http://www.hotnews.ro/stiri-esential-20640635-document-eurostat-populatia-romaniei-sta-cele-mai-mici-case-din-imbatraneste-galopant.htm>

36 http://www.economica.net/sanitatea-necosmetizata-7-88-de-mil-contribuie-pentru-4-55-mil-plateste-statul-5-73-mil-scutiti_43291.html

Scurt istoric recent al demersurilor SNMF-FNPMF pe tema finanțării:

- Memoriu finanțare, negociere, Contract-cadru 2016-2017 - 23 februarie 2016, Cancelaria Primului-Ministru
 - Memoriu privind utilizarea bugetului AMP – 12 februarie 2016, Curtea de Conturi
 - Memoriu SNMF-FNPMF privind finanțarea AMP – 15 ianuarie 2016, Ministerul Sănătății
 - Scrisoare deschisă SNMF-FNPMF privind alocarea bugetară pentru anul 2016 – 10. Decembrie 2015
 - Notificare CNAS privind utilizarea fondurilor asistenței medicale primare, pe baza datelor CNAS - 6 noiembrie 2015, CNAS
 - Memoriu SNMF-FNPMF privind finanțarea asistenței medicale primare – 11 septembrie 2015, Ministerul Sănătății
 - Solicitare date simulări valoare punct, Solicitare analiză buget - 27 ianuarie 2015, CNAS
 - Solicitare privind bugetul alocat asistenței medicale primare în anul 2015 – 18 decembrie 2014, CNAS, Ministerul Finanțelor
- Disponibile pentru consultare la adresa www.snmf.ro/policy.htm

Apariții în presă

Monitorizare presă disponibilă la adresa www.snmf.ro/in_presa.htm

Documente elaborate cu colaborarea SNMF-FNPMF

- Raportul sectorial privind sistemul de sănătate din România - Banca Mondială, mai 2011.
 - Raportul NICE International pentru Ministerul Sănătății - ianuarie 2012
 - Strategia pentru dezvoltarea asistenței medicale primare în România între anii 2012-2020, pentru Ministerul Sănătății, cu finanțare de la Banca Mondială - Oxford Policy Management, martie 2012
 - Raportul Organizației Mondiale a Sănătății privind asistența medicală primară în România - OMS, martie 2012
 - Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 și Planul de Acțiuni aferent, aprobate prin HG nr. 1028 din 18 noiembrie 2014
- Disponibile pentru consultare la adresa www.snmf.ro/policy.htm

Strategii și politici publice

1. Program de Guvernare, <http://gov.ro/ro/obiective/programul-de-guvernare>
2. Descentralizarea administrației publice, 2010, www.gov.ro/content/descentralizare//1
3. Plan Strategic 2016 Ministerul Finanțelor Publice, http://discutii.mfinante.ro/static/10/Mfp/prioritati/16-01-15-04-19-03MFP_Plan_strategic.pdf
4. Strategia neaprobată încă = pentru asistența medicală primară 2012-2020 – realizată de Oxford Policy Management pentru Ministerul Sănătății cu finanțare din partea Băncii Mondiale, publicată pe 23 martie 2012 neaprobată <http://www.ms.ro/index.php?pag=45&id=3251>
5. Strategia Fiscal-Bugetara pentru perioada 2016-2018 - Guvernul României - Ministerul Finanțelor Publice (publicata decembrie 2015) - <http://discutii.mfinante.ro/static/10/Mfp/transparenta/Strategiafiscalbugetara20162018.pdf>
6. Sinteza evaluării activității desfășurată de furnizori pe tipuri de asistență medicală în anul 2014, <http://www.cnas.ro/media/pageFiles/SINTEZA%20%20AN%202014.pdf>
7. Sinteza Dialog asupra Politicilor de Sănătate și Mediu în România http://www.presidency.ro/files/userfiles/Raport_eveniment_sanatate_22_iulie.pdf

Legislație

1. Legea nr.95/2006 privind reforma în sănătate, publicată în M.O. nr 372 din 28 aprilie 2006 cu modificările și completările ulterioare
2. Hotărârea Nr. 1028 din 18 noiembrie 2014 privind aprobarea Strategiei naționale de sănătate 2014 - 2020 și a Planului de acțiuni pe perioada 2014 - 2020 pentru implementarea Strategiei naționale
3. Legea bugetului de stat pe anul 2016, nr. 339 din 18 Decembrie 2015, a fost publicată în Monitorul Oficial nr. 941 din 19 Decembrie 2015 - Bugetul Ministerului Sănătății în anul 2016
4. Cod Fiscal Art. 61 și 67 - Categoriile de venituri supuse impozitului pe venit: https://static.anaf.ro/static/10/Anaf/legislatie/Cod_fiscal_norme_2016.htm#A456
5. Cod Fiscal Art 456, lit h)– Scutiri de la plata impozitului pe clădiri
6. OG 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale și norme metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale
7. OUG nr. 68/2008 privind vânzarea spațiilor proprietate privată a statului sau a unităților administrativ-teritoriale cu destinația de cabinete medicale, precum și a spațiilor în care se desfășoară activități conexe actului medical, Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 428 din 06/06/2008
8. Dotare minimă cabinet de familie: https://www.cmb.ro/avizari/cabinete.htm#_Toc87530545
9. Hotărârea nr. 161/2016 - aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pt. anii 2016—2017, Publicată în Monitorul Oficial nr. 215 din 23 martie 2016

Studii

1. Reconstrucția sistemului de sănătate, decembrie 2010, <http://www.sar.org.ro/files/Policy%20memo52.pdf>
2. Primul studiu European referitor la calitatea vieții, 2006, <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/68/ro/1/ef0668ro.pdf>
3. Calitatea vieții în sănătate, <http://www.revistacalitateavietii.ro/2006/CV-1-2-06/7.pdf>
4. Calitatea vieții în România, 2010, <http://www.iccv.ro/sites/default/files/Calitatea%20Vietii%202010.pdf>
5. Institutul Național de Statistică, <http://statistici.insse.ro/shop/?page=tempo3&lang=ro&ind=SAN101B>

Studii și rapoarte internaționale - cu referire la sistemul medical din România:

1. Raportul de țară al Fondului Monetar Internațional, 23 octombrie 2012, <http://www.imf.org/external/pubs/cat/longres.aspx?sk=40060.0>
2. Scrisoare de intenție / Memorandum pentru politicile economice și financiare / Memorandum tehnic trimis Comisiei Europene, DG pentru Economie și Finanțe, 11 septembrie 2012 http://ec.europa.eu/economy_finance/assistance_eu_ms/romania/pdf/romania_signed_loi_20120912_en.pdf
3. Studiul de fezabilitate al Comisiei Europene pe tema resurselor umane în Sănătate, mai 2012 (lb. engleză) http://ec.europa.eu/health/workforce/key_documents/study_2012/index_en.htm
4. Banca Mondială – Analiza funcțională a sectorului sănătate România – Raport final, 25 Mai 2011 <http://medalert.ro/attachments/97bc1c2b-0486-406e-88d0-5f59120216cf.pdf> (lb. engleză) http://www.sgg.ro/docs/File/UPP/doc/rapoarte-finale-bm/etapa-II/MS_RO_FR%20Health%20Sector_ROM.pdf (lb. română)
5. Raport final NICE International pentru Ministerul Sănătății, ianuarie 2012 <http://www.ms.ro/upload/Ministerul%20Sanatatii%20NICE%20ROMANIA%20FINAL%20REPORT.DOC> (lb. română) <http://medalert.ro/attachments/a21ec811-7709-47e7-b003-2d1a6e71336c.pdf> (lb. engleză)
6. Evaluarea Structurii și furnizării asistenței medicale primare în România – Raport OMS Europa, 2011 http://www.snmf.eu/raportul_OMS_NIVEL.htm
7. Euro Health Consumer Index 2015 <http://www.healthpowerhouse.com/index.php?Itemid=55>
8. Raportul Băncii Mondiale asupra proiectului "Asistență tehnică pentru Unitatea de Management a Proiectului - APL 2 din cadrul Ministerului Sănătății din România, în vederea dezvoltării unei Strategii pentru Asistența medicală primară din zonele slab deservite și a Planului de Acțiune aferent" - Strategia 2012-2020 <http://www.worldbank.org/projects/P078971/health-sector-reform-2-project-apl-2?lang=en>
9. Împrumutul Băncii Mondiale - Proiect APL 2 - <http://www.ms.ro/?pag=45&id=3251>
10. Raportul "Recrutarea și menținerea forței de muncă în domeniul sănătății în Europa", finanțat de Comisia Europeană, 2015 (sinteză RO) (full text EN)

http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/2015_healthworkforce_recruitment_retention_exsum_ro.pdf

Articole mass-media despre medicina de familie

1. **Din ce in ce mai mulți medici romani profesează în Belgia, 14 februarie 2011,** <http://www.ziare.com/diaspora/belgia-romani/din-ce-in-ce-mai-multi-medici-romani-profeseaza-in-belgia-1075217>
2. **Permite legea autorităților locale sa acorde facilități cabinetelor de Medicina de Familie?** <http://www.formaremedicala.ro/permite-lega-autoritatilor-locale-sa-acorde-facilitati-cabinetelor-de-medicina-de-familie/>
3. **Lista avize, autorizații, documente necesare pentru funcționarea unui cabinet MF** <http://www.formaremedicala.ro/necessaire-pentru-functionarea-cabinetului-de-medicina-de-familie/>
4. **România, în ultimele patru locuri în Indexului european al sistemelor medicale** <http://www.zf.ro/companii/romania-in-ultimele-patru-locuri-in-indexului-european-al-sistemelor-medicale-14993156>

Controalele Curții de Conturi la nivelul CNAS și al CJAS

Controalele Curții de Conturi la nivelul CNAS și al CJAS aduc adevărate avalanșe agresive și abuzive asupra stabilității cabinetelor medicilor de familie și asupra siguranței accesului la servicii medicale și tratament ale pacienților.

{ reflectare in presa }

"În ultimii ani multor medici de familie a început să li se impute de către CJAS sume imense în mod ilegal și imoral, deși se recunoaște că aceștia nu au nici o vină. CNAS recunoaște că sunt imputări care nu au la bază o fraudă sau o greșeală a medicilor, ci legislația ambiguă în vigoare. Singura „greșeală” a medicilor este aceea că au oferit servicii în Centrele de Permanență conform contractelor lor, sau că au dat rețetele strict necesare pacienților, conform nevoilor medicale ale acestora, medicul fiind mai aproape de pacient decât sistemul medical.

18 doctori de familie din Tulcea sunt nevoiți să returneze aproximativ 70.000 de lei către Casa Județeană de Asigurări de Sănătate pentru că au dat rețete compensate prin programul național de oncologie. Eliberarea de rețete a avut loc între 2010 și 2011, iar medicii spun că s-au văzut nevoiți să facă acest lucru pentru că singurul oncolog din județ era în concediu, iar bolnavii de cancer aveau nevoie de medicamente. Cazul a fost descoperit în urma unei verificări făcute de Curtea de Conturi în 2013, iar cei 18 medici se văd acum nevoiți să plătească sume cuprinse între 500 și 12.000 de lei. 11 dintre aceștia au achitat deja sumele respective.

http://www.stiripesurse.ro/18-medici-de-familie-din-tulcea-buni-de-plata_986780.html

"Casa Județeană de Asigurări de Sănătate (C.J.A.S.) Constantă a efectuat, luna trecută, un control pentru a vedea dacă medicii prescriptori respectă obligația contractuală care prevede introducerea în sistemul informatic a tuturor prescripțiilor medicale electronice eliberate offline, în termen de 30 de zile calendaristice de la data prescrierii. Perioada controlată a fost 1 ianuarie 2013 – 31 decembrie 2015. „Au fost controlați 440 de medici de familie. Dintre aceștia, 284 de medici nu au respectat obligația care prevede introducerea în sistemul informatic a tuturor prescripțiilor medicale electronice eliberate offline, în termen de 30 de zile calendaristice de la data prescrierii pentru 3.166 de rețete, în valoare de 474990, 35 lei. Pentru acești medici, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea de contract per căpița"

"Am primit azi (n.r.: ieri) raportul de control prin care mi se aduce la cunoștință că am de plată 7.911,42 de lei. Pentru mine e o sumă enormă. Sistemul are sincopă în fiecare zi. Încercăm să transmitem rețetele offline. Stăm și peste program, dar uneori nu este vina noastră că nu funcționează sistemul", ne-a declarat dr. Mirela Gonț, medic de familie. Iar în alte cazuri, sumele sunt și mai mari. „Cea mai mare sumă pe care o are de plătit un medic de familie este de 13.000 de lei. Suma poate fi reținută din ceea ce îi revine în luna următoare sau poate fi plătită de medic.

<http://observator.ro/stiri-social-medicii-de-familie-au-de-dat-zeci-de-mii-de-lei-la-c-n-a-s-361941.html>

Peste jumătate dintre medicii de familie constănțeni sunt buni de plată, după ce Curtea de Conturi a stabilit în urma unui control că aceștia au eliberat rețete compensate unor pacienți care nu se încadrau în prevederile legale. De beneficiile necuvenite s-au bucurat mai mulți pensionari care au declarat că au venituri până în 700 de lei, dar și cei care au fost internați în spital și în aceeași perioadă au primit rețete compensate de la medicul de familie.

În urma verificărilor din anul 2013 Corpul de Control al CJAS a amendat peste 250 de medici de familie pentru **că au acceptat să elibereze rețete pensionarilor cu venituri mai mari de 700 de lei**, atât cât cât prevede legea.

Lămâița Antochi, purtător de cuvânt CJAS: "Suma imputată medicilor de familie este 20,5 milioane lei care a fost și recuperată". Medie: 82.000 lei/medic

<http://www.digi24.ro/Stiri/Regional/Digi24+Constanta/Stiri/Buni+de+plata+250+de+medici+trebuie+sa+inapoieze+statului+peste+>

Peste 30 de medici de familie trebuie să plătească rețetele scrise pentru bolnavii de cancer în anul 2011, după ce un control al Curții de Conturi la Casa Județeană de Sănătate Hunedoara a concluzionat că doctorii nu ar fi avut dreptul să elibereze acele prescripții. Sumele ce ar urma să fie imputate medicilor de familie sunt cuprinse între 1.500 și 6.000 de lei, însă reprezentanții acestora au anunțat miercuri că vor contesta deciziile de impunere și se vor adresa instanței de judecată și Comisiei de Litigii a Casei Naționale de Sănătate. El a explicat că majoritatea bolnavilor pentru care au fost scrise rețetele sunt femei suferinde de cancer la sân, domiciliile în localități din Valea Jiului. În lipsa unui oncolog în Valea Jiului, pacientele ar fi trebuit să străbată peste o sută de kilometri până la Deva, de unde ar fi putut ridica rețeta de medicamente prescrisă de un medic specialist. Medicul a spus că, în aceste condiții s-a convenit ca rețetele date inițial de oncologi să poată fi continuate de către medicii de familie, fără să se cunoască faptul că un ordin de ministru interzicea acest lucru, de la sfârșitul anului 2010.

<http://www.voceatransilvaniei.ro/buni-de-plata-pestre-30-de-medici-de-familie-trebuie-sa-plateasca-retetele-eliberate-bolnavilor-de-cancer/>

Echipele de inspectori de la Casa Asigurărilor de Sănătate Suceava au efectuat, în luna august, 19 acțiuni tematice de control, dintre care zece au vizat medicii de familie, trei au fost la medicii specialiști din ambulatoriul de specialitate, una la un furnizor de servicii medicale paraclinice-radiologie și cinci acțiuni de control s-au efectuat la farmacii. Potrivit unui comunicat de presă remis ieri, verificările s-au finalizat cu sancționarea unui medic de familie cu diminuarea cu 5 la sută a valorii lunare "per capita" pentru nerespectarea programului de lucru declarat la CAS Suceava, iar pentru alți 8 medici de familie s-au aplicat măsuri de recuperare a sumelor reprezentând rețete prescrise fără respectarea protocolului de prescriere a medicamentelor, în valoare de 14.838,04 lei. În cazul pacienților care au primit de la doctorii lor rețete duble într-o lună, pentru compensarea medicamentelor cu 90 la sută, banii au fost imputați medicilor de familie. În această situație sunt trei medici de familie, cărora li s-au imputat 696 lei. De asemenea, inspectorii CAS au aplicat două măsuri de recuperare sume reprezentând contravaloarea rețetelor medicale offline neintroduse de medici în sistemul informatic, în valoare de 159,59 lei.

Altă măsură recuperatorie a fost aplicată unui furnizor de medicamente, pentru introducerea eronată a datelor cuprinse în rețetele medicale prescrise of-line de medici, în valoare de 308,20 lei, precum și unui medic specialist din ambulatoriu, tot pentru rețete, în valoare de 1.003,35 lei. Un alt medic specialist a primit o amendă de 5.000 de lei pentru nerespectarea legislației la acordarea concediilor medicale, iar două concedii medicale au fost refuzate la plată.

<https://www.monitorulsv.ro/Local/2014-09-11/Medici-de-familie-si-pensionari-buni-de-plata-dupa-controalele-Casei-de-Asigurari-de-Sanatate>

Zeci de medici de familie din Gorj au fost somați să returneze statului o bună parte din banii primiți, pentru că au lucrat în centre de permanență. Este vorba de peste 800.000 de lei. Cadrele medicale sunt hotărâte să dea în judecată Casa de Asigurări de Sănătate. 35 de medici de familie din Gorj s-au trezit cu înștiințări de la CJAS că trebuie să returneze sume cuprinse între 5000 și 50.000 de lei. Judecătorii de la Înalta Curte de Casație și Justiție au dat dreptate Curții de Conturi, deși a fost o chestiune de interpretare a legii. Pentru că medicii nu au de gând să returneze banii, judecătorii vor decide dacă vor plăti sau nu.

<http://www.tvsud.ro/medicii-de-familie-buni-de-plata.html#.Vu2Sh-J96Wg>

6. Informatii false in mass media despre finanțarea medicilor de familie

- a. Topul veniturilor obținute de cabinetele medicilor de familie: un cabinet poate ajunge la 9.000 euro/lunar, Ziarul Financiar, 13 iunie 2011, <http://www.zf.ro/companii/topul-veniturilor-obtinue-de-cabinetele-medicilor-de-familie-un-cabinet-poate-ajunge-la-9-000-euro-lunar-rectificare-8339004>
- b. Scumpă-i medicina de familie!, Realitatea Media, 25 ianuarie 2015, <http://realitateamedia.ro/scumpa-i-medicina-de-familie/>
- c. Adevărul despre veniturile medicilor de familie, Gazeta de Sud, 16 iunie 2011, <http://www.gds.ro/Local/2011-06-16/Adevarul+despre+veniturile+medicilor+de+familie/>
- d. Medicii de familie, regii Sănătății: plătiți mai bine decât cei mai mari doctori din Iași, 7 Est, 3 septembrie 2015, <http://www.7est.ro/exclusiv-7est/reportaje/item/49445-medicii-de-familie-regii-sanatatii-platiti-mai-bine-decat-cei-mai-mari-doctori-din-iasi.html>
- e. Salarii de zeci de mii de lei pentru medicii de familie, Evenimentul, 5 noiembrie 2013, <http://www.ziarulevenimentul.ro/stiri/moldova/salarii-de-zeci-de-mii-de-lei-pentru-medicii-de-familie--116892.html>

Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF) este o organizație profesională, științifică, nonguvernamentală, apolitică, de drept privat, cu personalitate juridică, constituită din organizații județene, cu personalitate juridică, ale medicilor de familie din județele României și a municipiului București.



Societatea Națională de Medicina Familiei
Str. Ionel Perlea nr. 10, București
Telefon/Fax: 021 315 4656 E-mail: office@snmf.ro

Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF) este o federație patronală care reunește organizații patronale ale medicilor de familie. Federația are caracter non profit, apolitic și neguvernamental. Scopul FNPMF este reprezentarea, susținerea și aprobarea intereselor membrilor săi în relațiile cu autoritățile publice, cu sindicatele și cu alte persoane juridice și fizice.



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. Ionel Perlea nr. 10, București
Telefon/Fax: 021 315 4656 E-mail: fnpmffed@yahoo.ro