



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062 | www.fnpmf.org.ro



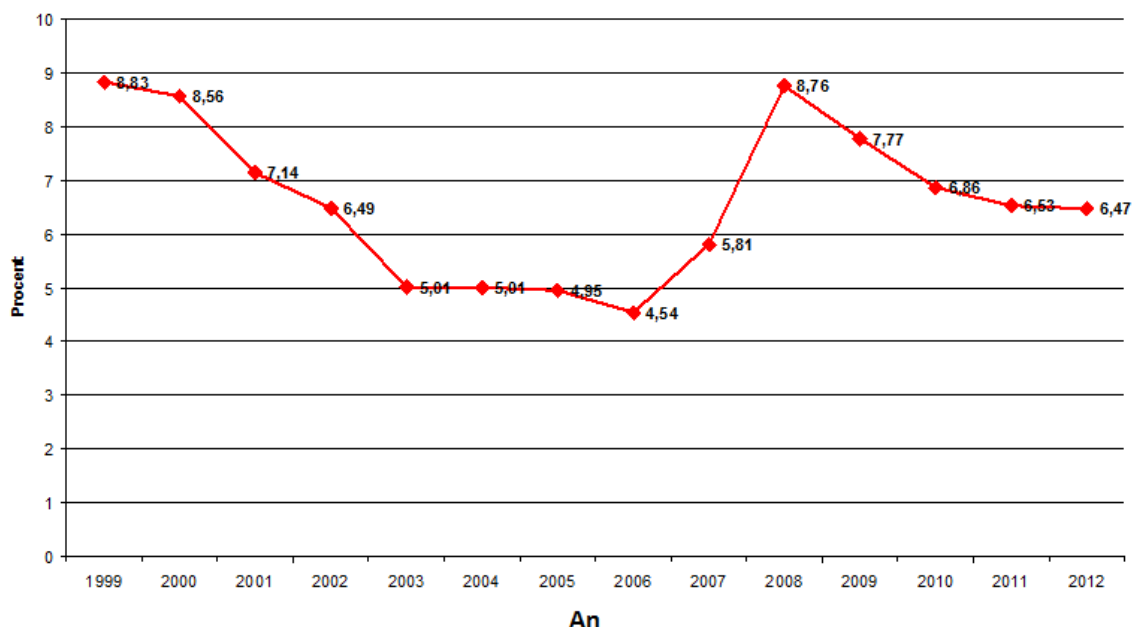
Societatea Națională de Medicina Familiei
Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București
Fax +40213154656 | www.snmf.ro

Medicina de familie

Este o prioritate la stabilirea Bugetului și politicilor economice ale României ?

- 11.379 medici de familie au contract de furnizare servicii cu CNAS
- 18.144.534 pacienți asigurați sunt înscriși la medicii de familie
- 1594 pacienți înscriși la un medic de familie, în medie
- Peste 220.000 consultații asigurate zilnic de medicii de familie
- 70% dintre serviciile medicale sunt asigurate de medicii de familie
- 24% dintre serviciile medicale sunt asigurate de ambulatoriu și 6% de spitale
- Doar 9-12% dintre pacienți (rural/urban) sunt trimiși de medicii de familie către alți medici
- 1860 Euro – venitul brut mediu lunar al unui cabinet de medicina familiei
- 500 Euro – venitul brut mediu lunar al unui medic de familie
- 469 Euro – venitul brut mediu lunar în România
- 200-250 Euro – pensia medie lunară a unui medic de familie pensionar
- 6,47% - procentul alocat pentru medicina de familie din fondul de asigurare (FNUASS)
- Banca Mondială a recomandat o alocare de 10-12% din FNUASS pentru medicina de familie
- Aproape 75% din populație are acces la medicul de familie fără să se deplaseze mai mult de 20 de minute
- 90% din zonele rurale beneficiază doar de serviciile oferite de medici de familie, în aceste zone locuind 44,80% din populația României
- Cei mai mulți pacienți sunt mulțumiți de serviciile oferite de medicii lor de familie, conform mai multor studii independente realizate în ultimii ani
- Mai puțin de 5% din medicii de familie au angajat secretară sau registrator, doar 55% au angajat contabil
- Mai puțin de 10% din venitul cabinetului este folosit pentru investiții în infrastructură sau echipamente
- Din întregul sistem sanitar, medicii de familie folosesc cel mai mult sistemele de prescriere electronică a medicamentelor și informațiile medicale înregistrate electronic pentru decontare, ajutând astfel Casa Națională de Asigurări de Sănătate să controleze mai bine costurile.
- Nu există studii de impact privind reforma sanitară (aceasta fiind condusă politic) și nu există studii făcute în România privind costurile și beneficiile diferitelor investiții realizate în sectoarele medicale
- Medicina de familie a păstrat aproximativ același număr de medici și vârsta medie a medicilor a crescut, deși numărul medicilor de familie aflați în pregătire a fost crescut, din cauza emigrării acestora (subfinanțare, prestigiu redus).

Procentul din fondul de asigurare (FNUASS) alocat pentru medicina de familie, 1999-2012



Raportul de țară al Fondului Monetar Internațional, 23 octombrie 2012 ¹

și

Scrisoare de intenție / Memorandum pentru politicile economice și financiare/ Memorandum tehnic trimis Comisiei Europene, DG pentru Economie și Finanțe, 11 septembrie 2012 ²

Planurile Guvernului pentru anii 2012-2013 “*pentru a aborda dezechilibrele financiare din sectorul de sănătate*” stipulate în aceste documente sunt centrate doar pe coplată, reforma spitalelor, arieratele din domeniul medicamentelor, noua Lege a Sănătății și controlul costurilor cu ajutorul sistemelor informatice. **Nu există nici o mențiune privind creșterea finanțării pentru medicina de familie**, în ciuda faptului că aceasta este una dintre prioritățile declarate ale Guvernului. Nu este acordată atenție programelor de prevenție, deși acestea ar aduce o reducere a costurilor din sistemul medical și ar îmbunătăți calitatea vieții. Aceste rezultate sunt însă pe termen mediu și lung, astfel încât nici un guvern nu poate culege roade politice în timpul mandatului său.

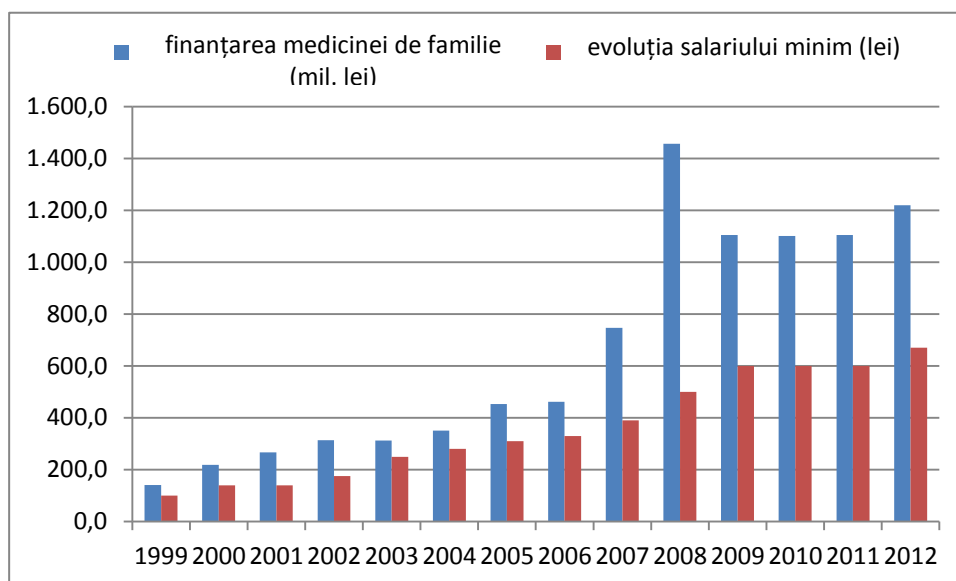
Documentele conțin și informații eronate. Se menționează că “*a fost semnat contractul pentru producția cardurilor de sănătate și pentru sistemul informatic și am început distribuția cardurilor electronice în luna august*”. De fapt, distribuția cardurilor electronice de sănătate către pacienți nu a început încă. Mai mult, decizia de distribuire a cardurilor prin intermediul medicilor de familie a fost luată în mod exclusiv de Guvern, fără să se consulte cu organizațiile reprezentative ale medicilor de familie. Medicii de familie nu sunt de acord să distribuie cardurile fără a fi plătiți pentru orele și birocrația suplimentare. Toate cererile scrise pentru a discuta aceste doleanțe au fost ignorate de Primul Ministru, Ministerul Sănătății și CNAS.

Studiul de fezabilitate al Comisiei Europene pe tema resurselor umane în Sănătate, 2012 ³

Lipsa de interes a decidenților români față de medicina de familie poate fi observată și prin datele incorecte furnizate Comisiei Europene în acest studiu. 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 “Romania nu planifică la nivel central resursele umane necesare în Sănătate”. Informațiile furnizate de Colegiul Medicilor din România arată că **cei mai mulți medici care pleacă să lucreze în străinătate sunt medicii de familie**, iar numărul lor crește anual.

Evoluția finanțării medicinei de familie comparată cu evoluția salariului minim în România (ca indicator al predictibilității financiare inconstante)



Banca Mondială – Analiza funcțională a României – Sectorul sanitar – Raport final, 25 Mai 2011 ⁴

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

“Ar avea sens să aibă loc o creștere a bugetului alocat medicinei de familie în mod treptat dar substanțial. Creșterea ar putea atinge 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 ca 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)

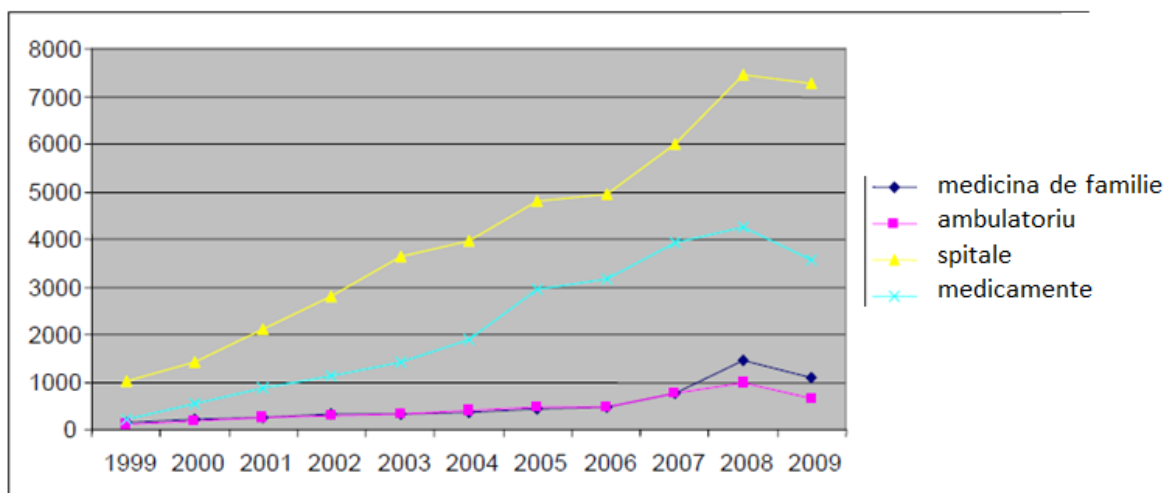
“Taxa pe viciu” este o taxă aplicată produselor din tutun și alcool. Între anii 2006-2012 a adus bugetului Ministerului Sănătății 1.6 miliarde Euro. Conform Legii Sănătății (Legea 95/2006) aceste fonduri pot fi folosite doar pentru investiții în infrastructură, **programe naționale de sănătate**, “situații speciale”. Aceste fonduri au fost folosite pentru medicina de familie doar în anul 2008, în cadrul unui program național de sănătate de screening. (Programul Național de Evaluare a Stării de Sănătate).

“Cu toate acestea, **venitul cabinetelor de medicina familiei este în prezent foarte scăzut** (din cauza valorii foarte reduse a finanțării) și **nu permite medicilor să facă investiții deoarece abia reușesc să plătească salariul asistentei din bugetul lor**” (Pagina 24)

“**Budgetul alocat medicinei de familie a rămas foarte mic atâta ca procent din bugetul total cât și ca valoare reală, și se poate să nu acopere nici măcar costul real al serviciilor medicale.**” (Pagina 27)

“**Pe termen lung, nu poate fi subestimat riscul ca serviciile de urgență să înlocuiască serviciile obișnuite de îngrijire. Urgențele devin punctul de facto de intrare în sistemul medical pentru cea mai mare parte a populației, în special pentru cei săraci, iar după desființarea planificată a unui număr de paturi din spitale, spitalele de urgență vor deține aproximativ trei sferturi din numărul total de paturi de spital.**” (Pagina 27)

Alocarea fondului de asigurare pe componentele principale ale sistemului, 1999-2009
(Raportul Bancii Mondiale 2011)



“Aplicarea de plafoane de activitate prin sistemul de plata prin puncte duce la **o utilizare inefficientă a timpului medicului** ... Pentru a încuraja clinicienii să practice în mediul rural, ar putea fi potrivit să li se ofere stimulente pentru a face acest lucru” (Pagina 52)

“Experiența din alte țări unde cei săraci au acces limitat la serviciile de sănătate sugerează că **dezvoltarea medicinei de familie duce la un beneficiu rapid și substanțial pentru cei săraci**. ... Există indicii că serviciile preventive sunt foarte slab reprezentate în România” (Pagina 107)

Raportul final NICE International pentru Ministerul Sănătății, ianuarie 2012 ⁵

*“Subfinanțarea relativă a sectoarelor de medicină de familie și ambulatoriu, cuplată cu anomaliile 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)*

(Versiunea tradusă în limba română, disponibilă pe siteul ms.ro, conține o eroare de traducere: “par să fi condus la o subutilizare aparentă a medicinei de familie, o **subutilizare** aparentă a îngrijirilor spitalicești”)

*“**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 efektiv;” (Pagina 9)*

“În compoziția Comitetului Național de Transparență trebuie introdusă o gamă largă de experți în domeniul clinic, inclusiv cel puțin un medic de familie practicant” (Pagina 45)

Evaluarea Structurii și furnizării asistenței medicale primare în România – Raport OMS Europa, 2011 ⁶

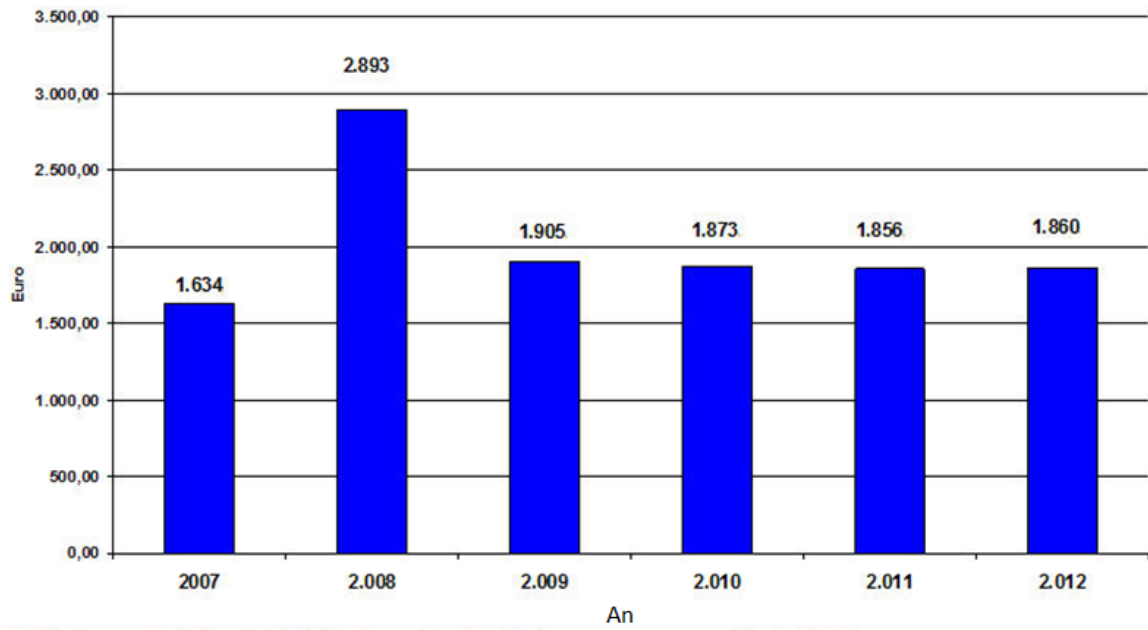
*“Dacă tipul de contractare și stimulentele sunt bine alese, se pot folosi la maximum avantajele sistemului. **Reglementarea practicienilor independenți trebuie să respecte (și să se bazeze pe) statutul lor de antreprenori.**” (Pagina 14)*

*“**Medicii de familie trebuie stimulați să își îmbunătățească competențele și calitatea serviciilor medicale, prin intermediul stimulentei financiare nou create.** Este necesară introducerea stimulentei 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)*

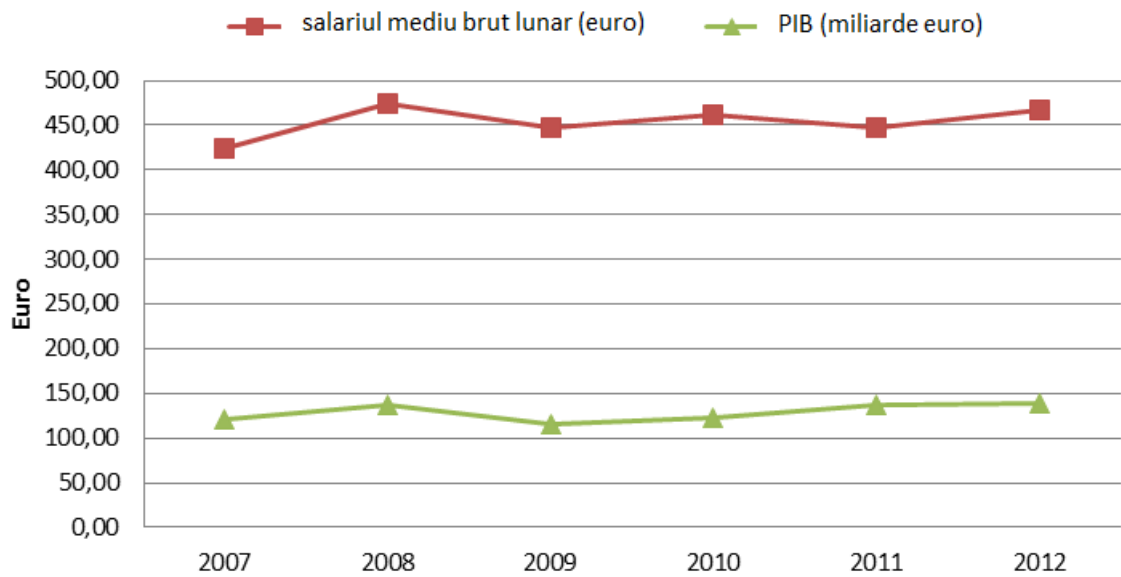
*“**Zece la sută dintre pacienți au declarat că în ultimele 12 luni nu au fost la consultație sau au amânat vizita la medicul de familie din motive financiare.** Fără îndoială că, în viitor, coplățile vor crește, lucru care va genera din ce în ce mai mult bariere în calea accesului la servicii.” (Pagina 17)*

“Nu sunt disponibile date neagregate referitoare la venitul mediu al medicului de familie. Cu toate acestea, dacă valoarea totală a cheltuielilor CNAS pentru medicina de familie este împărțită la numărul de medici de familie contractați, ar trebuie să rezulte o cifră de afaceri de 31.900 EURO per MF, iar plata asistenților, contabililor, cheltuielilor administrative, a taxelor și a altor costuri ale cabinetului trebuie suportate din această sumă. Datele de la SNMF și de la CNSMF arată o cifră de afaceri anuală medie de 24.000 EURO per cabinet de medicină de familie.” (Pagina 53)

Bugetul mediu lunar al unui cabinet de medicina familiei, 2007-2012



Salariul mediu brut lunar în România și evoluția PIB, 2007-2012



Strategia 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 ⁷

Strategia pentru asistența medicală primară a stabilit cinci obiective generale din domeniile resurselor umane, metodelor de plată, calității serviciilor, capacității organizaționale și accesibilității. (Pagina 100)

Au fost stabilite mai multe activități pentru fiecare obiectiv, care au fost discutate în cadrul procesului de realizare a strategiei cu reprezentanți ai Ministerului Sănătății, CNAS, SNMF, Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei, CMR, OAMGMAMR, Asociația Nurselor din România. A fost stabilit de comun acord un plan de activitate pentru anul 2012 dar acesta nu a fost respectat de către Ministerul Sănătății și CNAS.

“Aproape 75% din populație are acces la serviciile de îngrijire primară parcurgând distanța necesară în doar 20 de minute.” (Pagina 26)

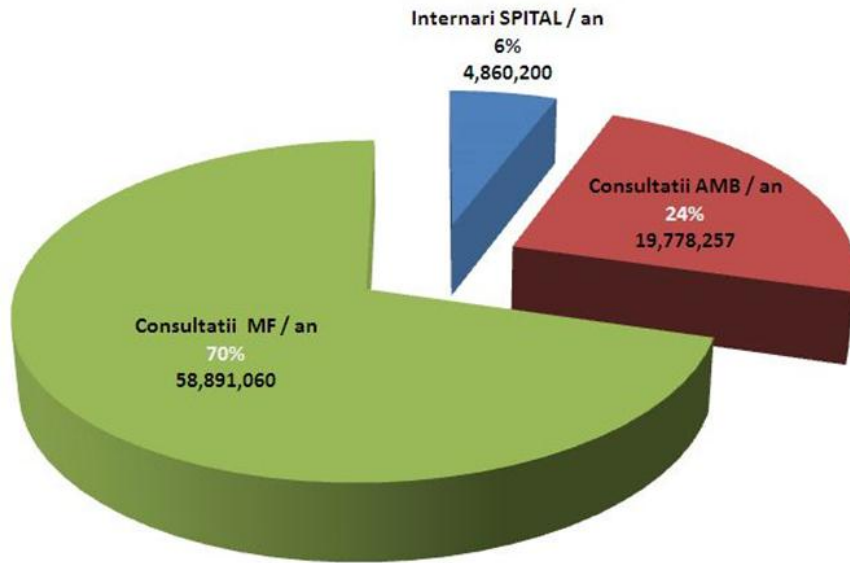
*“Majoritatea pacienților sunt mulțumiți de activitatea depusă de către medicul de familie. În timpul vizitelor pe teren, consultanții OPM au remarcat respectul pe care oamenii îl manifestă față de medicii lor de familie **pentru dedicația de care dau dovadă, inclusiv față de pacienții neasigurați.** Un respect deosebit a fost manifestat față de medicii de familie care proveneau din zona respectivă și care erau considerați „oamenii locului, manifestând o grijă deosebită față de săteni” (Pagina 29)*

*“Studiul a constatat că majoritatea medicilor de familie dispun de echipamente suficiente pentru a-și presta serviciile în mod eficient. **Cu toate acestea, sunt necesare investiții suplimentare în vederea modernizării echipamentelor și îmbunătățirii capacității de diagnostic pentru a evita trimerile la al doilea nivel de asistență medicală,** precum dotarea cu electrocardiografe, ecografe și dispozitive pentru efectuarea analizelor simple de laborator.” (Pagina 38)*

*“Cele mai bune practici internaționale impun ca, în baza calității de proprietar, **administrația locală să își asume responsabilitatea pentru modernizarea clădirilor și întreținerea acestora într-o stare corespunzătoare pentru a permite furnizarea unor servicii decente de îngrijire primară.** Realitatea în România este, însă, diferită: în unele comunități, are loc o renovare periodică a acoperișului sau a unei părți a clădirii, în timp ce autoritățile locale din alte comunități consideră că medicina de familie este o afacere privată administrată de către un medic de familie, prin urmare investirea în dezvoltarea acesteia este dincolo de responsabilitățile lor.” (Pagina 43)*

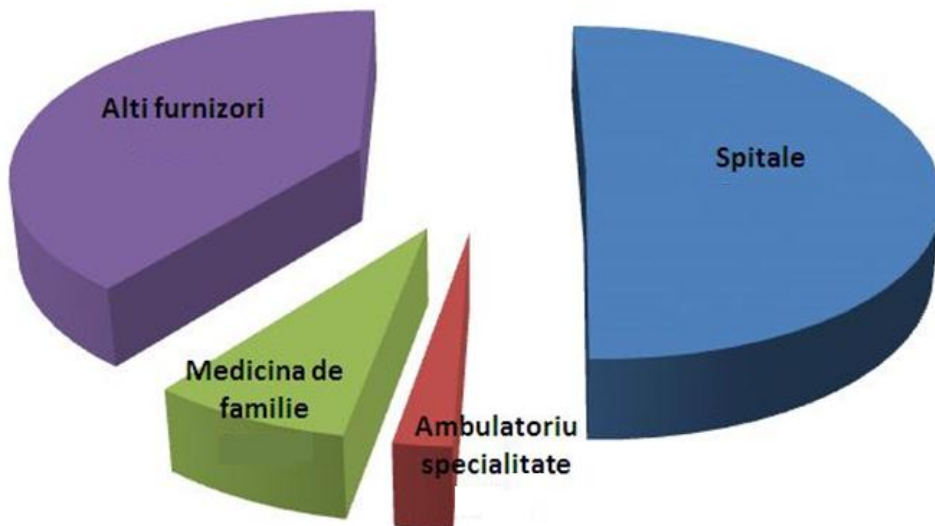
*“Serviciile prestate de către medicii de familie includ **managementul bolilor cronice (hipertensiune, diabet), tratamente de scurtă durată, imunizare, îngrijire prenatală, planificare familială, controale medicale regulate ale nou-născuților,** principalele analize medicale de laborator cu folosirea benzilor de testare a urinei, a electrocardiografului și uneori a ecografului. Acestea din urmă sunt foarte solicitate de pacienți și **mulți medici de familie încearcă să obțină competențe în diagnosticul imagistic.**” (Pagina 42)*

Pacienti tratați



Sursa: <http://www.cnas.ro/informatii-publice/evolutie-cazuri-externate-analize-consultatii-2005-2009>

Executia bugetului Fondului National de Asigurari Sociale de Sanatate (milioane lei)



Sursa: <http://www.cnas.ro/informatii-publice/bugetul-fnuass/evolutia-fnuass>

“Aproape toți medicii de familie, cu excepția celor din zonele foarte izolate, au o conexiune bună la internet și pot să acceseze resurse electronice bazate pe dovezi și chiar să se consulte on-line cu colegii, dacă este cazul.” (Pagina 45)

“Se pare că s-a ajuns la un oarecare consens în privința faptului că procentul din fondurile totale ale CNAS alocat asistenței medicale primare trebuie majorat.” (Pagina 66)

“De asemenea, analiza cerințelor de colectare a datelor poate să indice că multe date nu sunt nici sigure, nici necesare. Instituirea unor „cabinete santinelă” ar putea să elimine o mare parte din rapoartele de rutină pe care trebuie să le întocmească medicii de familie.” (Pagina 69)

“Medicii de familie sunt împovărați cu birocrăția și formularistica extensivă, în special pentru rambursarea de către CNAS. Unele formulare de înregistrare sunt în mod inutil duplicate (în format electronic și pe hârtie). Legislația și normele administrative se schimbă frecvent, ceea ce distrage medicii de la munca lor.” (Pagina 119)

“Chiar dacă medicii de familie ar deveni proprietarii spațiilor, de exemplu printr-o ofertă la un preț simbolic în schimbul garantării continuității furnizării serviciilor medicale, veniturile mici ale medicilor ar necesita împrumuturi bancare care sunt dificil de obținut.” (Pagina 120)

“Media bugetului calculat pe capitate și pe luna este de aproximativ 7,800 RON. Ipoteze rezonabile cu privire la costurile legate de funcționarea cabinetului medical (inclusiv cheltuielile de personal) sunt în sprijinul unei aproximări a venitului mediu lunar al unui medic de familie de aproximativ 2.500 RON înainte de impozitare.” (Pagina 150)

Studiu pe baza de chestionar, SNMF, ianuarie 2012

Un studiu pe bază de chestionar, realizat de Societatea Națională de Medicina Familiei în ianuarie 2012, a arătat că **mai puțin de 5% dintre medicii de familie au angajat secretară sau registrator, în timp ce doar 55% au angajat contabil.** În procent de 100% medicii de familie au angajat cel puțin o asistentă medicală, acest lucru fiind obligatoriu conform contractului cu CNAS. 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 prelua activitatea birocratică.

Același studiu a arătat că **au fost realizate mai multe investiții în infrastructură și echipamente medicale într-o perioadă (2007-2008) în care finanțarea de la CNAS a crescut cu aproape 100%,** fiind suplimentată și prin veniturile realizate în urma participării la realizarea unui program național de sănătate. În momentul realizării studiului, cei mai mulți medici de familie au spus că suma din venitul cabinetului utilizată pentru investiții în infrastructură și echipamente este sub 10%.

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 crează 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, din cauza unor lacune legislative (lipsa normelor de aplicare pentru titlul 10 al Legii 95/2006 și a pachetului de bază de servicii medicale).

Surse propuse pentru creșterea finanțării medicinei de familie

Soluții rapide/imediate: 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 sunt folosite în scopul în care au fost destinate, conform specificațiilor din Legea Sănătății (pentru programe naționale de sănătate).

Alte soluții:

1. Redistribuirea fondurilor în cadrul sectorului sanitar:

- Unele Programe Naționale de Sănătate. Este și una din recomandările raportului Băncii Mondiale din mai 2011 (Pagina 20).
- 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 tract 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 redus.
- [Raportul NICE International](#) prezintă o analiză a altor surse din cadrul sectorului sanitar de unde se poate realiza redistribuirea fondurilor.

2. 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 ca accesul 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.

3. Politici pentru implicarea eficientă a autorităților locale, comunității, bisericilor, ONG-urilor, stimularea programelor de Responsabilitate Socială Corporatistă.

“Numeroase studii au demonstrat că medicina de familie de calitate este asociată cu rezultate pozitive în domeniul sănătății, costuri scăzute (în mod robust și consistent) și o mai bună echitate în ceea ce privește serviciile de sănătate. Dovezile arată de asemenea că asistența medicală primară (în contrast cu asistența medicală secundară și terțiară) este asociată cu o distribuție mai echitabilă a sănătății în populații.” (Contribution of primary care to health systems and health. Starfield B, Shi L, Macinko J, Milbank Q. 2005; 83(3):457-502)

“Pentru a obține asistență medicală primară eficientă la nivel sistemic, trebuie îndeplinite mai multe obiective bazate pe dovezi. Acestea includ distribuția echitabilă a resurselor, finanțarea progresivă și universală, coplată mică sau inexistentă și asigurare comprehensivă.” (Toward international primary care reform. Starfield B. CMAJ. 2009 May 26; 180(11): 1091–1092.)

¹ Raportul de țară al Fondului Monetar Internațional, 23 octombrie 2012 (lb. engleză)
<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 (lb. engleză)
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 sanatare Romania – 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.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/primary-health-care/publications/2012/evaluation-of-structure-and-provision-of-primary-care-in-romania>
(lb. engleză)
http://snmf.ro/raportul_OMS_NIVEL.htm (lb. română)

⁷ Strategia 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
http://www.ms.ro/documente/Raport%20Strategie%20Asistenta%20medicala%20primara%20EN_3251_7810.doc (lb. engleză)
http://www.ms.ro/documente/Raport%20Strategie%20Asistenta%20medicala%20primara%20RO_3251_7809.doc (lb. română)