



Nr. 29/ 23.02.2016

Excelenței sale, Domnul Prim Ministru al României, Dacian Cioloș

Domnule Prim Ministru,

Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF) și Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMPF) organizații reprezentative ale medicilor de familie la nivel național, doresc să atragă atenția Primului Ministru al României asupra unor aspecte sistematic ignorate în sistemul de sănătate.

Domnule Prim Ministru!

În urmă cu câteva zile v-am adresat un apel public în care am dorit să vă atragem atenția asupra trei solicitări – cheie pentru activitatea noastră: o mai bună finanțare a medicinei primare, revenirea dreptului de negociere a Contractului – cadru, drept care ne-a fost luat și prorogarea acestui contract până la data de 1 iulie, când sperăm să putem interveni asupra acestui contract ca negociatori de drept și în condițiile unei finanțări îmbunătățite. Dorim mai jos să argumentăm aceste trei elemente – cheie.

I. FINANȚAREA ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE

În România, asistența medicală primară a suferit un declin profund la nivel profesional și financiar începând din anul 2008. Din 2016, prevederile noului cod fiscal afectează direct și discriminatoriu cabinetele medicilor de familie, înregistrați în majoritatea lor ca persoane fizice cu profesii liberale, având contracte de concesiune cu primăriile.

Statul are obligația de a garanta cetățenilor dreptul la asistență medicală și deoarece cabinetele medicilor de familie sunt pentru majoritatea cetățenilor unica sursă de asistență medicală, acest drept poate fi garantat doar prin contractarea serviciilor noastre. Dacă un stat dorește să asigure asistență medicală tuturor cetățenilor săi este obligat să investească într-o medicină primară sănătoasă, bine dezvoltată, de calitate, puternic interconectată cu celelalte segmente din sistemul de sănătate.

Asistența medicală primară este și trebuie să fie primul bastion în slujba sănătății oamenilor. Studiile internaționale 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, NICE etc, au arătat necesitatea imperioasă de dezvoltare și finanțare a asistenței medicale primare. S-au realizat, pe banii statului, programe și recomandări (realizate de experți mondiali) care zac prin sertare de ani de zile.

GUVERNUL ROMÂNIEI
SECRETARIATUL GENERAL
REGISTRATURA GENERALĂ

Nr. 171/2610
ziua 13 luna oct anului 2016



Procentul (vorbit de procent, căci ne referim la posibilitățile României, nu la sume în bani) alocat medicinei de familie în celelalte țări europene este de minim 9 - 14% din sumele totale alocate sănătății. În România se alocă aproximativ 6,5% din FNUASS total, iar în 2016, datorită creșterii exclusive a finanțării segmentului spitalicesc, procentul va fi sub 6% din FNUASS total. Din aceste sume se plătesc salariile personalului (asistente, contabil, menajeră), se asigură venitul medicului, se achită taxe, impozite, redevențe, căldură, apă, electricitate, softuri de cabinet, internet, truse de medicamente, dezinfectante și detergent, sterilizare, cursuri și conferințe, asigurări, pază, protecția muncii etc.

Solicităm Guvernului României și în special primului ministru să intervină pentru creșterea finanțării medicinei primare prin rectificare bugetară care să aducă medicina primară la nivelul recomandat de Banca Mondială, adică 12% din FNUASS. Din statisticile oficiale ale CNAS rezultă că medicina primară acordă mai mult de 70% din serviciile medicale din sistem deși finanțarea actuală a acesteia este de cca 6,5 % din FNUASS total. Se poate observa cu ușurință o discordanță mai mult decât evidentă între investiții și așteptări!

S-a promis anul trecut că sănătatea va fi o prioritate! Oare sistemul medical este reprezentat doar de spital? Aproximativ 70% din personalul medical al României nu sunt bugetari și nu lucrează în spitale, ci în cabinete de medicină familie, de ambulator de specialitate etc. Este adevărat, este strict necesară creșterea finanțării în spitale, dar restul sistemului medical nu contează? Pe baza căror rațiuni s-a făcut aceasta dură discriminare?

În spitale lucrează aproximativ 30% din medicii țării și cam 30-40% din personalul medical mediu al țării. Ceilalți medici, din medicina de familie, din ambulatorul de specialitate (care reprezintă majoritatea) oare nu contează? Știe guvernul pe care îl reprezentați că majoritatea personalului medical din România nu suntem personal bugetar? Pentru cabinetele noastre nu există nici o creștere a finanțării (deși tot pentru servicii medicale decontate din FNUASS suntem plătiți), există în schimb un nou Cod Fiscal care se laudă că va scade fiscalitatea și care în realitate ne împovărează insuportabil. Suntem în majoritate PFA prin decizia statului român (ord 124/1998) și nu prin alegerea noastră. Astăzi suntem, iată, prin impunerile noului Cod Fiscal, victime colaterale în dorința statului de a stopa inițiativa privată de la nivelul PFA.

Domnule Prim Ministru, vă rugăm foarte serios să ne luați în seamă când afirmăm că așa nu se mai poate! Medicii de familie din România au ajuns la capătul răbdării.

De ani de zile se poartă un dialog al surzilor. Casa Națională de Asigurări de Sănătate pretinde că are ca scop interesul asiguraților, însă are ca scop doar complicarea actului medical printr-o birocrație excesivă, printr-un sistem informatic care nu funcționează și nu are nici cea mai mică strategie de a îmbunătăți sistemul de sănătate.

Pentru medicina de familie cresc permanent obligațiile administrative, birocratice, informatice și fiscale. Nu mai putem să ne facem meseria și să ne exercităm profesia – o profesie liberală altfel, dar parcă nu mai contează!? - în aceste condiții! Suntem decizi să nu semnăm iar un contract care ne deprofesionalizează și ne aduce la faliment.

În plus, printr-o comunicare deficitară de la nivelul CNAS nu avem nicio transparență legată de cheltuirea în totalitate a fondului Asistenței medicale primare, deoarece deși am solicitat în



repetate rânduri și deși ni s-a promis deseori, nu au fost niciodată explicate transparent destinația și utilizarea sumelor trimestriale, motiv pentru care, deoarece calculele experților noștri demonstrează că nu toate sumele s-au întors în AMP, am sesizat Curtea de Conturi asupra acestor aspecte, printr-un material depus în data de 12 februarie 2016.

Ministerul Sănătății a cerut de ani buni sprijinul experților de la Banca Mondială și Fondul Monetar Internațional, a finanțat un studiu al experților de la NICE (National Institute for Health and Care Excellence) și al celor de la Oxford Policy Management (referitor la strategia pentru medicina din mediul rural și zonele izolate). Toate acestea s-au concretizat într-o strategie adoptată de Ministerul Sănătății.

Toate expertizele au arătat necesitatea creșterii finanțării asistenței medicale primare, prin diverse metode, pentru a ajunge la **procentul necesar de 12% din FNUASS total** (acest procent de finanțare este, de altfel, normă pentru toate țările europene – statistica Eurostat arată că România are cea mai scăzută finanțare, inclusiv Bulgaria se află deasupra noastră – din acest punct de vedere procentul alocat din FNUASS asistenței medicale primare a rămas nemodificat 6,28% în 2012, 5,69% în 2013, 6,22% în 2014, 6,42% în 2015). Vă reamintim că un medic de familie român îngrijește pacienți care adesea nu au acces la alte servicii medicale, că noul cod fiscal a crescut povara fiscală pentru cabinetele medicale, că avem obligația de a plăti din acest procent minuscul și personalul mediu, investițiile în echipamentele informatice cerute de CNAS și toate amenziile pe care instituțiile statului le aplică medicilor de familie pentru simplul motiv că sunt mai ușor de aplicat decât să ușureze situația cabinetelor medicale.

Avem o strategie (în sertare!), avem expertiză dar nu avem voința politică să aplicăm aceste lucruri. Pentru că nimeni de la CNAS (care, contrar legislației, are ultimul cuvânt în alcătuirea bugetului) nu înțelege necesitatea ca medicul de familie să fie puternic și respectat și că acest lucru va aduce, ca în toate țările civilizate, enorme beneficii atât financiare cât și o stare generală de sănătate mult mai bună.

Menționăm că susținem în mod constant și documentat aceste solicitări de ani de zile, timp în care am organizat dezbateri publice în 2011 și 2012 (<http://snmf.ro/dezbateri>), am depus numeroase documente pentru argumentare la instituțiile statului, am avut întâlniri la comisiile de sănătate ale Parlamentului, am organizat audiere publică dedicată prevenirii împreună cu Academia de Advocacy, am avut numeroase întâlniri cu diverși reprezentanți ai Băncii Mondiale, OMS, Comisiei Europene etc. Niciodată nu am găsit înțelegere în regândirea finanțării AMP, în ciuda demersurilor noastre repetate. Iată un scurt istoric **recent** al demersurilor noastre în acest sens.

- a. Memoriu SNMF-FNPMF privind finanțarea asistenței medicale primare – 11.09.2015, înregistrat la Ministerul Sănătății – Cabinet Ministru cu numărul NB9245/11.09.2015
- b. Scrisoare deschisă privind alocarea bugetară pentru anul 2016 – 10.12.2015

Înregistrată la Administrația Prezidențială –
Înregistrată la Cancelaria Primului Ministru –
Înregistrată la Ministerul Finanțelor Publice –
Înregistrată la Ministerul Sănătății –
Înregistrată la CNAS –



Înregistrată la Comisia pentru sănătate și familie - Camera Deputaților
Înregistrată la Comisia pentru sănătate publică – Senat

c. Memoriu privind finanțarea AMP – 15.01.2016, Înregistrată la Ministrul Sănătății

II. RESPECTAREA PRINCIPIULUI NEGOCIERII

Majoritatea propunerilor noastre privind actualizarea și modificarea proiectului de Norme la Contractul-cadru s-au lovit de refuzul sistematic al CNAS, motivat prin prevederile deja existente și în curs de aprobare cuprinse în Contractul-cadru 2016-2017. În momentul actual, consultarea profesioniștilor este pur formală, deciziile fiind luate deja de reprezentantii CNAS și ai Ministerului Sănătății.

Din aceste considerente, solicităm primului ministru reintroducerea principiului și activității de negociere pentru societățile profesionale și patronatele din medicina primară la nivelul contractului – cadru.

Atât Codul Civil cât și restul legislației sunt de acord că orice contract-cadru trebuie negociat. Așa e firesc și normal. Cu o singură excepție: contractul cadru din sănătate. Este emisă o hotărâre de guvern și apoi normele sunt semnate de Ministrul Sănătății și președintele CNAS. Este precizat în legea 95/2006 că drept de negociere are Colegiul Medicilor din România – nici măcar acest lucru nu este respectat pentru că o Hotărâre de Guvern nu se poate negocia!

În toate țările membre ale Uniunii Europene medicii **negociază** contractele cu asiguratorii privați și publici. România impune aceste contracte și obține ceea ce are: un sistem din care medicii pleacă și rămân din ce în ce mai puțini, deși facultățile produc de două ori mai mulți medici decât ar fi nevoie. Negocierea ar obliga Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate să ia în considerare și părerea celor care practică medicina efectiv, a celor ce cu adevărat își doresc să practice medicina și să își vindece pacienții: medicii. Fără negociere sistemul va rămâne la discreția CNAS, care nu a arătat nici măcar o secundă că poate gestiona sănătatea în România.

V-am pus în mapa de documente procesele verbale ale consultărilor cu CNAS: de cele mai multe ori răspunsul a fost „nu se poate” la propunerile noastre. De multe ori răspunsul lipsește cu desăvârșire (contrar legii) sau, dacă exista un răspuns, este doar un copy-paste al unui paragraf abscons. Din acest punct de vedere, apreciem că sistemul de comunicare al CNAS cu ceilalți actori din sistemul de sănătate este dezastruos!

Domnule prim ministru, acest tip de „răspuns” este un eufemism pentru „nu vrem”. CNAS nu dorește să accepte negocierea pentru că nu este capabilă să înțeleagă realitatea din teren. Vă dăm doar două exemple: la discuțiile privind sprijinirea medicilor de familie din mediul rural conducerea CNAS a refuzat să ia în calcul datele oficiale ale Ministerului Muncii și Dezvoltării Sociale și a susținut că rețeaua de drumuri este asfaltată peste tot și că rețelele de apă potabilă și de canalizare se află în fiecare sat românesc. Sau, încă se insistă pentru lucrul în „offline” în dese perioade în care nu funcționează sistemele informatice, deși știm toți ca aceste servicii în general se invalidează ulterior și riscăm plata rețetei sau a altor servicii medicale.



Deși știm că un comunicat al CNAS sau un ordin de ministru nu poate depăși din punct de vedere legislativ Legea 95, care spune clar că de la 1 septembrie 2015 nu avem voie să raportăm decât serviciile validate cu cardul, CNAS dorește să ne impună acest lucru. Dacă am fi avut drept de negociere – acel drept care a fost câștigat, inclus în Legea 95, după care ne-a fost din nou retras - aceste ignorări ale realității nu ar fi putut avea loc!

Iată un scurt istoric al solicitărilor noastre (pentru care depunem documente atașate, respectiv procese verbale ale întâlnirilor noastre precum și răspunsurile seci ale CNAS):

În tabel **observații proiect Contract-cadru octombrie 2015**. S-a solicitat:

Art. 2. (1) – înlocuirea “cu consultarea” cu “în urma negocierii cu” organizațiile profesionale, patronale și sindicale.

Art 18 (3)-(6) – eliminarea sau modificarea pentru a fi clară intenția legiuitorului. Formularea actuală a necesitat depunerea unei solicitări de interpretare autentică oficială din partea SNMF către CNAS.

Secțiunea 3, Art 3, litera z) – introducerea unei prevederi similare celei existente la alte categorii de furnizori (ambulatoriu de specialitate), pentru a putea acorda servicii cu plată la cererea pacienților.

Secțiunea 3, Art 3, Literele aq-ar) – prelungirea termenului de transmitere a serviciilor în sistemul informatic de la 72 de ore la 3 zile lucrătoare. Solicitare necesară din cauza perioadelor de nefuncționare a sistemului informatic, în special în zilele de vineri.

Proces verbal consultări SNMF, FNPMF – CNAS din data de 29.10.2015

Solicitări:

- negocierea cu organizațiile profesionale, patronale, sindicale
- prelungirea termenului de 72 ore pentru transmiterea serviciilor în sistemul informatic la 96 de ore sau 3 zile lucrătoare
- publicarea pe siteul CNAS, trimestrial, a numărului de puncte realizat per capita și per serviciu, pe județe
- introducerea posibilității acordării de consultații programabile la cererea pacienților, în cadrul cărora aceștia să poată primi rețete compensate/gratuite, trimiteri și investigații în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate
- creșterea finanțării asistentei medicale primare până la un procent de minimum 9% din FNUASS total

“CNAS nu a răspuns punctual observațiilor formulate de către reprezentanții medicilor de familie, urmând a se analiza materialul trimis de către aceștia [n.n. în 26 octombrie 2015]”

CNAS nu a răspuns în scris, conform legii și conform celor menționate în PV, la propunerile formulate în scris în data de 26 octombrie 2015.



III. PROROGAREA CONTRACTULUI – CADRU și rediscutarea acestuia, după câștigarea dreptului la negociere și a reșezării finanțării Asistenței Medicale Primare

În această perioadă se adoptă legislația pentru contractul pe 2016-2017. Finanțarea este minimalistă. Spitalele beneficiază totuși de o suplimentare de aproximativ 16%. Asistența medicală primară „beneficiază” de un **minus de 0,1%**. În condițiile în care **noul cod fiscal ne lovește dur**. Majoritatea suntem PFA prin decizia statului român încă din 1998. În condițiile în care și asistentele noastre și noi suntem „personal medical al României” și considerăm firesc să fim tratați ca atare. Suplimentarea vizează doar unitățile sanitare publice în timp ce cabinetele noastre, menținute în mod special într-o definiție ambiguă, care nu prezicează dacă sunt publice, sunt în fapt mai publice decât spitalele, dat fiind că asigură asistența medicală a unei bune părți a populației care nu vine NICIODATĂ ÎN CONTACT CU UN SPITAL!

Din nou apar în contract **sanctiuni** împovărătoare, dintre care unele sunt aberante. Medicii sunt sancționați dacă nu funcționează optim softurile impuse de CNAS și dacă nu se pot raporta serviciile în 72 de ore. Birocrația este inimaginabilă, acaparând timpul pe care medicul ar trebui să-l acorde pacientului, nu actelor administrative. Medicii sunt de vină dacă unele instituții nu le-ar elibera în timp util unele documente (de exemplu dacă ar putea fi blocaje la DSP, la Fisc, sau chiar la CMR). De ani de zile susținem eliminarea acestor abuzuri. Suntem sancționați pentru „încălcarea contractului”, adică pentru faptul că nu am putut folosi întotdeauna sistemele informatice catastrofale ale CNAS. Suntem sancționați dacă acordăm pacienților din zone defavorizate, (cu deficit al multor specialități) rețetele necesare, deoarece protocoalele terapeutice îngreșesc eliberarea multor medicamente uzuale.

Pe de altă parte, CNAS nu suportă nici o sancțiune pentru faptul că aceste sistemele informatice funcționează lamentabil, pentru că se invalidează sistematic servicii reale, pentru că plățile facturilor se fac incomplet sau / și cu depășiri față de data prevăzută de contract pentru decontare etc. Consultații reale, realizate pentru pacienți reali, care aveau nevoie de consultații și rețetele aferente sunt urmate de penalizări absurde, care nu au în spate niciun prejudiciu material. În schimbrecunoașterea acestor „defecțiuni” ar însemna de fapt o recunoaștere a incapacității CNAS de a gestiona documentația și informația din sistem. Precizăm că datorită funcționării proaste a sistemelor informatice, relația noastră cu pacienții noștri este grav periclitată, scade calitatea actului medical și este împiedicat accesul pacienților noștri la o asistență medicală minimă, garantată altfel prin Constituție. Precizăm că în acest sens, am sesizat Avocatul Poporului referitor la numeroasele probleme ale sistemelor informatice și impactul acestor probleme asupra pacienților noștri, printr-un memoriu depus la data de 15 ianuarie a.c.

În Județul Constanța de exemplu, de curând, aproape trei sferturi din medicii de familie ai județului au fost „sancționați” cu sume exorbitante pentru că nu s-au putut urca în sistemele informatice toate informațiile legate de rețete. Dar ce sancțiuni are CNAS pentru zilnicele perioade de disfuncționalități ale sistemelor informatice plătite din bani publici??



De-a lungul anilor ni s-au imputat rețete pentru că unii pensionari mai aveau o dobândă de 2 lei în afară de pensia sub 700 de lei, pentru că protocoalele terapeutice sunt în veșnică și neanunțată schimbare, pentru că în unele județe nu există suficienți oncologi sau diabetologi iar medicii de familie au eliberat rețete conform scrisorilor medicale primite din spitale, pentru că pacientul internat care nu primește (din păcate!) toate tratamentele necesare în spital și-a luat rețetă de la medicul lui de familie etc. Toate aceste „nereguli” (care nu aduc prejudicii sistemului!) ar fi fost evitate dacă CNAS, prin casele județene, ar fi făcut informările necesare altfel prevăzute în contractele noastre la obligații ale caselor de sănătate, dacă sistemele informatice ne-ar fi atenționat (așa cum am cerut de mii de ori), ca pensionarul mai are și alte surse de venit (prin colaborarea cu sistemul informatic al ANAF), că protocolul care limitează prescrierile medicale s-a schimbat, ca pacientul figurează internat la data la care este și în cabinet pentru rețetă.

Acum se insistă în continuare pe regulă celor „72 de ore” pentru validarea serviciilor medicale, în condițiile în care există disfuncționalități ale serviciilor informatice care depășesc aceste termene sau nu funcționează aproape niciodată la parametrii normali, iar defecțiunile au devenit o regulă tristă. De ce? Ne este imposibil să nu luăm în calcul o atitudine premeditată, deoarece astfel se economisesc și se raportează sume importante la buget, fără a se fi acționat finalmente, la nivelul adevăratelor pierderi din sistem! CNAS face eventuale economii prin abuzuri asupra medicilor și a pacienților.

De pildă, cardul de sănătate a fost lansat tocmai pentru a limita pierderile din sistem. Ori de când a fost introdus cardul, sistemele informatice au suferit grave întreruperi, au apărut defecțiuni și la nivelul celorlalte componente electronice deja validate, numărul serviciilor a rămas constant – dovadă că obsesia furtului serviciilor nu a fost confirmată – dar ne confruntăm cu noi și noi eșecuri: numărul medicilor care pleacă din sistem, numărul medicamentelor uzuale din farmacii scade galopant și dramatic, situațiile dramatice se înmulțesc în spitale și lucrurile se prăbușesc pe rând, invers proporțional cu numărul controalelor efectuate peste tot, controale soldate cu numeroase sume imputate.

În mod concret, am solicitat la consultările pentru Normele la Contractul – Cadru care au avut loc în urmă cu câteva zile, printre altele, următoarele:

- Sancțiuni pentru casele de asigurări care nu decontează la timp facturile depuse în termen legal de către furnizorii de servicii medicale. Noi suntem obligați contra sancțiuni să respectăm termenele de raportare electronică și depunere a facturilor. Pentru partenerii noștri contractuali nu au fost niciodată acceptate sancțiuni.
- Sancțiuni pentru casele de asigurări care nu decontează decât parțial facturile depuse de furnizori, ceea ce afectează grav managementul cabinetelor, deoarece întârzie plățile pe care suntem obligați să le efectuăm la Bugetul de stat și la Bugetul Asigurărilor Sociale și pentru Fonduri speciale, ca angajatori.
- Sancțiuni pentru nerespectarea termenelor și procedurii de contractare – deoarece în fiecare an aceste termene sunt încălcate, ajungem să prestăm servicii medicale de la data când trebuie să se prelungească aceste contracte – pentru a nu apărea discontinuități – în timp ce semnarea contractelor are loc mult mai târziu, după ce casele de asigurări își termină procedurile de prătire a mapelor



- Sancțiuni pentru nerespectarea termenelor de raportare a serviciilor medicale, termene aleatorii în funcție de județ și capacitatea logistică a caselor respective.
- Sancțiuni pentru nerespectarea elementelor contractuale legate de funcționarea cu dificultate a sistemelor informatice cu imputarea disfuncționalităților acestora celor care răspund și nu utilizatorilor acestuia, cu atât mai mult cu cât s-a dovedit că nu există mentenanță și nici echipamente care să permită accesarea cu ușurință mai ales în perioadele de raportare a serviciilor.
- Ajustări ale serviciilor din pachetul minimal și pachetul bazal, care să corespundă actualizării problemelor medicale cu care se confruntă România și care sunt susținute și de recente recomandări ale OMS chiar prin delegarea unor specialiști – în speță reintroducerea în contract a serviciilor de depistare a tuberculozei, precum și supravegherea prin tratament strict-supravegheat la nivelul asistenței medicale primare, asemănător situației de până în 2010. Precizăm că vorbim de o situație dramatică pentru România, în care creșterea incidenței TBC precum și a Tuberculozei multidrog-rezistente asociată gradului de sărăcie a populației, a determinat o delegație a OMS să vină la CNAS și să solicite reintroducerea în pachetele de servicii a acestora menționate mai sus, careau dovedit un bun control în perioada menționată. NU cunoaștem motivul pentru care au fost eliminate la vremea respectivă din contracte.
- Revenirea numărului de domiciliu la 21 în medie, deoarece s-a demonstrat că nu s-au efectuat, la nivel național, nici măcar 21, pentru că timpul necesar deplasării este mare, cheltuielile necesare sunt mari. În plus pentru validarea acestor domiciliu e necesară deplasarea tehnicii de calcul și a legăturii la internet la domiciliul bolnavului, situație unică în lume.
- Introducerea unui articol similar celui prezent la capitolul de asistență ambulatorie de specialitate (Anexa2, art 24, pct ak) (ak) să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor medicale la cerere. În aceste situații furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate). Considerăm că în această situație suntem grav discriminați prin limitarea posibilității de a taxa serviciile „la cerere” numai la alte categorii de medici, cu excepția medicilor de familie!
- Eliminarea tuturor prevederilor abuzive de reziliere de contracte, acte ce aduc grave prejudicii furnizorilor, fără ca prezumpția de nevinovăție să fie luată în seamă. România este totuși un stat de drept. Greșeala dovedită trebuie sancționată, dar numai când ea este dovedită și este imputabilă medicului !
- Modificări legislative coerente care să precizeze clar ce se întâmplă în perioade de avarie a sistemelor informatice ale CNAS. Responsabilizare clară și introdusă în legislație privind funcționarea corectă și permanentă a tuturor aplicațiilor informatice ale CNAS. Intervențiile de așa zisă mentenanță nu pot să mai aibă loc în timpul de lucru al furnizorilor și fără anunțarea în prealabil a acestora. Sistemele alternative în caz de avarie sunt strict necesare, în așa fel încât să nu mai apară situații de afectare a actului medical sau a validării acestuia. Am propus inclusiv soluții alternative pentru situațiile în care NU funcționează sistemele informatice.



- Modificarea celor “72 de ore” care permit urcarea serviciilor în sistem cu “trei zile lucrătoare”, pentru a evita problemele deja semnalate la sfârșitul săptămânii, în mod repetat și care ridică suspiciunea unor economii voite.
- Eliminarea tuturor formelor birocratice. CNAS pune la dispoziție un sistem informatic unic care
- trebuie să țină locul oricăror forme de hârtie. Activitatea noastră ar fi în mod serios îmbunătățită dacă nu ar mai trebui să folosim și formularistica tipărită!
- Elaborarea unui Co-ca simplu și clar, care să permită strategii de dezvoltare a cabinetelor și a serviciilor oferite.

La toate aceste exemple cât și la numeroase alte solicitări pe care le-am făcut la consultările din octombrie 2015 și februarie 2016, ni s-a spus de către reprezentanții CNAS că aceste modificări nu pot fi făcute deoarece fie țin de modificări legislative prea complexe care necesită multiple modificări legislative, fie țin de HG privind Contractul-cadru, care se află deja pe masa Guvernului, pentru aprobare și nu mai poate fi modificată! Dorim să precizăm că nu este an să nu solicităm aceste elemente firești pentru un contract și în fiecare an primim alte justificări pentru care răspunsul este veșnic „nu se poate”.

De aceea, solicităm primului-ministru prorogarea Hotărârii de Guvern pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015 până la 1 iulie, prelungirea contractelor actuale prin act adițional (existând precedent) și retrimiteră Proiectului de HG pentru Contractul – Cadru 2016 – 2017 către Ministerul de resort și CNAS pentru actualizări pe baza negocierii cu furnizorii de servicii de sănătate.

În aceste condiții vă rugăm să ne ajutați să depășim acest impas. Vă rugăm să prorogați Hotărârea de Guvern care adoptă contractul cadru până se vor limpezi unele aspecte importante. Vă rugăm să ne permiteți să aducem spre adevăr realitatea funcționării sistemului și eventual să trimiteți un reprezentat care să asiste la discuțiile noastre cu CNAS. În acest moment sunteți singura speranță a sănătății în România.

Medicina de familie, împovărată de un contract cadru nedrept și discriminator, cu o finanțare sub limita supraviețuirii, cu o legislație intenționat ambiguă și încălcată chiar de reprezentanții decidenților nu mai poate să-și aducă aportul firesc la sănătatea populației.

Cu stimă,

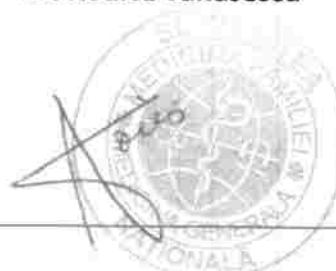
Președinte FNPMF

Dr. Doina Mihăilă



Președinte SNMF

Dr. Rodica Tănăsescu





Anexa 1 – Buget necesar

1. Buget necesar pentru funcționarea cabinetelor de medicina familiei

Aplicând coeficienții de ierarhizare la salariul minim și adăugând cheltuielile fiscale datorate de angajator, un cabinet medical ar trebui să aibă în medie următoarele cheltuieli salariale:

salar minim brut = 1.050 lei	coef salariu	norma	coef. gr.prof	salariu brut	angajator	salariu total	salariu net
medic	3,7	100,00%	1,13	4.390,05 lei	1.097,51 lei	5.487,56 lei	3.073,04 lei
asistent	2,89	100,00%	1,13	3.428,99 lei	857,25 lei	4.286,23 lei	2.400,29 lei
registrator medical	2,49	100,00%	1	2.614,50 lei	653,63 lei	3.268,13 lei	1.830,15 lei
contabil	3,5	25,00%	1	918,75 lei	229,69 lei	1.148,44 lei	643,13 lei
ingrijitor curatenie	1	25,00%	1	262,50 lei	65,63 lei	328,13 lei	183,75 lei
total cheltuieli salariale						14.518,48 lei	8.130,35 lei

Dorim să precizăm că am luat în considerare la calcul coeficienții minimi de bază la fiecare categorie, după cum este prevăzut în noua lege de salarizare a personalului medical.

Pentru buna funcționare a unui cabinet medical la aceste cheltuieli salariale trebuie adăugate și cheltuielile de întreținere:

cheltuieli întreținere (medie)	
curent electric	150 lei
telefonie+internet	150 lei
soft med+semn. digitala+intret.IT	200 lei
incalzire+ACM	250 lei
apa rece+canal	100 lei
chirie/redeventa/rata	1.000 lei
masina (intretinere+combustibil)	750 lei
taxe si impozite	500 lei
asigurari (caldire+personal+auto)	150 lei
deseuri medicale	50 lei
materiale igiena, curatenie, dezinfectie	100 lei
consumabile medicale	150 lei
birotica	100 lei
intretinere	101 lei
evaluare+CMR	50 lei
EMC, carti specialitate, cotizatii	200 lei
protectia muncii + PSI	50 lei
fond investiii/reparatii	600 lei
total cheltuieli întreținere	4.651,00 lei



Astfel, **necesarul** minim lunar al unui cabinet medical este de:

venit lunar minim/cabinet

19.169,48 lei

Luând în considerare un număr de aproximativ 11.000 de cabinete medicale de medici de familie din România, **bugetul necesar** este de:

fond minim AMP

2.530.371.525 lei

Buget necesar pentru funcționarea Centrelor de Permanență

În cadrul bugetului alocat asistenței medicale primare sunt cuprinse și sumele alocate pentru funcționarea Centrelor de Permanență, finanțate din fondurile Ministerului Sănătății.

La calculul fondurilor necesare funcționării CP trebuie luat în considerare tariful orar al personalului care le deservește în conformitate cu prevederile legale. **Astfel:** plecând de la salariul minim, ajustat cu coeficienții de ierarhizare și gradul profesional:

	salar brut	ora
medic	4.390,05 lei	39,20 lei
asistenta	3.428,99 lei	26,79 lei
total cheltuieli personal/ora		65,99 lei

La aceasta se adaugă cheltuielile administrative de 6.50 lei/oră și obținem un cost orar în cuantum de: **72.49 lei/oră**

Considerând un număr mediu de 580 ore de gardă / lună obținem:

total cost lunar/CP

42.041,78 lei

La un necesar de 1.200 de Centre de permanență; adică un CP la o populație medie de 15.000 de locuitori avem un necesar de:

fond minim CP

605.401.571,25 lei



3. Buget necesar pentru asigurarea serviciilor din Pachetul Minim Bazal

În condițiile în care Pachetul Minim Bazal se adresează **doar** persoanelor neasigurate, considerăm că fondurile pentru asigurarea serviciilor medicale trebuie alocate din bugetul Ministerului Sănătății și nu din cel al Casei Naționale de Asigurări Sociale.

La un tarif de 40 lei/serviciu și o medie de 1/serviciu/zi obținem un total cost mediu lunar de 800 lei / cabinet medical.

Necesarul pentru totalul cabinetelor de medicina familiei din România pentru asigurarea Pachetului Minim Bazal:

fond minim PMB 105.600.000,00 lei

4. Buget total necesar pentru Medicina de Familie (1+2+3)

Însumând cele 3 fonduri care constituie bugetul alocat ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE obținem:

Buget minim Medicina de Familie 3.241.373.096 lei

La un buget de cheltuieli al CNAS, în 2015, de 26.352.161 mii lei, cheltuielile cu AMP de 3.241.373.096 lei ar reprezenta doar 12,30% din fond, la limita inferioară a intervalului de 12-15% cât se acordă în țări membre UE unde asistența medicală primară reprezintă baza sistemului de sănătate. În același timp, ar corespunde angajamentelor pe care România și le-a asumat în fața forurilor europene...

Anexă – Buget actual

Buget alocat Medicina de Familie anul 2015 - 1.513.718.000 lei

Situația cabinetelor de medicina familiei la momentul actual este următoarea:

Număr de asigurați pe lista de pacienți	Procent medici	Venit/lună	Cheltuieli funcționare	Venit brut medic
500	2,31	6.328	7.801	- 1.473
1.000	12,75	7.756	7.801	- 45
1.500	33,29	9.184	7.801	1.383
2.000	30,99	10.612	7.801	2.811



2.200	7,57	11.183	7.801	
2.500	7,29	12.040	7.801	
3.000	4,28	13.469	7.801	
3.500	1,21	14.897	7.801	
4.000	1,32	16.325	7.801	

***Calcul al veniturilor unui cabinet: medic specialist MF, 20 zile lucrătoare/lună, 20 consultații/zi și 1 domiciliu/zi. Valoarea punctului PC 4,18 și SM 1,96 (cât a fost în trim III 2015)**

Asistent – net impozabil plus cheltuieli angajator (brut 1.500)	1.850
Contabil - contract	600
Îngrijitor – ½ normă la salariul minim	700
TOTAL	3.150

Total cheltuieli funcționare pe cabinet medical: 7.801 lei.

CONCLUZII:

1. 16% din cabinetele MF (până în 1.500 asigurați) nu se pot întreține numai din veniturile contractate cu casa de asigurări!
2. 33% din medicii de familie rămân cu 1.300 lei/lună venit **brut** din care se plateste impozit 16%, sanatate și pensie medic
3. 31% din medicii de familie au un venit **brut** de 2.800 lei din care se plateste impozit 16%, sănătate și pensie medic
4. și doar cca 20% aduc medicului un venit **brut** mai mare de 2.800 lei. Aceste ultime cabinete au cheltuieli de funcționare mai mari pentru că platesc asistenta cu norma întreagă, sau pot avea chiar mai multe asistenți medicali și medici angajați (sunt mai ales situații în rural, unde există puncte de lucru dispersate în mai multe sate și există personal angajat, mai multe sedii, fiecare cu utilitățile sale).

Nu trebuie neglijat și sporul derizoriu pentru lucru în zone rurale și condiții izolate și nici neimplicarea cvasitotală a consiliilor locale în asistența medicală a propriilor lor comunități!



Anexa 2

Utilizarea de către CNAS a bugetului destinat medicinei de familie

Utilizarea transparentă a banilor publici și modalitatea de utilizare a fondurilor FNUASS sunt un obiectiv firesc și normal al societății civile. În repetate rânduri SNMF și FNPMF am atras atenția asupra cheltuirii incomplete a fondurilor alocate din buget pentru Asistența Medicală Primară (AMP). De fiecare dată CNAS ne-a acuzat că noi facem calcule greșite. Cu toate acestea, de câte ori am cerut date oficiale lămuritoare, am primit răspunsuri vagi sau incomplete. Pentru a ne asigura de bună gestionare și administrare a sumelor destinate sănătății, am pus la dispoziție calculele noastre și am solicitat public transparentizarea acestora. Calculele noastre, verificate, au plecat de la folosirea datelor oficiale de pe pagina de web a CNAS. Am folosit diferite modalități de calcul care, toate, ne-au dus către aceste sume. Dacă datele furnizate de CNAS sunt incorecte sau incomplete, atunci erorile le aparțin celor care le-au făcut publice.

Anexăm de asemenea la cele de mai sus, copii ale documentelor menționate în acest material. Toate aceste documente se găsesc publicate pe pagina de internet a Societății Naționale de Medicina Familiei, la pagina <http://snmf.ro/policy.htm>