

## MINUTA

### DEZBATERII PUBLICE DIN DATA DE 22.02.2022 CU TEMA

**proiectul de Hotărâre a Guvernului pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022 și**

**proiectul de Ordin pentru modificarea și completarea prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 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 2021 – 2022, precum și prelungirea aplicării prevederilor acestuia,**

#### I. PARTICIPAREA LA DEZBATERE

Urmare a multiplelor solicitări din partea furnizorilor de servicii medicale privind organizarea unei dezbateri publice asupra proiectului de *Hotărâre a Guvernului pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022*, Casa Națională de Asigurări de Sănătate a organizat Dezbaterea Publică online, pe platforma zoom, asupra proiectelor de acte normative sus menționate.

În temeiul dispozițiilor art. 7 alin. (10) lit. d) *din Legea nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică, republicată*, în termen de 10 zile calendaristice de la încheierea dezbaterii publice se asigură accesul public, pe site-ul și la sediul autorității publice responsabile, la minuta dezbaterii publice, (...).

Potrivit art. 3 lit. g) din actul normativ menționat, minuta reprezintă documentul scris în care se consemnează în rezumat punctele de vedere exprimate de participanți la o ședință publică sau la o dezbaterie publică.

**La dezbaterea publică,**

**din partea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate au participat:**

- **Adela Cojan** - Președinte
- **Călin Gheorghe Fechete** - Director General
- **Iulia Stoea** – Director General Adjunct - Direcția Generală Relații Contractuale
- **Liliana Maria Mihai** - Director General Adjunct -Direcția Generală Juridic și Contencios Administrativ
- **Mihaela Ion** – Medic Sef – Direcția Medic Șef
- **Elisabeth Brumă** – Director - Direcția Reglementări și Norme de Contractare
- **Alexandra Crangă** - consilier superior - Direcția Reglementări și Norme de Contractare

- **Gina Drobotă** – consilier superior - Direcția Reglementări și Norme de Contractare

## **II. ASPECTE DISCUTATE**

În deschidere, doamna Președinte, Adela COJAN, a prezentat ordinea de zi a dezbaterii publice, cu mențiunea că proiectele de acte normative care au făcut obiectul dezbaterii s-au aflat în consultare pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate – Secțiunea „Transparență decizională 2022”. După prezentarea prealabilă a colegilor din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, care iau parte la dezbateri, invită pe participanți să-și exprime punctele de vedere pe tema proiectelor de acte normative, cu mențiunea că ordinea intervențiilor este dată de ordinea în care s-au realizat înscrierile la adresa de email înscrisă în anunțul dezbaterii.

### **Doamna Adela Cojan - Președinte CNAS**

Sunt impresionată de faptul că subiectul supus dezbaterii astăzi a suscitat atât de mult interes din partea dumneavoastră și ne bucură lucrul acesta.

Vă promitem că vom fi foarte atenți și vom nota absolut tot; orice propuneri, sugestii, argumente chiar și critici ale dumneavoastră sunt binevenite.

Aș vrea să stabilim împreună câteva reguli de desfășurare a acestei dezbateri publice, este pentru prima oară când participăm la un astfel de eveniment, de aceea rugămintea mea este să respectăm timpul alocat fiecărui vorbitor să nu întrerupem antevorbitorii, să facem propuneri cât mai concise și cât mai sintetizate în acest scurt interval de timp pe care fiecare vorbitor îl are alocat iar noi vă promitem că le vom consemna pe toate. Dacă vor fi identificate anumite greșeli, vom remedia; dacă sunt îndoieli vom oferi lămuriri. Dacă sunt identificate probleme mai complexe vom stabili de comun acord întâlniri mai tehnice, dar rugămintea mea este ca întreaga dezbateri de astăzi să respecte tema, respectiv cele două acte normative care au fost postate pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în transparență decizională, respectiv proiectul de hotărâre al Guvernului pentru modificarea Contractului-cadru și proiectul de ordin pentru modificare și completare a Normelor la Contractul-cadru.

Celelalte subiecte colaterale dați-ne voie să alocăm altă dată, când va fi cazul, tot o astfel de dezbateri sau întâlniri de lucru, însă regulile pentru dezbaterile publice trebuie să respecte acest format, respectiv să ne referim la ceea ce se afla în momentul de față în transparență decizională pe site-ul Casei Naționale de Sănătate.

Vreau să ne exprimăm toată deschiderea pentru a afla de la dumneavoastră, pentru a învăța unii de la alții și pentru a remedia ceea ce este de remediat eventual de a îmbunătății ce este de îmbunătățit.

Vă mulțumesc. Succes!

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ** – invităm pe Domnul Profesor Universitar Dr. Mihai Berteanu - Președintele Comisiei de Specialitate Medicină Fizică și de Reabilitare a Ministerului Sănătății

**Domnul Profesor Universitar Dr. Mihai Berteanu - Președintele Comisiei de Specialitate Medicină Fizică și de Reabilitare a Ministerului Sănătății**

Bună ziua, pe această cale vreau să mulțumesc conducerii Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și Ministerului Sănătății pentru că prin acest Contract-cadru s-a reparat o nedreptate care dăinuie de mai bine de 10 ani și sunt mai bine de 6 ani de când facem demersuri să îndreptăm această nedreptate și anume faptul că specialitatea de medicină fizică și de reabilitare în sfârșit a trecut în grupa specialităților clinice, de foarte mult

timp din considerente istorice de dinainte de 1990 au fost tratate separat. În sfârșit, cu acest Contract-cadru și aceste Norme am trecut în rândul specialităților clinice.

Este o realizare enormă nu numai pentru specialiștii noștri, dar mai ales pentru pacienții cu dizabilități care astfel pot beneficia de o asistentă medicală mult îmbunătățită. Această schimbare vine în favoarea lor, apreciez eforturile Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, sprijinită de Ministerul Sănătății pentru ca aceste eforturi au însemnat o colaborare și o suplimentare de fonduri de la Ministerul Finanțelor.

În ultimii șase ani, de când noi împreună cu Comisia de Specialitate, cu Societatea Română de Reabilitare Medicală, am dorit să facem această modificare, dar a fost prea târziu sau Ministerul Finanțelor a fost anunțat prea târziu. Este bine că de data aceasta s-a produs această modificare.

Această modificare presupune efort suplimentar din partea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate prin faptul că trebuie să modifice și aplicația SIUI pentru ca acest program trebuie să conțină și un formular special de reabilitare medicală. Ne dăm seama că este un efort mare și suntem conștienți că la început vor fi și sincope până la integrarea acestei părți de software în cadrul SIUI.

Suntem deschiși să testăm variantele Beta a acestei schimbări de software.

Vă mulțumesc.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ** – invităm pe Domnul Profesor doctor Romulus Timar - Președintele Societății Române de Diabet Nutriție și Boli Metabolice

**Domnul Profesor doctor Romulus Timar - Președintele Societății Române de Diabet Nutriție și Boli Metabolice**

Vă mulțumesc pentru invitație.

Am observat că majoritatea propunerilor au fost integrate și vă mulțumesc pentru aceste modificări. Ar trebui să introducem un nou serviciu conex și anume cel de educație medicală pentru că știm cât de importantă este educația medicală la pacientul cu diabet zaharat, în special diabet zaharat de tip 1, dar și pentru cel de diabet zaharat de tip 2.

Pe de altă parte, la fel de importante sunt serviciile de consiliere nutrițională care să fie efectuate fie de medici specialiști diabet, nutriție și boli metabolice, fie de către dieteticieni avizați de către Colegiul Medicilor.

În ultimul timp, au apărut o serie de cabinete cu sfaturi dietetice făcute de persoane care nu au nici o calificare în acest domeniu. Foarte important este faptul să lărgim, dacă este posibil, accesul la efectuarea hemoglobinei glicozilate, a testului de măsurare a glucozei pe cale orală spre un număr cât mai mare de laboratoare deoarece, deseori, cele care sunt avizate în prezent nu au fonduri suficiente pentru acordarea lor.

Foarte importantă este depistarea precoce a diabetului zaharat, iar legea de prevenție a diabetului zaharat, care este prima lege de prevenție din Uniunea Europeană, este la ora actuală aprobată, urmează să fie elaborate normele de aplicare, astfel încât modul de depistare al prediabetului și a diabetului zaharat să fie detaliate în aceasta.

Încă o dată vă mulțumesc pentru modificările făcute și vreau să spun că acestea vor duce la creșterea calității îngrijirii pacienților cu diabet zaharat. Vă mulțumesc.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ** – invităm pe Domnul Doctor Pantea Valentin - Medic de medicină de familie

*(Niciun raspuns)*

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ** – il invităm pe domnul Avocat Dragoș Bobu reprezentant legal SC Air Liquide Vitulaire România

*(Răspuns neclar)* Nu vă auzim!

**Avocat Dragoș Bobu reprezentant legal SC Air Liquide Vitulaire România**

Dau cuvântul Domnului Viorel Roman poate se aude mai bine.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ** – îl invităm atunci pe Domnul Viorel Roman - Național Manager la SC Air Liquide Vitulaire România SRL.

**Domnul Viorel Roman - Național Manager la SC Air Liquide Vitulaire România SRL**

Bună ziua, ținând cont că avem solicitări comune cu Lindegaz, Messer Group și MEDAIR solicit alocarea celor 20 de minute alocate celor patru companii.

Solicităm pe partea tehnică conform art. 6, punctul 3, la confirmarea dispozitivului medical, dacă s-ar putea să reintroducem ca excepție la validarea cu cardul transportul propriu ori închiriat la domiciliu.

De exemplu: un pacient cu afecțiuni respiratorii care primește un dispozitiv prin curier, acel pacient trebuie instruit, nu putem să îi trimitem un dispozitiv fără să îi facem setările și ne întrebăm de ce ar fi mai util pentru pacient să îi trimitem dispozitivul prin curier și nu să trimitem un reprezentant instruit, specializat în această dispozitive.

Suntem de acord ca validarea serviciului să o facem la sediul nostru în cazul în care pacientul ajunge la sediu. Validarea serviciului la domiciliul pacientului, cu toate că s-a încercat lucrul acesta, nu este posibil din de vedere tehnic, pot trimite poze cu reprezentanții noștri din podul casei unde exista semnal ca să poată să facă acea validare.

Sunt puși în situații dificile și pacienții și reprezentanții firmelor de dispozitive. România trebuie să fie pregătită din punct de vedere tehnic cu semnal în orice colț de țară. Propunem ca la acest articol să fie în continuare această excepție, cum este și în cazul livrării prin curier.

Prin poștă nu se poate trimite un concentrator. Solicităm ca, durata prescripției pentru pacienții cu BPOC să aibă valabilitate 12 luni. BPOC- ul nu este o boală reversibilă, la fel și la insuficiență respiratorie cronică obstructivă și restrictivă. Dorim ca durata prescripției să fie de 12 luni în beneficiul pacientului și nu va mai trebui transportat câteodată cu ambulanța pentru a se trimite această prescripție.

Solicităm unificarea procedurilor de validare, raportare, facturare, contractare la nivelul caselor județene, sunt 43 de case de asigurări de sănătate, unde se aplică 43 de reguli.

Dorim ca raportările lunare să fie depuse exclusiv electronic. Solicităm eliminarea transmiterii de copii a documentelor justificative emise de către casele județene: decizii, taloane. Există în acest sens prevederi în Legea nr. 267/2021.

Pentru pacienții cu sindromul de apnee în somn de tip obstructiv, central și mixt în formă medie sau severă propunem să poată beneficia de decontare prin închirierea dispozitivelor tip CPAP- BIPAP.

Șoferii profesioniști și șoferii care utilizează un autoturism de companie vor trebui să facă aceste evaluări și dacă pacientul prezintă sindromul de apnee în somn, ca să își mențină permisul de conducere va trebui să facă dovada că este în tratament și nu este corect ca ei să își plătească tratamentul.

Solicităm ca pacienții care necesită reînnoirea prescripției sau chiar inițierea terapiei cu oxigen să poată beneficia de recomandare și de la medicii de medicină internă.

În perioada pandemiei, medicii pneumologi, cei care prescriu pentru pacienții cu afecțiuni respiratorii au fost în linia întâi și pacienții cronici dependenți de oxigen nu au avut acces la tratament.

În situația în care pacientul nu ajunge la timp să își depună documentele pentru reînnoirea deciziei și are o perioadă neacoperită în schema de tratament, în momentul în care obține o altă decizie, suntem obligați să raportăm acea decizie cu discontinuitate în 72 de ore.

Solicităm ca decontarea acestei decizii să fie posibilă cu data emiterii deciziei pentru ca acel pacient să nu întrerupă tratamentul în această perioadă.

Să revenim la raportarea taloanelor după perioada de expirare cum era înainte de Iulie 2021 pentru a evita sau a elimina raportările pentru pacienții decedați.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ** - vă rugăm să transmiteți propunerile dumneavoastră către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în scris.

Ele nu pot face obiectul acestor două proiecte de acte normative, dar vor fi analizate cu ocazia următoarelor acte normative. O parte dintre ele țin de aplicarea neunitară a prevederilor la nivelul caselor de asigurări de sănătate, Casa Națională de Asigurări de Sănătate trimițând și circulare caselor de asigurări de sănătate în acest sens. Propunerile vor fi analizate odată cu reconfigurarea următorului pachet. Nu am putut să facem acum decât modificările punctuale ce se vor aplica începând cu 1 aprilie.

Acest domeniu de asistență nu a fost vizat pentru proiectele de acte normative supuse dezbaterii publice.

**Domnul Viorel Roman** - trei solicitări de care ne-am bucura să țineți cont și să finalizăm:

Eliminarea copiei după recomandarea medicală la o decizie emisă. În cazul unui control, casa de asigurări de sănătate îmi solicită o copie după recomandarea medicală.

Decizia a fost emisă de către casa de asigurări de sănătate în baza unei recomandări medicale. Casa județeană are obligația ca în momentul în care emit o decizie pentru un pacient să atașeze și o copie după aceasta recomandare, lucru care nu se întâmplă și atunci vinovat este furnizorul că nu s-a asigurat să aibă o copie după recomandare.

Pacientul lasă ambele exemplare la casa județeană și nu mai are alt exemplar și nu putem intra în posesia acelei recomandări.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ** – Aș avea rugămintea din nou să ne transmiteți solicitările și să definitivăm discuția pentru următoarele acte normative.

**Domnul Viorel Roman**

Ceea ce v-am transmis acum le-am trimis și pe mail-ul din adresa dumneavoastră și le aveți, dar dacă trebuie le mai retrimitem încă o dată. Vă mulțumesc!

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ** –o invităm pe Doamna Cristina Pavel - Președintele Asociației Farmaciilor Independente Ethica

**Doamna Cristina Pavel - Președintele Asociației Farmaciilor Independente Ethica**

Bună ziua,

Aș vrea să punctez trei lucruri astăzi. Primul ar fi legat de aprobarea în anul 2021 a Ordinului nr. 2382, de către ministrul sănătății prin care s-a definit nomenclatorul de servicii farmaceutice și metodologia de realizare și implementare a acestora și ca urmare, considerăm oportun ca farmaciile să fie redefinite nu cum este acum, ca furnizor de medicamente, ci și ca furnizor de servicii farmaceutice și în acest sens, în tot acest context pandemic e foarte important de menționat rolul farmaciilor în a educa populația. Și în prevenție ne-am dori cât mai curând să apară o anexă în care să clarifice modul de implementare a acestor servicii în ce privește relația cu casa de asigurări de sănătate.

Al doilea lucru pe care aş vrea să îl punctez sunt termenele de plată ale farmaciilor în acest moment în relație cu casa de asigurări de sănătate care sunt în principiu defavorizate, termenele de plată ale farmaciilor sunt între cele mai extinse ale furnizorilor din acest moment care se află în relație cu casa de asigurări de sănătate, plus de asta punctăm încă o dată necesitatea eliminării acelei sintagme „bun de plată” care mai întârzie termenele de plată actuale cu încă 30 de zile și asupra căreia nu avem niciun control.

Ne dorim să existe uniformizarea acestor termene de plată către toți furnizorii.

Salutăm în acest sens art. 193 care vine cu modificări în acest sens, dar pe care dorim să fie preluat în toate sintagmele din norme și Contractul-cadru astfel încât să nu există nici un fel de contradicție cu art. 155 existent în acest moment.

De asemenea, am făcut și niște propuneri legate de termenele de verificare a prescripțiilor medicale care în acest moment sunt sub formă de nu mai mult de 30 de zile. Noi am făcut niște propuneri clare de verificare a acestor prescripții medicale, 30 de zile totuși este mult din momentul raportării și iarăși întârzie momentul efectuării plăților către furnizorii de medicamente în acest moment.

O a treia propunere cu care venim către dumneavoastră este legată de faptul că prin art. 7 litera a) la Anexa 37 din norme, furnizorii de medicamente sunt obligați să verifice calitatea de asigurat a pacienților în platforma PIAS a casei de asigurări de sănătate.

În acest moment această calitate de asigurat poate fi verificată în platforma PIAS în baza CNP-ului pacientului, CNP pe care farmaciile nu dispun, de această dată, la momentul în care pacientul se prezintă în farmacie pentru ridicarea prescripției. Menționăm că pe prescripția de medicamente este specificat CID-ul pacientului, pe cardul de sănătate este specificat CID-ul pacientului, pe nici un act cu care pacientul are obligația să se prezinte în farmacie nu este menționat CNP-ul, astfel încât farmaciile se văd, în nenumărate rânduri, în situația de a li se imputa rețete pentru că nu reușesc să își îndeplinească această obligație în lipsa CNP-ului.

De aceea, venim către dumneavoastră cu rugămintea de a modifica acea platformă încât verificarea să se poată face atât în baza CID-ului cât și în baza CNP-ului pacienților, pentru că altfel ne vedem în situația de a nu putea îndeplini acea obligație care devine abuzivă și în acest mod ni se impută lună de lună rețete pentru care nu putem să avem niciun control al calității de asigurat al pacientului. Vă mulțumesc foarte mult.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ** – urmează Domnul Dorin Dumitru – manager Homecare - furnizor dispozitive medicale LINDE GAZ ROMANIA SRL

**Domnul Dorin Dumitru – manager Homecare - furnizor dispozitive medicale LINDE GAZ ROMANIA SRL**

Bună ziua,

Aș vrea să mai reiterez aspectele expuse de colegul Viorel Roman și să țineți cont de propunerile noastre pentru că sunt niște propuneri reale și creează probleme atât pentru noi, cât și pentru casele de asigurări de sănătate, dar și pentru pacienți. Nu are rost să le expun încă o dată, dar aderăm la ceea ce a spus colegul nostru și vă rugăm să țineți cont.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ** – îl invităm pe Domnul Ovidiu Dragomir - farmacist

**Domnul Ovidiu Dragomir - farmacist**

Bună ziua,

Colegii mei au spus propunerile noastre și o să cedez cuvântul următorului interlocutor. Mulțumesc mult!

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ** –il invităm pe domnul VIRGIL POP – Centrul Medical ARSMED S.A.

## **VIRGIL POP – Centrul Medical ARSMED S.A.**

Referitor la contractul aparte care se va face pentru bazele de tratament, recuperare medicală în bazele de tratament:

Textul Proiectului de norme nu este foarte explicit: acolo unde baza de tratament se află în aceeași structură cu cabinetele medicale, în aceeași clădire, în aceeași unitate, medicii din cabinetele de recuperare pot să supravegheze activitatea bazei. Acolo unde, însă, aceste baze de tratament nu au și cabinete medicale, furnizorul de servicii medicale de specialitate trebuie să-și asigure și prezența unui medic de specialitate, ceea ce este corect.

În situația în care și cabinetele și baza de tratament sunt în aceeași locație, ar trebui să apară o prevedere care să clarifice, să nu blocăm un medic doar pentru verificarea, supravegherea activității în baza de tratament.

Pe de altă parte, legat de prețurile tarifelor la serviciile de recuperare, ele sunt neactualizate de ani de zile, iar în ceea ce privește actualizarea lor, dacă nu se poate, să se procedeze la ceea ce s-a și pregătit ca acte normative premergătoare (Ordonanțe de Guvern) care se refereau la contribuția personală pentru aceste servicii. Mulțumesc frumos!

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Mulțumim frumos! Invităm pe domnul Dan Zaharescu, Director Executiv Asociația Română a Producătorilor Internaționali de Medicamente ”ARPIM”.

**Domnul Dan ZAHARESCU:** Sărut mâna, bună ziua! Ținând cont de faptul că suntem contracronometru, o să las partea de curtoazie de o parte și voi trece direct la subiect.

Documentul care a fost depus la Casa Națională de Asigurări de Sănătate cuprinde un tabel de concordanță în care am inclus comentarii și propuneri pentru acele părți din normele metodologice care nu au fost modificate și, deci, nu se regăsesc pe site.

Aceste propuneri pe care le facem considerăm că sunt relevante și se regăsesc într-un tabel de concordanță, așa cum spuneam, făcând referire la articolele din Ordinul 1068/627/2021.

Marea majoritate a propunerilor noastre se referă la decontarea din FNUASS a unor teste specifice, pentru alinierea cu protocoalele terapeutice pentru diverse boli, care au fost elaborate de Comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății, și aici voi face referire la decontarea din fond a testelor specifice pentru infecția tuberculoasă, pentru pacienții cu boală cronică inflamatorie intestinală, psoriazis sever în plăgi și artrită psoriazică așa cum menționam, deoarece protocoale terapeutice de prescriere a agenților biologici în boală cronică inflamatorie intestinală prevăd ca la inițierea terapiei biologice să se facă un screening infecțios, iar testele de identificare a infecției, până în acest moment nu sunt decontate din fondurile casei.

O altă zonă este boala cronică inflamatorie intestinală, testul de calprotectină fecală și acest test este recomandat de Comisiile de specialitate din Ministerul Sănătății și nu este decontat de casă. Nu este decontată secvențierea fish și PCR, detectarea aberațiilor genomice în cazul pacienților cu leucemie limfatică cronică, decontarea din fondul de asigurări de sănătate a analizelor specifice evaluării răspunsului la tratament pentru pacienții diagnosticați cu mielom multiplu, de asemenea includ posibilitatea de livrare la domiciliu, acesta fiind un aspect nou, a medicamentelor prescrise pentru asigurații cu boli cronice nedeplasabili din motive de invaliditate permanentă sau temporară și de asemenea ar mai fi niște teste care să fie decontate în cazul diabetului zaharat, teste care au fost menționate de domnul profesor Timar; iar în încheiere solicităm eliminarea

limitei de raportare și decontare a consultațiilor necesare prescrierii și administrării medicamentelor prevăzute în Tabelul 2 din anexa la Legea 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope. Luând în considerare faptul că în cazul medicamentelor prevăzute în Tabelul 2 din legea mai sus menționată privind Regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, conform reglementărilor legale în vigoare, considerăm necesar ca numărul de consultații necesare prescrierii și administrării să fie decontate în totalitate în baza posologiei din RCP și nu în limita de 90 puncte în medie pe zi, așa cum se procedează astăzi.

Deci, acestea sunt propunerile noastre. Așa cum spuneam, am depus un tabel de concordanță cu prevederi sau textul actului normativ din acest moment și exact locul unde să fie modificările propuse de noi.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Mulțumim frumos pentru propuneri, într-adevăr după această perioadă care necesită și implementarea efectivă a actelor normative ce intră în vigoare la 1 aprilie vom avea în vedere consultări și discuții cu comisiile de specialitate, astfel încât să mărim accesul pacienților la tratament și la diagnostic; testele pentru depistarea diabetului zaharat sunt deja introduse în proiect: hemoglobina glicozilată și testul de intoleranță orală la glucoză din pachetul de paraclinic va putea fi recomandată de la 1 aprilie numai la recomandarea medicilor de familie pentru pacienții asimptomatici, pentru depistarea pacienților cu diabet și prediabet. În legătură cu eliminarea limitelor de consultații nu există o asemenea limită pentru consultații (de 90 puncte pe zi), se face o corelare inexactă cu punctajul pentru serviciile conexe, dar înțelegem la ce vă referiți, la aceea prescripție de 5 zile pentru pacienții cu rețete TAB I, TAB II.

**Domnul Dan ZAHARESCU:** Exact

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Am reținut propunerile dumneavoastră, din punctul nostru de vedere pentru eliberarea prescripțiilor TAB I și TAB II, nu este necesar să se deconteze mai multe consultații, pentru că acest lucru reduce accesul celorlalți pacienți la servicii; bineînțeles și pentru un tratament mai bun cum spuneți și dumneavoastră, toate aceste propuneri vor fi reanalizate pentru următoarele acte normative și vă mulțumesc frumos pentru interesul acordat asiguraților.

**Domnul Dan ZAHARESCU:** Și noi vă mulțumim pentru înțelegere!

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Urmează domnul Lucian Băbâi, Vicepreședinte interimar Asociația Patronală a Producătorilor, Importatorilor și Furnizorilor Dispozitive Medicale din România.

**Domnul Lucian Băbâi:** Bună ziua, înainte de toate aș dori să vă mulțumesc pentru că ați organizat această dezbatere publică, o să trec direct la două probleme pe care le-am subliniat și vi le-am transmis și în scris, una este mai mult de formă decât de fond, și aici mă refer la rugămintea de a corela articolul 6 alineatul 3 din Anexa 39 cu articolul 9 alineatul 1 din Anexa 40, care este contractul de furnizare de dispozitive medicale și anume eliminarea din Anexa 40 articolul 9 a cuvântului „în original” la taloane.

La ultima negociere am căzut de comun acord și casa a fost de acord cu trecerea către o soluție de transmitere a documentelor în format electronic, în schimb, cred că dintr-o omisiune în contract a rămas în continuare cuvântul ”în original”. Casele ne cer în continuare taloane în original, pe care nu avem cum să le trimitem electronic. Acesta ar fi un aspect, pe care noi considerăm că este o chestie de formă și poate fi corectată cât mai repede, și un al doilea aspect foarte important, dar de data asta de fond este propunerea noastră de a elimina limitarea modificării prețurilor de vânzare cu amănuntul pe perioada de valabilitate a prețului de referință. Acest lucru se regăsește în Hotărârea de Guvern 696/2021 la articolul 164, litera f). Acest aspect a creat două inconveniente imense. În concret, există situații în care prețurile noastre de vânzare sunt mai mici sau mai mari cu câțiva bănuți, e vorba de ordinul, nu știu 5, 10, 15 bani.



În cazul în care prețul nostru este mai mare decât prețul de referință cu câțiva bănuți suntem în situația în care efectiv nu putem face dovada că am încasat de la asigurat acești bănuți, nu au cum să ni-i dea mai ales la dispozitivele care sunt transmise prin poștă, prin curierat ne costă mai mult taxa de încasare ramburs decât diferența pe care ar avea-o de plătit pacientul. Din punct de vedere economic, din punct de vedere al business-ului, oricând am putea să renunțăm la această diferență și să reducem prețul astfel încât să cădem pe prețul de referință, să nu fie nevoie de atâta hârțogăraie.

În cazul seturilor, toată această diferență de câțiva bănuți face ca pacientul să beneficieze cu un dispozitiv mai puțin bun decât înainte din cauză că nu putem livra 0,94% dintr-o pungă de colostomie sau dintr-un dispozitiv pentru tratamentul incontinenței urinare. Asta ar fi un aspect foarte important, iar al doilea aspect de care nu s-a ținut cont la momentul când s-a luat această decizie și nu ne gândeam că vom ajunge în situația asta, sunt dispozitivele la comandă, dacă la acele dispozitive unde poți să îți faci stocuri și să faci o previziune despre ce cantitate vei livra, în cazul dispozitivelor la comandă acest lucru nu este valabil.

Am să vă dau doar un exemplu: dacă la momentul când s-a introdus această propoziție în Hotărârea de Guvern curentul electric era la 340 lei mega watt-ul, acum este 960 lei. Dispozitivele la comandă folosesc în proporție covârșitoare sau utilizează în procesul de fabricație curentul, deci este imposibil să susții prețurile actuale fără să faci modificări și se va ajunge ca aceste dispozitive încet-încet să nu mai fie în contract cu casa de asigurări de sănătate și atunci pacienții nu o să mai aibă acces la aceste dispozitive medicale pe măsură individuală, proteze, orteze, corsete și așa mai departe, pentru că nu mai sunt sustenabile din punct de vedere economic.

Și nu putem aștepta încă un an jumate ca să vedem, ok, ce va fi peste un an jumate, se va ajunge ca să nu mai avem în contract proteze, ca să dau un exemplu, pentru pacienții care au nevoie de asemenea dispozitive. Bine, asta sunt cele două aspecte și vă mulțumesc frumos că m-ați ascultat.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Mulțumim frumos, avem rugămintea să ne transmiteți o propunere și pentru acei câțiva bănuți la care să se renunțe și pentru o eventuală propunere de act normativ, chiar ne-ar fi de folos pentru anul viitor.

**Domnul Lucian Băbâi:** Există depusă deja o propunere, este înregistrată la dumneavoastră.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Ar fi de folos punctual și o propunere concretă cu acei câțiva bănuți, de precizat exact câți.

**Domnul Lucian Băbâi:** Da, da.

**Doamna DIRECTOR Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Mulțumim frumos.

**Domnul Lucian Băbâi:** Depinde de la furnizor la furnizor.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Asta nu poate să fie în norme, trebuie să fie exact o sumă la care să se renunțe pentru a veni în ajutorul dumneavoastră, avem nevoie de o propunere punctuală și știu că dumneavoastră puteți să luați legătura și să aveți o propunere unitară.

**Domnul Lucian Băbâi:** Ok, o să facem și o să trimitem. Mulțumesc.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Mulțumim! Invităm pe Dl. Profesor Gabriel Mircescu - Societatea Română de Nefrologie,

Bună ziua!

**Dl. Gabriel Mircescu:** Sărut mâinile, mă auziți?

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Da, vă auzim.

**Dr. Gabriel Mircescu:** Vă mulțumesc că ați acceptat participarea mea, ceea ce am intenționat în propunerile noastre este de fapt o modificare de fond, în sensul că patologia nefrologică cea mai frecventă este boală cronică de rinichi, care în majoritatea situațiilor poate beneficia de tratament ambulatoriu. În situația în care, în momentul acesta, sunt circa 400 de nefrologi în România, iar prevalența bolii cronice de rinichi la populația adultă este undeva la 13%, deci sunt în jur de un milion de persoane care au boală cronică de rinichi, ar trebui să fie preponderent tratament în ambulatoriu împărțit între medici de familie și nefrologi.

Noi am propus modificarea pentru medicina de ambulatoriu. În practica de medicină de familie, propunem modificarea clasificării bolii cronice de rinichi în funcție de gradele de risc, ceea ce permite o mult mai bună alocare a serviciilor. Practic, asta definește foarte clar ce categorie de pacienți intră în sarcina medicilor de familie și ce categorie de pacienți intră în sarcina nefrologilor. În al doilea rând, în documentele actuale, și am făcut propuneri în acest sens, sunt unele informații redundante; la momentul acesta, ideea de insuficiență renală nu mai există, a fost înlocuită cu cea de boală cronică de rinichi, și de aceea am propus modificări în diverse definiții ale insuficienței renale cu boală cronică de rinichi.

În al treilea rând, din cauză că ambulatoriul de specialitate de nefrologie este deficitar, am încercat să facem niște pachete de servicii care să fie particularizate în diverse categorii de probleme pe care le au pacienții cu boală cronică de rinichi, am făcut și niște evaluări în termen de costuri ale acestor pachete și după analiză rezultă că prin aplicarea acestor pachete se pot obține economii foarte importante prin reducerea numărului de spitalizări. Acum, în timpul discuțiilor de până acum, m-am uitat și eu pe felul cum s-au reflectat propunerile în actul normativ și poate că din cauză că nu am fost eu suficient de abil, dar nu am reușit să le regăsesc. E real ceea ce spun?

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Domnule profesor, aș vrea să fiu sigură că înțeleg. Dumneavoastră în calitate de vicepreședinte al societății, înțeleg că aveți o legătură strânsă și cu comisia de la nivelul Ministerului Sănătății?

**Dr. Gabriel Mircescu:** Da, propunerile au venit prin Comisia de Nefrologie.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Înțeleg că aveți o legătură foarte strânsă și cu comisia de medicină de familie, domeniul unde vreți să modificăm.

**Dr. Gabriel Mircescu:** Deci, ceea ce am scris pe hârtie acolo este ca urmare și în urma discuțiilor pe care le-am avut cu Societatea de Medicină de familie și este a doua oară când încercăm să promovăm documentul ăsta pentru că l-am trimis și la solicitările anterioare și nici acolo nu am avut răspuns. Au fost analizate și vi s-au părut viabile? Pentru că eu, în modificări propun chestia asta, vrem să le îndreptăm.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Îmi cer scuze, domnule profesor, sigur că da, noi ne propunem ca pentru anul următor să modificăm și prevederile de la managementul de caz, inclusiv pe partea de boală cronică renală și să scrie mai scurt, sintetic, în sensul că apreciem că ar fi potrivit să facem trimitere către ghidurile de diagnostic și tratament.

**Dr. Gabriel Mircescu:** Acum, voiam să vă mai pun o întrebare! Vă dați seama că în situația în care susținem schimbările astea care, așa cum zic sunt propuneri, presupune un volum mare de muncă. Vă exprimați acordul sau ați susține ideea asta de a ne îndrepta mai mult spre ambulatoriu după niște criterii precise prin modificare de ghiduri, de protocoale în direcția asta, ca să știm dacă mai lucrăm sau nu mai lucrăm în direcția asta.

Deci, ideea ar fi să intensificăm sau să creăm mijloacele prin care ambulatoriul să asigure cea mai mare parte a serviciilor în domeniul ăsta, al bolii cronice de rinichi.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Categorie, unul dintre obiectivele strategiei naționale pentru sănătate în perioada următoare este de inversare a piramidei serviciilor cu scăderea necesarului de servicii în spitalizare continuă și orientarea pacientului către medicina de familie și ambulatoriul de specialitate, tocmai de aceea îmbogățim pachetul cu servicii diagnostice, terapeutice care pot fi realizate la nivelul medicinei de familie și a ambulatoriului de specialitate. Ne propunem pentru perioada următoare acest lucru și evident orice modificare necesară pentru tratarea în siguranță a pacientului o vom analiza. La aceste niveluri sunt binevenite propunerile, iar noi o să avem o colaborare strânsă și cu comisiile de specialitate și cu Colegiul Medicilor, pe toate domeniile.

**Dl. Gabriel Mircescu:** Ok.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Mulțumim frumos!

**Dl. Gabriel Mircescu:** Vreau să vă mai pun o întrebare și cu asta închei. V-ați uitat cumva pe documentația aia? A intrat într-o analiză oarecare?

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Toate propunerile au fost analizate, numai că ele vor intra pe parcurs în aplicare, pentru că, deocamdată, au fost operate numai modificări punctuale și aplicat. Mulțumim frumos, domnule profesor!

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** invită la discuții pe doamna ec. Tescoi Alina Mariana-Manager, doamna dr. Mirea Andrada-Director Medical, Iubis Oana Carmen consilier juridic de la Centrul National Clinic de Recuperare Neuropsihomotorie Copii” Dr. Nicolae Robănescu” – *(nu răspund invitației)*.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** invită la discuții pe domnul pe domnul dr. Pantea Valentin – *(nu răspunde invitației)*.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** invită la discuții pe domnul Boițan Marius, Asociația Națională a Laringectomizaților Total din Romania - nu răspunde invitației.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** dacă Centrul National Clinic de Recuperare Neuropsihomotorie Copii” Dr. Nicolae Robănescu” nu reușește să deblocheze microfonul, invităm pe domnul Ovidiu Tene de la Sanador S.R.L

**Domnul Ovidiu Tene:** Bună ziua dumneavoastră și invitațiilor dumneavoastră, noi avem două observații destul de scurte ca întindere:

Prima se referă la conținutul contractului cadru, respectiv art. 72. Mă refer la limitarea dată de alin. (8) al art. 72 în ceea ce privește posibilitatea ca medicii de paraclinic să intre practic în relație cu casele în baza unui singur contract, ținând cont de deficitul major de personal inclusiv în sectorul paraclinic unde treburile se cronicizează destul de mult, credem că a venit momentul unei atitudini mai laxe din partea CNAS și a CAS Județene și așa cum am mai propus în trecut, am dori să existe posibilitatea ca un medic de paraclinic să poată să intre în două contracte, altfel necesarul de servicii nu va putea fi acoperit. Problema comisiilor județene care stabilesc acest necesar și comisiile comune care dau deciziile în specialitățile deficitare nu se rezolvă doar cu o decizie de casă. Credem că trebuie să se deschidă această reglementare de la nivelul Co-ca a art.72.

O a doua problemă pe care vreau să o supun atenției se referă la conținutul normelor, la conținutul ordinului, și mai degrabă aș merge pe anexele 23 mai exact cele 3 documente de la 23 lit.E și din cele 3 am în atenție conținutul devizului estimat și conținutul devizului final pe care pacientul îl primește ca urmare a suportării contribuției personale. În cuprinsul acestor documente considerăm că există o tendință excesivă de

reglementare la nivelul prețurilor unitare, dacă pentru medicamente lucrurile sunt oarecum uniformizate prin existența unor prețuri de referință, în ceea ce privește materialele sanitare lucrurile se complică un pic. De asemenea, poate la CNAS nu cred că a ajuns această informație, așa vrea să vă anunț că cel puțin o rubrică din cele două documente în al doilea an de aplicare nu poate fi încărcată și mă refer aici la cheltuielile indirecte. Furnizorii de servicii medicale de spitalizare continuă acuți care percep contribuție personală încarcă în PIAS, iar acel câmp în PIAS nu poate fi completat. Pe lângă aceste dificultăți de ordin practice, de ordin tehnic se ridică și întrebarea legată de utilitatea acestor secțiuni. Vă mulțumesc!

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Mulțumim pentru propuneri, între timp de la Centrul Robănescu este cineva?

**Centrul National Clinic de Recuperare Neuropsihomotorie Copii "Dr. Nicolae Robănescu"** - Buna ziua, am reușit să ne conectăm, ne auziți?

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Vă rugăm să luați cuvântul.

**Centrul Robănescu:** Vă mulțumesc frumos! Noi avem o problemă pe care tot am sesizat-o atât la dumneavoastră, la Colegiul Medicilor, cât și la Ministerul Sănătății pentru că considerăm că este o problemă care trebuie rezolvată de mai multe instituții ale statului dar țin să precizez și acum, așa vrea dacă se poate stipula în proiectul de contract cu casa ca medicul încadrat cu funcție de bază cu normă întreagă la un spital de stat să poată contracta cu casa de asigurări pentru servicii indiferent dacă acesta lucrează la un spital privat. Noi am pierdut foarte mult pentru că medicul de radiologie a optat să contracteze la privat cu casa de asigurări unde lucrează doar cu jumătate de normă iar noi am rămas descoperiți pentru că acolo unde este încadrat cu normă întreagă cu program întreg a refuzat să contracteze cu casa. M-ați auzit?

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** V-am auzit. Mai aveți și alte propuneri? Timpul dumneavoastră nu s-a terminat.

**Centrul Robănescu:** Este problema de care ne-am lovit și cu care ne confruntăm zi de zi și ne este teamă la următoarea contractare anul acesta, pentru că o să se întâmple același lucru, din nefericire medicul este o profesie liberală, zic din nefericire că pentru noi așa este, nu optează să contracteze cu casa în spitalul nostru și în continuare își alege privatul iar noi suntem în continuare fără nici o putere și nu avem ce să facem. Nu știu dacă este de competența dumneavoastră, eu am zis să detaliez acest lucru și am făcut adrese scrise atât la casa de asigurări, cât și la Colegiul Medicilor și la Ministerul Sănătății și nimeni nu ia nici o decizie și spitalul de stat este defavorizat încă o dată în fața spitalului privat.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Așa cum vi s-a răspuns și în adresă și așa cum ați spus și dumneavoastră medicina este o profesie liberală și nu putem obliga medicul să aleagă sistemul public sau privat.

**Centrul Robănescu:** Bună ziua, îmi cer scuze că intervin și vreau să fiu rapidă. Sunt dr. Mirea, Director Medical, dar se poate schimba oare legea să se pună încă o jumătate de normă în contractul cu casa și în spitalul nostru, astfel va fi o normă întreagă în contractul cu casa deci nu va depăși o normă întreagă, dar să ne permită și nouă să o contractăm cu casa pe jumătate de normă. Mulțumesc!

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Urmează domnul **Conf. Univ. dr. Adrian Bighea - Societatea Română de Reabilitare Medicală.**

**Domnul Conf. Univ. dr. Adrian Bighea:** Bună ziua, mulțumesc pentru această ocazie, nu au trecut chiar multe zile de când am stat față în față tot cu reprezentanții CNAS și am lămurit o mulțime de probleme, unele datând de mulți ani, în principiu am primit și informații referitor la cele pe care nu le am putut rezolva în acest moment cu speranța că vor fi rezolvate în viitor, o să îmi permiteți totuși să aduc în discuție acest tarif în lei pentru procedurile care se fac în bazele de tratament care este foarte mic 7 lei, respectiv 10 lei / procedură, este un preț foarte, foarte mic, preț care nu a fost actualizat de foarte multă vreme și a fost mic de la început, sperăm că cel puțin pentru perioada care urmează după aprilie să se ia în considerare și acest aspect. Vreau să mulțumesc pentru eforturile depuse pentru a se îndrepta lucrurile în ceea ce ne privește după mulți ani în care ne-am zbatut uneori și alături de dumneavoastră, alteleori singuri am reușit să fim și noi apreciați așa cum era cazul ca o specialitate clinică și să trecem alături de celelalte specialități clinice, nu vreau să insist pe acest subiect așa cum s-a întâmplat și la negocieri, am ridicat o serie de probleme care țin de regulamentul de control în bazele de tratament și în cabinetele de consultații ale medicului de medicină fizică și de reabilitare mi s-a părut atunci că reprezentanții care au fost prezenți din partea CNAS nu aveau cunoștințe de practicile unor inspectori de la CASJ și am ridicat aceste probleme, una majoră fiind numărul mare de semnături pe o fișă de proceduri de a noastră care conține un număr de 4 proceduri/zi în 10 zile, deci 40 de proceduri distincte, ni se cere să fie semnată atât de pacient cât și de cel care o face astfel încât acea fișă ajunge să aibă 80 de semnături la sfârșitul unei serii de proceduri specifice pentru ca să fie considerată în regulă de către inspectorul care vine în control. Pentru că acest lucru nu este prevăzut nicăieri, considerăm că este o practică desuetă în anul 2022 și nu numai atât, dar suntem și în pandemie dacă semnăm și unul și altul de 80 de ori pe o fișă nu facem deloc bine, asta în condițiile în care singura prevedere care este prevăzută în contract și în norme este aceea că ziua de proceduri este validată cu cardul pacientului, și ca atare acest lucru se întâmplă. Pacientul își validează seria de proceduri cu cardul și vă solicităm ca în regulamentul de control să specificați acest lucru care să fie suficient pentru inspectorii dumneavoastră din teritoriu pentru validare, că până la urma de aceea s-a înființat cardul de sănătate ca să fie luat în seamă. Ce problemă aș mai vrea să vă ridic în același sens este să îmi confirmați dumneavoastră, dacă este legal ca inspectorul care vine în control să ne solicite nouă copii xerox după registrul de consultații, după fișele pacienților, după scrisorile medicale, după fișele de proceduri de medicină fizică și de reabilitare ale pacienților pe care să le bage în geantă și să plece cu ele nu știu unde, mai ales că este vorba de date medicale care presupun o confidențialitate între medic și pacient și la care nu știu dacă este chiar nevoie ca inspectorul să facă copii ca să plece cu ele, controlul se desfășoară de față cu noi în cabinet, după părerea noastră; dacă există cumva alte prevederi, vă rog să mă contraziceți. În același timp, revin la o problemă care a fost ridicată anterior, vreau să subscriu și eu la acele prevederi care cer taloane de pensii în original mai ales că, de ieri Casa Națională de Pensii a deschis posibilitatea pentru pensionari de a trimite prin email cuponul de pensie, pentru foarte mulți dintre pensionari nu va mai exista un original și trebuie să țineți seama de acest lucru și nu să se mai ceară originalul. Nu aș vrea să vă mai rețin cu altceva, restul problemelor noi le-am mai discutat, vă mulțumesc!

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Mulțumim și noi, și o invităm pe doamna Președinte al APAH-RO, doamna Marilena DEBU.

**Doamna Marilena DEBU:** Bună ziua, sper că mă auziți, vă mulțumim foarte mult, în primul rând propunerile noastre sunt cele pe care le am trimis și la finalul lunii august atunci când am avut posibilitatea să trimitem on-line mai multe propuneri, și fac referire la simplificarea procedurilor prin care pacienții cu hepatită pot fi chiar depistați și chiar stadializați într-o primă fază la nivel de medic de familie, în acest sens vă solicităm să găsiți o posibilitate legală prin care să revenim la posibilitatea medicilor de familie (ce a fost exclusă din 2015) ca în anumite situații specifice, bineînțeles cu reglementări date de către dvs, să se poată face anumite teste de laborator în cabinetul medicului de familie și insistăm pe această situație întrucât pe perioada pandemiei am întâlnit nenumărați pacienți care nu au mai ajuns la spital să își facă verificări anuale pe care dacă le-ar fi putut face și mă refer la încărcătura virală, dacă medicul de familie ar fi avut această posibilitate în cabinetul medicului să îi recolteze la fața locului proba care să fie și decontată, este pentru că asta este o altă problemă pentru că

aceste analize sunt decontate doar pe spitalizarea de zi și solicităm să se găsească o cale de a simplifica lucrurile, nu este normal ca pacientul să ajungă în spital să facă o foaie de spitalizare de zi pentru o simplă încărcătură virală, este mult mai costisitor. În al doilea lucru, pentru pacienții care sunt depistați cu hepatită B și C și insistăm mai ales la pacienții cu hepatită C într-o primă fază medicul de familie ar putea să dea pentru acești pacienți doar pe pachetul de bază doar acestui pacient să își facă încărcătura virală. Aș vrea să accentuez că trebuie găsită o cale pentru pacienții neasigurați întrucât vorbim de o infecție, știți bine, am văzut ce s-a întâmplat în COVID, iar pe de altă parte România și-a asumat că va elimina hepatitele virale până în 2030, dacă nu găsim o cale pentru ca pacienții neasigurați să beneficieze de o evaluare anuală sau din când în când atunci când medicul lor curant gastroenterolog sau de boli infecțioase consideră necesar vă spun că situația mai devreme sau mai târziu va exploda și este păcat dacă nu facem nimic dacă nu stăpânim această infecție. Încă un lucru prin care îl cerem în mod direct este să găsiți o cale prin care să deconțați titlul de anticorpi HBS la anumite categorii de persoane mă refer aici la pacienții cu hemodializă, mă refer aici la copiii proveniți din mamă cu hepatită B și recunosc că personal întâmpin această problemă copilul meu e provenit din mamă cu hepatită B (eu sunt pacientă cu hepatită B) după 5 doze de vaccin nu am anticorpi protectivi pentru protecția împotriva virusului hepatic de tip B, întâlnim această situație nu pot să spun că așa de des, dar o întâlnim și cred că pentru a vedea eficiența clară a vaccinării la acești copii medicul de familie ar trebui să poată să prescrie acest tip de anticorpi. O altă analiză este albumina serică la pacienții cu diferite forme de hepatite cronice, știți bine că dacă ar fi dată la nivel de medic de familie ar ajuta foarte mult, ar ajuta pentru a putea urmări evoluția bolii și mai ales pentru a putea vedea momentul trecerii la o ciroză sau la un cancer hepatic și, bineînțeles, dozarea alfa-fotoproteinei, insistăm pe aceste analize și insistăm și pe ce v-am spus și prima dată că foarte mult poate simplifica procesul de monitorizare a pacientului, de asemenea, vă rugăm să luați în considerare că de foarte multe ori un pacient cu hepatită, mai ales cei care sunt pe terapia de lungă durată nu pot ști momentul când au trecut de la asigurați la neasigurați, pot fi situații în care angajatorul să nu le plătească dările la stat și ei să nu știe și în acest sens vă rugăm să găsiți o cale de a simplifica de a ajuta acești pacienți să nu fie puși în situația de a întrerupe terapia antivirală, în această perioadă foarte mulți și-au pierdut locurile de muncă și insistăm pe acest aspect vă mulțumim.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Mulțumim și noi pentru propuneri, reiterez faptul că vom avea o colaborare strânsă cu Comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății care pot înainta astfel de propuneri pentru depistarea precoce a unor complicații și pentru prevenirea degradării acestor pacienți pe care dorim să îi menținem cât mai aproape de starea de sănătate.

**Doamna Marilena DEBU:** Noi am făcut aceste propuneri pentru că sincer vă rugăm să aveți în vedere că este vorba de o boală infecțioasă și nu rezolvăm nimic dacă nu găsim o cale ca pacienților neasigurați să nu le facem această testare, vă spun sincer că avem în acest moment testarea la medicul de familie dar unii medici se tem să testeze deși există o reglementare din 2018, întrucât consideră că reglementarea este neclară și avem un ping pong între noi pacienții și medicii de familie și ne punem unii împotriva celorlalți deși sunt niște reglementări în vigoare.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Reiterez faptul că este necesară o colaborare cu Ministerul Sănătății care este și principala instituție responsabilă pe partea de prevenție și de screening.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** O să îl invit pe **domnul Președinte Cezar Irimia, FABC, APCR**, să ia cuvântul.

**Domnul Cezar Irimia:** Bună ziua tuturor, mulțumim pentru invitație și pentru dreptul la cuvânt, sunt întru totul de acord și susțin pe colega mea Marilena Debu, de la APAH-RO în ceea ce privește patologia oncologică, aici aș dori, dacă se poate bineînțeles, până la implementarea Planului Național de Control al cancerului, decontarea tuturor formelor de radioterapie, asta am mai discutat cu doamna președinte, și a fost deschisă la

această propunere, dar ceea ce ne doare cel mai tare este faptul că nu se decontează în sistemul privat chirurgia care, de multe ori poate fi curativă, așa cum chimioterapia și radioterapia sunt decontate, o parte din radioterapie stat – privat, ne-am dori ca și chirurgie oncologică să fie decontată la fel cu celelalte două terapii amintite anterior. De ce spun asta, deoarece mulți pacienți pierd lupta cu boala pentru că în privat nu își permit să meargă să se opereze, iar la stat, când sunt programați ajung mult prea târziu sau nu mai ajung deloc. Știi bine că avem probleme și cu diagnosticarea, durează patru, cinci, șase luni pentru cancerule bronhopulmonare și aici trebuie făcute reglementări clare, dar sperăm că între-o colaborare pe care o avem de fapt permanent cu casa să facem lumină și în această probleme cu care ne confruntăm. A mai fost ridicată problema coplății aici, o doamnă de la Râmnicu Vâlcea, dacă nu mă înșel de la DSP, noi ne-am cam saturat pentru această dublă taxare, o dată ce ne ia statul bani pentru asigurări de sănătate, cu care suntem de acord bineînțeles, chiar am spus că e un procent mic față de nevoile noastre, mai plătim, mai dăm bani și în această coplată, de aici derivă trebui să facem contract de asigurări individual, este o temă viitoare pentru că așa știi de ce beneficiem și de ce nu beneficiem, nu știu ce să zicem, acum beneficiem de toate și nu beneficiem de nimic. Lucrurile trebuie făcute clare, pentru că altfel vor fi permanent tensiuni și atunci clar că și relația cu medicii noștri, pe care-i respectăm, subliniez îi respectăm foarte mult, va fi una tensionată, din cauza lipsei reglementărilor din sistemul de sănătate public.

Cam atât am avut de spus, încă o dată vă mulțumim foarte mult pentru deschidere și invitație. Bună ziua!

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Vă mulțumim și noi! Îi dau cuvântul domnului **Andrei Reurean Pintilei, președintele Asociației pentru Consiliere și Educație în Sănătate.**

**Domnul Andrei Reurean Pintilei:** Bună ziua, mulțumim pentru această dezbateră și pentru invitație, așa cum a precizat și domnul profesor Timar, majoritatea propunerilor noastre au fost adoptate și deci am văzut în ultima formă de propunere de norme că au suferit modificări. Aș insista puțin pe un aspect, la punctul 9 la hemoglobina glicozilată, care poate fi recomandată de către medicul de familie în cadrul programului de prevenție, se face referire că se recomandă în cadrul PNS 5, ea va fi decontată în cadrul Programului Național și doar se transmite la laboratoare pentru că, spun că aceste investigații pot fi recomandate de către medicii de familie pentru pacienții asimptomatici de orice vârstă în cadrul serviciilor medicale de prevenție. Acum, laboratoarele acestea care lucrează pe PNS, și s-ar putea ca rezultatele scontate din aceste teste să nu fie cele la care ne așteptăm, poate ar fi ok de corelat puțin aici punctul 9 cu 142, 143, 144.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Acum dați-mi voie să vă spun cum am gândit. Pentru pacienții asimptomatici, ei nu știu că au afecțiunea, dar au niște factori de risc iar medicii de familie pot recomanda hemoglobina glicozilată, de exemplu, care poate să fie făcută de orice laborator, nu numai de acelea care sunt incluse în programul național de sănătate. Din program se decontează numai atunci când investigația este recomandată pentru urmărirea cazului deja diagnosticat.

**Domnul Andrei Reurean Pintilei:** Ok, ok, am înțeles ce spuneți. Încă 2 propuneri.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Deci accesul este neîngrădit.

**Domnul Andrei Reurean Pintilei:** Ok, în schimb avem o problemă cu partea de laboratoare, știu că unii așteaptă un bilet de trimitere, iar alții separat, spun că nu au fonduri, să nu îngrădăm acolo accesul asiguraților, pacienților. Aceasta era observația noastră, ar mai fi încă două legate de proceduri de diagnostic Anexa 7, litera b), cum s-a mai precizat înainte, să se introducă educație specifică pentru că nu orice specialitate care există, teoretic, are parte de educație specifică pe care o poate face medicul sau, nu știu un asistent care este pregătit pentru aceasta sau pe parte de diabet, poate să vină un nutriționist acreditat dar este nevoie, pentru că vorbim strict de pacienți de diabet. Eu am lucrat în ultima perioadă mai multe, există aceste sincope în măsurarea carbohidraților, în dozarea insulinei, în tehnica de injectare și aceste valori se fac în special la debut. Când pacientul vine și nu știe exact ce l-a lovit și atunci, ar avea nevoie poate de această consiliere, ea se face teoretic într-un timp în care consultația de 15 minute, nu prea pot să îi spui unui pacient în momentul ăsta a ieșit diabet,

faci patru injecții pe zi, uite așa trebuie să le faci. Nu ajunge fizic, ar fi ok dacă ar exista un serviciu suplimentar, dar ca un serviciu, nu neapărat conex, ci ca o procedură terapeutică. Și ar mai fi în continuare și acest serviciu de educație nutrițională, pe care noi o vedem cumva ca un serviciu conex în mai multe specialități, cum este și consilierea psihologică. Cam atât, mulțumesc foarte mult!

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Mulțumim și noi! Din partea organizației dumneavoastră mai vorbește și doamna Vasilica Macarie, director Programe, sau trecem mai departe?

**Domnul Andrei Reurean Pintilei:** Nu o să reușească să ajungă!

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** E în regulă, mulțumesc!

Cred că a reușit să se conecteze domnul doctor Pantea. Am reușit să identificăm numele cu care s-a conectat. Domnul doctor Pantea mă auziți, vă rog?

**Domnul Pantea Valentin:** Da, vă aud, mulțumesc sărut mâinile, am reușit și eu să mai intru încă o dată în contact cu dumneavoastră. Deci, sunt Valentin Pantea, medic de medicină primară și de familie în Bicăcel, la țară, în Bihor, și vreau să încep să vă spun că, din păcate pentru mine, ca medic de țară practician, întregul contract-cadru este tot mai stufos și a fost tot mai încărcat de la un an la altul. Dacă la început contractul cadru era pe 10 pagini, acum este nevoie de peste 1000 de pagini pentru a fi printat. Repet sunt medic practician, fac medicină la țară, mi-e greu să citesc 80 de pagini, mi-e greu să le pricep, nu sunt jurist, de multe ori am nevoie să ceară ajutorul unui jurist să îmi spună, nu cred că e normal, eu ca un medic să îmi bat capul cu astfel de probleme, eu sunt medic și atât. Pentru că suntem în Uniunea Europeană eu, unu, mi-aș dori, visez frumos la modelul european, un contract de tip european cu accentul pus pe serviciu medical, nu mi se pare normal, moral, pare jignitor ca munca mea de medic de familie să fie plătită cu sub 25 lei. E mult sub alte plăți pentru alte de servicii nemedicale, piața liberă are alte prețuri.

E jenant să spun cuiva că eu pentru un consult medical primesc sub 25 lei de consult, așa și dacă tot suntem la partea financiară mă bucur să văd că în ultimul draft de contract apare sintagma ”venit minim garantat”, este un lucru pozitiv, vreau să menționez și o să spun de ce, pentru că eu ca manager de cabinet, pentru că sunt și manager de cabinet, n-am ce face, nu am ce necesar să știu, am nevoie să știu pe ce mă pot baza pe viitor, să pot să fac planul de investiție, aș mai menționa aicea, o problemă, un contract stufos cu foarte multe pagini, ne omoară birocrația.

În cabinet avem foarte multe hârtii de făcut, foarte multă birocrație. Colegii mei știu, că și ei au menționat, și ei sunt cu ideea, dar ca orice birocrație, în pas concret, am putea printa trimeri medicale direct pe hârtie A4 fără atâtea formulare. Ținând cont de aceste acțiuni, le încărcăm în sistem și le raportăm on line, nu cred că avem o problemă, cred că pe hârtia printată putem pune ștampila, parafa, pentru a le oficializa. Să trec mai departe, pentru că timpul zboară, altă idee, pentru plata serviciilor naționale de diagnostic să fie un alt buget. Nu mi se pare corect ca, în același buget să se introducă servicii noi, pentru că ne trezim că vom munci mai mult pentru același buget, adică vom scădea valoarea serviciului medical.

Altă idee, știm foarte bine, că nu sunt medici de familie la țară, în special la țară, e un subiect recunoscut pentru că asta e situația, asta e realitatea. De ce sistemul medical nu încurajează medicii tineri să plece la țară, nu este un sistem medical motivant pentru tineri de a lucra la țară.

Ca medic la țară, pot să vă spun că am surprins să văd că mi-au tăiat din sporul de rural, acum câțiva ani de zile, consistent din păcate și nu cred că e corect, ideea de a face în medicina de familie reconversie medicală a unor medici specialiști în jumătate de an, nu mi se pare fezabilă, pentru că dacă medicul tânăr nu merge la țară, întreb de ce ar merge la țară un alt specialist convertit în 6 luni de zile, la țară. De ce unul să meargă și celălalt ar merge. Cu ce îl poți motiva pe celălalt specialist, medic de familie, să meargă la țară.



Sigur și medicul de familie format 9-6 luni de zile va rămâne în oraș, unde sunt totuși medici de familie, nu va rămâne la țară.

Alt subiect foarte rapid, am avut un caz concret, pacienta a avut un șoc anafilactic, neînscrisă la mine. A venit, era deja prăbușită cu tahicardie, cu transpirații reci, abundente, cu edem glotic. Am salvat-o, cu Hemisuccinat și până a venit ambulanța, în 15 minute, a fost ok, a fost o chestie medicală foarte frumoasă, mi-a plăcut foarte mult cât am fost de eficient, dar din păcate, nu am primit nimic pentru munca asta. A fost o urgență reală, doamna pacient neînscrisă la mine, pe care am rezolvat-o, dar fără nici o plată concretă. Dacă îmi dați voie la final, feeling-ul meu este că medicina de familie nu este apreciată corect în România. Dacă în Europa se pune baza pe medicina de familie, în România nu se pune accent pe medicina de familie. Nu știu cine, sincer e un feeling personal, cineva o sabotează! Mulțumesc foarte mult pentru interes!

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Mulțumim și noi domnule doctor. Referitor la sporul de zonă sunt anumite criterii prevăzute de Ordinul 391/2015. Dacă aveți amabilitatea puteți înainta propuneri de modificare a acestuia. În legătură cu Contractul-cadru stufos așa cum este în prezent, este de menționat că ceea ce conține Contractul-cadru este prevăzut de Legea nr. 95/2006, exact ce anume trebuie să conțină. În ceea ce privește serviciile medicale, după cum ați văzut în draft-urile de pe site, au fost introduse și servicii medicale diagnostice terapeutice care pot fi realizate inclusiv în afara programului de lucru, la locul solicitării, la domiciliu, la cabinet. În draft-urile precedente ați văzut că erau prevăzute inclusiv decontarea supravegherii nașterii, decontarea supravegherii travaliului, a resuscitării cardio-respiratorii a pacientului. Dacă apreciați util pentru următorul Contract-cadru, vă rugăm să ne înaintați astfel de propuneri, de completat, pentru a cunoaște exact ce anume furnizați. Noi apreciem în mod deosebit munca medicilor de familie din mediul rural, această muncă practic scutește pacientul de a ajunge la spital, și sistemul de a plăti spitalizarea pacientului, niște cazuri de spitalizare evitabilă care nici nu ar trebui să ajungă la spital. Și vă mulțumim pentru propunerile pe care sperăm că ni le veți înainta pentru următoarele acte normative. Mulțumim frumos!

**Domnul Pantea Valentin:** Vă mulțumesc frumos!

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** o invităm să ia cuvântul pe Doamna doctor Raluca ZOIȚANU

**Doamna doctor Raluca ZOIȚANU**

Bună ziua, vă mulțumesc, cred, am văzut că sunt foarte mulți medici de familie, atunci o să le las și lor să spună multe dintre problemele acestui proiect, aceste două proiecte de modificare a Contractului Cadru și normelor, nu o să intru în foarte multe detalii, vreau să apreciez ceea ce a spus și reprezentanții pacienților, în special doamna Marilena Debu, referitor la hepatitele virale, care într-adevăr știți că este o cerere și a noastră, mai veche, de a permite recoltarea pentru laboratoare și în cabinetele medicilor de familie. Este un lucru care a fost scos din contract în 2015, interzis, și tot cerem să fie reintrodus, sigur într-o formă dorită și de CNAS pentru a nu exista probleme, și, de asemenea, accesul neasiguraților la servicii, măcar la nivelul medicilor de familie, dar văzând și câte probleme au fost dezbătute în această dezbateră publică, îmi dau seama că va trebui să ne întâlnim de mult mai multe ori, poate ar fi cazul să facem aceste dezbateri cu toate segmentele sistemului și cu pacienții și cu reprezentanții furnizorilor și alte ONG-uri, chiar trimestrial din inițiativa casei, nu doar dacă cer reprezentanții furnizorilor, iar în același timp aș aminti că în Planul Național de Redresare și Reziliență termen limită sfârșitul lunii iunie 2023 pentru un nou model de Contract Cadru. Dar dacă vrem să facem inversarea piramidei serviciilor și accesului populației la servicii, dacă vrea să regândim toate aceste servicii chiar și în perspectiva schimbării platformei informatice a asigurărilor de sănătate până în anul 2025 sau când este termenul, cred că trebuie să avem un calendar de întâlniri mult mai frecvente în care să avem timp și să schimbăm idei și să le agreăm, astfel încât ele să fie acceptabile pentru toate părțile implicate și așteptăm

inițiativa CNAS, dar și a Ministerului Sănătății. Din acest punct de vedere, nu știu dacă este vreun reprezentant al MS la această dezbatere publică, sper că da și ceea ce mai voiam să spun concret pe proiectul de ordin de modificare a normelor, la pct. 38 în Anexa 2, art. 15 cu privire la decontarea serviciilor, se vorbește acolo de calitatea serviciilor care trebuie programate din 15 în 15 minute, știm asta, este de câțiva ani în vigoare, Ordinul 1044 al MS cu privire la obligativitatea programării în asistența medicală primară, cât și în ambulatoriu, lucru firesc de altfel, dar atunci când introducem tot felul de servicii în pachetele de bază, și în special în medicina de familie, trebuie să ne gândim, avem un buget fix, avem resursă umană limitată, da, în special în cabinetele medicilor de familie, adesea avem doar un medic și o asistentă și nu putem să facem toate aceste lucruri, dacă nu avem o creștere a bugetului și știți din nou că FNPMF duce o întreagă campanie de câțiva ani, 5 miliarde pentru medicina de familie, ce ar fi o sumă minimă pentru cele aproape 10.000 de cabinete de medicină de familie care mai există acum în sistem, în contract cu casa, pentru a ne putea angaja personal, pentru a putea fi mai proactivi da, poate chiar să chemăm pacienții la acele servicii preventive introduse anul trecut și care nu cred că se fac foarte mult, pentru a putea să cumpărăm toate echipamentele necesare pentru aceste servicii suplimentare care, până când, pentru o parte din ele, pentru o parte din cabinete, vor fi achiziționate din nou prin PNRR și în același timp, în același articol pe care îl menționez, art. 15 din Anexa 2 la alin. 5) se menționează serviciile medicale care depășesc limita stabilită conform articolelor ulterioare se introduc în per capita, da, practic spunem medicului de familie: faceți cât mai multe servicii și veți fi plătit în plus, dar de fapt, dacă faci peste cele 20, 21, 25, câte servicii sunt, le vei face probono din prea plinul inimii tale, adică în acel per capita. Vă mulțumesc pentru atenție!

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Mulțumim și noi, doamna doctor! Referitor la acel alin. 5), dumneavoastră știți că această prevedere, potrivit căreia punctele care depășesc maximum ce se pot acorda conform contractului și programului de lucru din contract, puncte ce până la 1 aprilie intră în plata per capita, acea reglementare în plus, permite ca dacă mai sunt sume neconsumate, la sfârșitul anului, în decembrie, să se mai poată plăti din aceste servicii practic inițial invalidate datorită neîncadrării în programul de lucru, până la consumarea completă a fondului pentru asistența medicală primară. Aceași prevedere se regăsește și la asistența medicală în ambulatorie de specialitate, deoarece trecându-se la o valoare garantată, nemaifiind o valoare minimă și o valoare definitivă, dacă există totuși la sfârșit de an fonduri, să ne asigurăm că medicii sunt plătiți pentru munca depusă proporțional, bineînțeles cu numărul de puncte realizat în plus care nu au fost decontate lunar. Mulțumim frumos!

**Doamna DIRECTOR Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Domnul doctor Vornicu Ciprian Ovidiu, medic primar medicină de familie de la Societatea Națională de Medicină de Familie. Vă rog!

**Domnul Dr. Vornicu Ciprian, medic primar medic de familie de la Societatea Națională de Medicină de Familie:** Doresc să prezint doar partea de ceea ce este lucrat de grupul de IHEALTH a SNMF și anume partea de debirocratizare și de digitalizare a medicinei de familie, sunt aspecte care deja au fost prezentate de către colegii mei, după cum ați văzut toți s-au plâns de anumite aspecte birocratice care sunt deja cunoscute, practic încărcătura birocratică excesivă ce se regăsește în activitatea zilnică a medicilor de familie transformând practicianul în personal administrativ al sistemului public de asigurări sociale de sănătate. Deși birocrăția este o realitate bine cunoscută în mai toate instituțiile publice, deși toată lumea vorbește de debirocratizare și digitalizare și sună foarte pompos acești doi termeni, deși suntem pe locul 4 în lume la viteza de internet, deși avem toți medicii semnătură digitală extinsă și cabinete cu tot ce ține de tehnologia informației atât CNAS cât și MS continuă să solicite tot felul de raportări sau activități în metodele clasice ca să nu le zic învechite, iar odată cu apariția pandemiei de Covid s-au văzut, aceste activități birocratice au sugrumat activitatea de la cabinetul medicului de familie, au fost date nenumărate concedii medicale, eu personal într-o săptămână am scris două topuri de concedii medicale asta înseamnă 100 de pagini, concedii medicale pe hârtie care au fost cumpărate de către cabinet și nu la un preț foarte redus, documente justificative-decizii de carantină sau de izolare, fișe de monitorizare, toate acestea efectiv au limitat activitatea medicului de familie. Deși avem

un sistem electronic de rețete pentru rețetele verzi și cele galbene adică pentru medicamente psihotrope și stupefiante nu s-a găsit nici până acum o soluție tehnică de a trece în format electronic, în plin lockdown pacienții care aveau aceste rețete de luat în special cele verzi au trebuit să vină la cabinet fizic să le ridice. Așadar solicitările noastre referitoare la modificarea normelor metodologice și a contractului cadru au în vedere și această reducere a birocrăției și digitalizarea integrală a activității de raportare serviciilor medicale în speță consultații, rețete, bilete de trimitere și concedii. Prin urmare solicităm adaptarea aplicațiilor informatice ale CNAS și interconectarea cu alte instituții ale statului (ANAF, CASA DE PENSII, COMISIILE DE HANDICAP) pentru a rezolva problema asiguraților, a preluării categoriei de asigurat corecte și la timp și asumarea de către CNAS a acestor categorii de asigurați. Cerem implementarea în format electronic a biletelor de trimitere și a concediilor medicale așa cum este prevăzut inclusiv în Planul Național de Redresare și Reziliență, sunt două proiecte SIGMA-SMART care prevăd acest lucru, renunțarea la tipărirea documentelor, eliberarea acestora cu semnătură electronică, nu înțeleg de ce să tipărim în continuare rețele validate electronic și urcate în soft, eliminarea obligativității prezentării adeverinței de angajat, am avut o groază de probleme cu acest lucru mai ales la concediile date în pandemie, renunțarea la tot ce înseamnă registre scrise de mână (de consultații, de cronici, de vaccinare ) le avem în softul de cabinet, nu este nevoie să le scriem de două ori, renunțarea la protocoale și la steluțe, în pandemia s-a renunțat la medicamentele cu o steluță și nu au afectat deloc bugetul casei și nici nu au avut impact negativ asupra sănătății pacienților. În ceea ce privește funcționarea SIUI, SIPE și DES știm foarte bine că au fost nenumărate sincope și tot ceea ce cerem este să funcționeze și atunci când funcționează să se valideze în timp real serviciile efectuate să nu mai fie nevoie de raportare lunară, să putem descărca personalizarea la începutul lunii și aceasta să fie valabilă pe tot parcursul lunii respective, pentru a putea valida sau a verifica calitatea de asigurat și atunci când sistemul nu funcționează, să putem înregistra sau să fie posibilă înregistrarea în timp real în SIUI a CNP-urilor noi generate de evidența populației sau de starea civilă sau de poliție pentru a putea înscrie nou născuții, să fie afișate pe site-ul CNAS în timp real fondurile paraclinice la laboratoare, să se genereze deconturile pentru luna respectivă cu toate serviciile validate și invalidate pentru a putea ști ce s-a plătit și ce nu s-a plătit, revin și spun din nou că toate documentele electronice utilizate în relațiile cu casa de asigurări de sănătate sau utilizate pentru serviciile casei de asigurări de sănătate trebuie să fie exclusiv în format electronic și nu tipărit. Vă mulțumesc.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ** mulțumim, asta ne dorim și noi de la SIGMA-SMART. Este un mare deziderat al nostru și un proiect de mare amploare, în ceea ce privește debirocratizarea dvs știți că am introdus și prevederea de la 1 iulie 2021 potrivit căreia toate documentele pot să fie transmise și în format electronic și acest proces va continua.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ** o invit pe doamna Amalia Corina Mihai, Market Access Manager la IPSEN PHARMA ROMANIA SRL să ia cuvântul.

**Doamna Amalia Corina Mihai:** Bună ziua, modificările, propunerile se referă la norme cap. I, anexa nr. 22 punctul B.3.2 lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi aceste propuneri nu au fost incluse în formatul postat recent pe site.

Prima propunere se referă la introducerea unui nou segment de pacienți tratați, în prezent normele prevăd la poziția nr. 65 terapia spasticității membrului superior apărută ca urmare unui AVC pentru pacientul adult cu toxina botulinică. Însă pacienții cu spasticitate de membru inferior nu pot beneficia de acest tratament de recuperare. În România afecțiunile cerebrovasculare reprezintă împreună cu afecțiunile cardiovasculare o problemă de sănătate publică, AVC-ul fiind a doua cauză de mortalitate și de dizabilitate din totalul din țara noastră, aceste date situează România pe primele locuri în Europa, 30% din persoanele care supraviețuiesc unui AVC dezvoltă spasticitate rămânând o povară pentru familie și societate și au nevoie de recuperare pe termen lung. 36% dintre pacienții afectați de spasticitate au o categorie de vârstă activă între 50-69 de ani, categorie la care importanța recuperării este enormă atât din punct de vedere al beneficiilor aduse direct pacientului, al

sistemului de asigurări cât și din punct de vedere al societății , bolnavul putându-și relua cu terapie de recuperare autoîngrijirea și activitatea productivă. Un număr aprox. de 900 de pacienți din estimările noastre spasticitate de membru inferior, fapt pentru care vă solicităm includerea acestui segment de pacienți în tipurile de terapie în lista serviciilor furnizate în cadrul spitalizării de zi.

A doua propunere se referă la același cap. I, anexa nr. 22 punctul B.3.2 la pozițiile 45, 46, 47 și 48 în care este prevăzută terapia distoniilor la adulți și paralizii cerebrale la copii cu toxina botulinică precum și la poziția mai sus menționată de terapie a spasticității membrului superior la un adult care a suferit un AVC, iar propunerea constă în actualizarea dozelor și tarifelor pentru aceste servicii, astfel actualizarea ar trebui făcută conform noilor scheme terapeutice în ceea ce privește medicamentul TOXINA și conform noilor ghiduri locale și internaționale deoarece în ultimii ani au suferit modificări și de asemenea actualizarea tarifelor ar trebui făcută în acord cu prețurile medicamentelor care se modifică anual în CANAMED precum și cu costurilor serviciilor care au fost afectate de inflație. În acest sens am făcut propuneri atât pe linkul disponibil on-line în august cât și separat personalizat către CNAS. Vă mulțumesc frumos.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Multumim si noi, pachetul de servicii acordate în spitalizare de zi va fi baza unei discuții cu comisiile de specialitate și într-adevăr această extindere și la membrul inferior a terapiei cu toxină botulinică în terapia AVC va fi si ea inclusă în acest pachet, însă în normele din 2023 se va regăsi această modificare precum și multe alte modificări pe pachetul de spitalizare de zi.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Dau cuvântul doamnei profesor Cornelia Bala membru Comisia consultativă de Diabet, nutriție, boli metabolice a Ministerului Sănătății!

**Doamna Profesor Dr. Cornelia Bala:** Bună ziua, vă mulțumesc foarte mult, deja s-au discutat aspecte legate de îngrijirea persoanelor cu diabet, vreau să menționez faptul că în cadrul comisiei de specialitate de diabet a MS există susținere pentru propunerile prezentate de către domnul Prof. Timar care au fost înaintate în scris o parte deja încorporate în noile norme și vă reamintim necesitatea menționată de o asociație recent în această discuție de a finanța servicii de educație terapeutică și de asemenea servicii distincte pentru monitorizarea persoanelor purtătoare de dispozitive specifice, sisteme de monitorizare și pompe de insulină care ar crește foarte mult și calitatea rezultatelor clinice dublate deja de eforturile mari financiare de susținere acestor dispozitive de către CNAS. Vă mulțumesc frumos.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Mulțumim frumos doamna profesor! Tabelul cu proceduri, respectiv cu alte tipuri de proceduri față de cele incluse acum în pachet, precum și revizuirea specialităților ce le pot efectua, vor face obiectul discuțiilor care se vor desfășura în acest an pentru normele pentru anul 2023 și va fi realizat și un impact financiar care va fi justificat la Ministerul Finanțelor și dacă se vor obține fonduri suplimentare acestea se vor regăsi în normele pentru anul viitor.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ** dau cuvântul domnului Catalin Batrinu Medair Oxygen Solution.

**Domnul Catalin Batrinu:** Bună ziua, s-au discutat o mare parte din subiectele pe care le aveam și eu pentru propuneri, însă aș vrea să revin asupra câtorva situații. Știu că pentru dispozitivele medicale ar fi bine venite cateva modificări încă de anul acesta. Înțeleg că anumite puncte din cele expuse de către colegul meu de la Vitail Air le aveți deja în plan pentru 2023, însă sunt câteva care poate ar trebui implementate încă de anul acesta și vorbim aici de validarea cu cardul din norme, ele sunt trecute la art.6 alin.(3); ar fi foarte utilă menținerea validării cu cardul exclusiv în cazul ridicării din punctele de lucru ale furnizorului de servicii medicale și reintroducerea ca excepție de la validarea cu cardul a transportului propriu ori închiriat. Sunt frecvente situațiile în care acest proces nu poate fi realizat, fie din lipsă de semnal , fie pacientul are cardul la unul din copii, sunt diverse exemple. Furnizorii de concentratoare de oxygen au transmis mai multe adrese și

propuneri încă de anul trecut cu privire la aceste situații și așteptăm ca această situație să fie rectificată încă de anul acesta. Un al doilea punct, sunt cinci notate de mine și expuse și de colegul de la Vitail Air, ar fi copiile după documentele justificative: eliminarea acestor copii ar trebui făcută încă de anul acesta, pentru că Legea nr. 267/2021 interzice instituțiilor statului să mai solicite copii după documentele emise de către acestea. Sigur că furnizorii au obligația de a păstra evidența documentelor în cazul unui control, însă transmiterea copiilor către casa de asigurări îngreunează activitatea furnizorilor cât și a caselor de asigurări întrucât ele primesc lunar mii de copii a unor documente ce le au deja, pentru că ele le-au emis. Mod de lucru unitar pentru casele de asigurări și aici vorbim de implementarea unui mod de lucru unitar la nivelul caselor de asigurări de sănătate județene pentru contractare, validare, raportare și decontare. În prezent casele de asigurări au foarte multe particularități și interpretează normele așa cum consideră de cuviință fiecare și crează destul de multe dificultăți pentru furnizori și uneori și pentru pacienți. Referitor la raportarea taloanelor după expirarea termenului de valabilitate, până anul trecut raportarea acestor taloane se făcea după expirarea valabilității talonului, în prezent nu se mai practică această situație și ne întâlnim frecvent cu situații în care raportăm un talon al unui pacient pe data de 29 ale oricărei luni, iar el expiră pe 28 luna următoare, în această situație noi transmitem raportarea către casa de asigurări de sănătate pe 2-3-5 ale lunii următoare și decontăm integral acea lună, dar pacientul poate deceda din păcate pe data de 7 a lunii următoare și asta ne forțează pe noi și casele de asigurări să decontăm pacienți care deja au decedat. Referitor la eliminarea copiei după recomandare, furnizorii de dispozitive medicale sunt obligați să păstreze o copie după recomandarea în baza căreia a fost emisă decizia și să o prezinte la un eventual control; nu vedem rostul sau sensul acestei copii întrucât casa de asigurări a eliberat deja decizia pentru acea recomandare medicală plus că datele din acea prescripție medicală se regăsesc și pe decizie, acesta ar fi din nou un punct important și cred că le - am acoperit pe toate din punctul meu de vedere sau cele mai importante dintre cele expuse și de colegul de la Vitail Air.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Mulțumim frumos! O invităm pe doamna Dr. Valeria Herdea Vicepreședinte al CMR să ia cuvântul.

**Doamna Dr. Valeria Herdea:** Bună ziua, mulțumesc frumos pentru invitație! În primul și în primul rând aș dori să felicit organizatorii pentru întâlnire, deși am venit destul de sceptică la această întâlnire, constat că această întâlnire este foarte, foarte bine venită și de dorit ca și în următoarele perioade să se întâmple. În primul rând aș dori să vă spun câteva cuvinte despre procesul de negociere care a avut loc între CMR și CNAS, și putem să spunem că după niște negocieri care au fost destul de, să zicem intense, că a fost un proces de negociere constructivă, și de ce spunem asta, pentru că s-a pornit de la două aspecte foarte importante:

1. În primul rând a primat interesul pacientului, calitatea serviciilor medicale pe care noi le putem și calitatea actului medical pe care noi îl efectuăm și îl adresăm pacientului, dar în același timp s-a pus accent și pe calitatea vieții personalului medical, că pentru a avea un medic care să fie implicat și să fie întotdeauna lângă pacientul lui ai nevoie și de un medic care să aibă și siguranța zilei de mâine. Și nu uităm avem două aspecte despre care s-a discutat în primul rând normele pe 2022 care primau și în mod sigur constituirea acelor grupuri de lucru care să lucreze la COCA și Norme 2023, deci avem acest pas înainte de asta am și spus că a fost un proces de negociere constructivă cu viziune. De ce spunem, pentru că este important ca noi să aducem aspecte ale practicii noastre dar avem nevoie și de decidenți cu viziune strategică și care să înțeleagă că fără practicieni nu se poate, iar noi suntem de acord că legea poate fi scrisă în așa fel încât ea să fie adaptată particularităților țării noastre, dar în același timp și practica e perfectibilă dar și legea nu există decât împreună și există decât o singură cale ca să putem să construim, și cred că s-a întâmplat acest lucru sau începem sau este un debut să începem acest lucru.

2. Aș dori să subliniez efortul CMR în ultimul an în care prin intermediul departamentului economico-social și de asigurări de sănătate s-au constituit echipe de lucru practic două grupuri mari de lucru ambulatoriu spital și practic de medicină de familie. Spun întâi ambulatoriu spital pentru că sper ca în următoarele etape de lucru să putem acorda și spitalului poziția de care ar nevoie și să putem acorda sprijin colegilor din spital. În

această etapă de negociere s-a pus accent mai mult pe partea de medicină de familie și practic am avut două mari obiective: lista de servicii la care a survenit o modificare și asupra căreia au fost negocieri intense și clarificări foarte multe și practic propunerea unui nou mecanism de plată pentru ca aceste servicii să poată fi făcute efectiv și bugetul alocat asistenței medicale primare să poată fi efectiv folosit în asistența medicală primară, a fost un pas foarte serios și foarte important pentru că schimba practic o paradigmă. Foarte scurt în data de 20.01.2022 a avut loc prima întâlnire între CMR, CNAS, MS și nu în ultimul rând de observatori din partea Președenției României, Parlamentului României prin comisiile de sănătate a camerei Deputaților și a Senatului ceea ce a permis lucrul și demararea acestor grupuri de lucru comune, grupuri tehnice de lucru cum le spunem, de ce este important în primul rând pentru că adună oameni din diverse specialități care pot să lucreze efectiv și care au acel Know-How despre care tot vorbim pe diverse segmente. Noi practic în acest moment avem 4 grupuri mari de lucru care privesc accesul pacienților la servicii medicale, debirocratizarea care la fel de frumos a vorbit și domnul dr. Vornicu, diversificarea serviciilor medicale și nu în ultimul rând finanțarea că pentru a face medicină de top înseamnă să fie finanțată și să fie recunoscută ca valoare și ca importanță socială a muncii pe care o depunem. Din punctul nostru de vedere sigur ar trebui să apăsăm în primul rând pe pedala de accelerație pentru norme/2022 sperăm că ceea ce s-a agreat și s-a discutat cu CNAS. Si prezența echipei de negociere să poată să apară într-un format final al normelor și al COCA, iar ceea ce a apărut ieri să poată să fie perfectibil până la forma finală și esențial pentru noi este să nu uităm de spitale așa cum vă spuneam, sigur și dna dr. Raluca Zoițanu a subliniat și eu îmi doresc să subliniez în mod deosebit importanța întâlnirilor în acest format cu toată lumea care are ceva de spus și doleanțe de prezentat și propuneri, în special propuneri pentru că probleme știm că avem dar propunerii și soluții obiective pentru ca lucrurile să demareze și să putem lucra împreună în așa fel încât normele și COCA 2023 să capete un alt aspect. Vă mulțumesc frumos și sper ca împreună să putem construi un altfel de contract care să fie un parteneriat civil, practic un contract civil bazat pe parteneriat egal, vă mulțumesc frumos!

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Mulțumim și noi doamna doctor, după cum ați văzut și pe partea de spitale am reușit să finalizăm previziunile despre care discutăm la negocieri: se va lua în calcul ICM-ul cel mai avantajos pentru fiecare spital ales dintre cele realizate în 2019-2020-2021 și bineînțeles ne vom întâlni pe parcursul anului și vom intensifica discuțiile pentru reformarea tuturor domeniilor de asistență medicală.

Acum îi dau cuvântul doamnei dr. Roxana Ștefan medic primar Diabet, nutriție, boli metabolice - Policlinica Providența Iași.

**Doamna dr. Roxana Ștefan** Bună ziua! Mulțumesc pentru această ocazie, motivul pentru care eu m-am înscris la această dezbatere deja si-a pierdut subiectul pentru că am văzut noul proiect de pe 21.02.2022, prin urmare voi fi mult mai scurtă, eu aș dori să reiau propunerea pentru modificarea, respectiv pentru punctarea consultației măcar la cazul nou de diabet. Diabetul este o boală în care medical, fără colaborarea pacientului nu obține rezultate și atunci este o boală cronică. Măcar pentru pacientul - cazul nou de diabet ar trebui punctată un pic educația sau crescut punctajul. Noi stăm minim 30-40 de min cu cazul nou ca să îl putem motiva să continue lupta alături de noi. A doua propunere ar fi în ceea ce privește punctarea pentru specialitatea de diabet, nutriție, boli metabolice și a electrocardiografei; se știe că un pacient cu diabet este un pacient care are riscul cardiovascular ca al unei persoane care a suferit infarct miocardic acut, cum le facem electrocardiogramă pentru ischemie, pentru aritmie, pentru insuficiență cardiacă pentru că este consumatoare de timp și propunerea era dacă s-ar putea puncta vreodată și pentru specialitatea de diabet, nutriție, boli metabolice electrocardiograma, cam atât, mulțumesc mult.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Mulțumim frumos, răspunsul la neclarități cred că l-am dat deja, iar timpul mediu de consultație de 15 min este orientativ, pentru un pacient poate mai mult

pentru unul mai puțin. O invit pe doamna dr. Dr. Glavan Ileana Mariana medic primar ,, C.M.I. dr Glavan Ileana” Râmnicu Vâlcea!

**Doamna dr. Dr. Glavan Ileana Mariana:** Bună ziua, îmi cer scuze dacă am deranjat cumva cu propunerea de coplată făcută înainte de începerea întâlnirii. Atunci, aş vrea să revizuiesc actualizarea și a serviciilor medicale de medicină dentară conform zilelor pe care le trăim cu scumpirea tuturor materialelor. Nu vreau să lungesc subiectul, deci această dorință aveam, de actualizare a serviciilor, a prețurilor serviciilor de medicină dentară, de exemplu: pentru protetica dentară – coroana nu acoperă și costul materialelor și costul laboratorului. Eventual să se includă și costul de laborator sau să oferiți și tehnicienilor dentari posibilitatea de a contracta servicii cu casa de asigurări, eventual o alternativă și cealaltă propunere până acum câțiva ani la raportări puteam să corectăm în primele zile ale lunii următoare anumite greșeli , acum nu se mai poate corecta și banii respectivi sunt pierduți, aceste două mici probleme le aveam de semnalat nu sunt medic la DSP sunt medic primar în CMI, cineva a spus la un moment dat că sunt din partea DSP-ului mie îmi pare rău că la aceste discuții nu a venit și nu ne-a reprezentat domnul profesor Cîmpean de la Cluj care este reprezentantul nostru al Colegiului național în relația cu casa de asigurări, în rest am toată stima și încrederea că veți rezolva și micile noastre doleanțe ale medicilor stomatologi, vă mulțumesc frumos.

**Doamna DIRECTOR Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Mulțumim frumos, doamna Glăvan! Țin să precizez că domnul profesor Cîmpian a participat la negocierile cu CNAS ca reprezentant al CMSR. Pachetul de servicii de medicină dentară propus pentru anul acesta de la 1 aprilie, a suferit modificări în sensul majorării tarifelor în acord cu propunerea CMSR din anii trecuți; de asemenea a fost introdus și un serviciu nou, în plus proteza acrilică se suportă 100% de către CNAS, rebazarea și reparația protezei de la o dată pe an se acordă de două ori pe an, iar plafonul a fost dublat în acord cu fondurile obținute prin Legea bugetului de stat. A fost dublat plafonul de la 2000 lei la 4000 lei pentru programul de lucru respective. Mulțumim și o invităm pe doamna dr. Marina Pârcălabu – PMFB dacă nu este doamna doctor o invităm pe doamna MARIANA SÎRBU de la ASOCIAȚIA HELP AUTISM

**Doamna MARIANA SÎRBU:** Bună ziua! Mulțumesc foarte mult că avem această oportunitate de a ne prezenta punctul de vedere și observațiile noastre pe proiectele de acte normative. Aș vrea să menționez că ceea ce o să spun acum noi am mai transmis atât în luna august când a fost prima consultare și în mai multe documente care au fost puncte de vedere pe alte acte normative cum ar fi proiectul de hotărâre guvern privind aprobarea PNS ce se află chiar acum în consultare la MS. Ceea ce suntem foarte dornici să obținem și să rezolvăm este să flexibilizăm accesul la serviciile de psihiatrie și în special psihiatrie pediatrică unde chiar sunt foarte mari probleme în ceea ce privește problematica TSA pe care o și reprezent, dar nu numai, în a accesa serviciile de psihiatrie pediatrică, respectiv serviciile conexe actului medical. Noi ne-am gândit la eliminarea unor limitări privind condițiile de eligibilitate aplicabile în cazul medicilor de specialitate pentru accesarea subprogramului național. De ce fac referire la subprogramul național de autism care este în consultare la Ministerul Sănătății, pentru că face referire la contractul cadru, prin urmare vor fi respectate aceleași condiții ca și în contractul cadru și ne-am gândit la înlăturarea cerinței integrării clinice în secțiile clinice ambulatorii de specialitate ale unității sanitare cu paturi pentru a putea desfășura activitate în afara programului de lucru din spital, ambulatoriul de specialitate inclusiv în activitatea din ambulatoriul integrat al spitalului într-un cabinet organizat cf OUG 124/1998 , în baza altui contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Totodată vedem viabilă reglementarea posibilității reglementării desfășurării activității în mai multe cabinete organizate conform OUG 124/1998 în baza mai multor contracte încheiate cu casa de asigurări de sănătate cu posibilitatea majorării programului de activitate corespunzător unui program de 17,5 ore pe săptămână și în cazul medicilor care își desfășoară activitatea exclusiv în cadrul cabinetelor organizate conform OG-ului menționat, nu doar pentru cei care își desfășoară activitatea în spital în ambulatoriu de specialitate respectiv ambulatoriul integrat al spitalului. Totodată mai vedem reglementarea dreptului cabinetelor medicale de a intra în relație contractuală cu casa de

asigurări de sănătate corespunzător unui program de 17,5 ore/săptămână fără a fi condiționați de a dovedi norma de 35h/săptămână. Fundamentăm propunerile noastre prin relaxarea condițiilor de eligibilitate lucru care este absolut necesar pentru asigurarea accesului persoanelor cu TSA la serviciile decontate datorită numărului insuficient de medici de specialitate. Condițiile respective de desfășurare a activității medicilor din contractul cadru limitează și mai mult accesul medicilor cu vocație de a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Ni s-a comunicat anul trecut de către casă că în prezent sunt 217 medici de psihiatrie pediatrică, după cum știți marea lor majoritate sunt concentrați în orașe mari. Totodată eliminarea restricțiilor este în deplin acord cu principiul constituțional al libertății muncii constatată în art. 41 din Constituție și preluată de art. 35 din codul muncii prin libertatea alegerii angajatorului sau a unor angajatori diferiți. Mai avem o prevedere pe care aș vrea să o menționez aici: în data de 15.02.2022 a existat un proiect legislativ care a fost aprobat de plenul Camerei Deputaților care este cameră decizională, e o propunere care face referire la aducerea unor modificări a Legii nr. 95/2006 și a Legii nr. 151/2010 privind serviciile specializate integrate de sănătate, educație și sociale adresate persoanelor cu TSA și tulburări de sănătate mintală, asociate PLX nr. 396/2021. Și aceste modificări ar trebui corelate și cu COCA.

Vă mulțumesc!

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Și noi vă mulțumim! Am vrea să vă spunem că modificarea legislativă pentru Legea nr. 95/2006 despre care ați menționat este cadrul legislativ primar care permite dezvoltarea subprogramului pentru acordarea de terapii specifice pentru persoanele diagnosticate cu TSA, iar ce vedeți acum în transparență decizională sunt urmările acelor modificări. Deci în hotărârea de guvern și în normele de aplicare a acesteia referitor la programele de sănătate, care de altfel nu fac obiectul discuției de astăzi, vedeți acolo care sunt condițiile și cum se va derula subprogramul pentru acordarea serviciilor psihologice pentru persoanele cu TSA. În ceea ce privește eliminarea integrării clinice, aceasta ar fi în defavoarea tocmai a pacienților și vreau să evidențiez faptul că un medic cu specialitatea psihiatrie pediatrică poate raporta 360 de puncte în medie pe zi convenite celui care le prestează pentru serviciile psihologice acordate copilului cu TSA la care ne referim, deci dacă ar fi două contracte așa cum înțeleg că de fapt propuneți nu ar aduce nici un spor în puncta, pentru că ar fi același număr de puncta.

Mai departe dau cuvântul doamnei dr. Dr. Codruța –Leontina Popescu Președinte PATRONATUL MEDICILOR DE FAMILIE SIBIU.

**Doamna dr. Codruța –Leontina Popescu:** Bună ziua! Mulțumesc pentru oportunitatea de a prezenta două dintre problemele pe care patronatul nostru le consideră importante, importante atât pentru noi pentru a ne desfășura activitatea cât mai bine cât și pentru pacienții noștri, pentru că pentru un medic care este bine instruit și pregătit prestează foarte bine, vă atrag atenția că noi am mai supus atenției casei de asigurări aceste rugăminți și propuneri și acum aș dori să spun care sunt cele două aspecte la care aș dori să mă refer: primul este acordarea concediilor de odihnă respectiv medicale pentru medicul de familie, iar al doilea punct este faptul că medicina de familie respectiv practica medicinei de familie presupune un anumit risc, iar acest risc deocamdată nu este recunoscut în specialitatea noastră.

Am să încep cu primul punct legat de concediile de odihnă așa cum bine știți este dreptul oricărei persoane care muncește în România să aibă un număr dat de zile de concediu care să fie remunerat corespunzător. Variantele pe care medicul de familie le are în momentul acesta sunt 3: fie își ia un concediu prin convenție de reciprocitate, adică un alt coleg ne ține locul și asta o face în afara timpului programului lui iar plata se face pentru serviciile acordate, practic noi trebuie să răspundem în același mod colegului respectiv, deci noi ne întoarcem din concediu și odihniți practic o să ținem locul colegului nostru care ne-a ajutat. Muncim practic dublu, acesta nu este un concediu real; practic noi, ca să putem pleca în concediu trebuie ca atunci când ne întoarcem să muncim suplimentar. Apoi a doua variantă pe care am avea-o este convenția tip listă. Practic, ce înseamnă acest lucru: medicul de familie își înaintează intenția casei de asigurări - că dorește să intre în



concediu și prezintă acesteia o listă cu colegii apropiați iar aceștia vor primi pacienții în timpul programului sau în prelungirea programului necesară pentru a servi pacienții colegului care a plecat în concediu. Ei vor fi remunerați prin serviciile efectuate iar medicul de familie care este în concediu va primi banii doar pe capitație. Nici acesta practic nu este un concediu real, deci un medic de familie dacă pleacă își diminuează foarte mult veniturile ca să plece în concediu. Iar varianta trei este angajarea unui medic înlocuitor, acești colegi cunosc care sunt prețurile reale pe piață iar ei vor veni așa cum se și cere între 250-300 de ron pe ziua de muncă, un salariu pe care noi trebuie să îl plătim sau o remunerare pentru serviciile acordate pe care noi trebuie să le plătim din veniturile provenite de la casa de asigurări de sănătate și care iarăși ar diminua din veniturile noastre pe perioada de concedii, în concluzie acesta practic ar fi un concediu fără plată pentru noi. Acum acesta este motivul pentru care medicii de familie nu pot să își ia un număr suficient de zile de concediu într-un an pentru a se putea reface. Din păcate, asta face să crească riscul de îmbolnăvire și duce la epuizarea medicilor de familie și așa ajungem și la discuția cu concediul de boală care din motivele expuse mai sus este imposibil de luat. Și medicul să fie plătit corect în acea perioadă, indiferent că vorbim despre o afecțiune acută sau o afecțiune cronică! Mai concret un medic de familie nu își poate permite să se îmbolnăvească.

Vă rog mult să încercați să găsiți o soluție pentru ca medicii de familie ca și colegii noștri de alte specialități să poată să își exercite acest drept constituțional dreptul la concediul de odihnă și boală, de exemplu poate se găsește o soluție de finanțare suplimentară pentru zilele normale pe care un medic de familie le are dreptul constituțional să și le ia și asta ar ajuta foarte mult pentru că practic e un drawback mare este o rezervă mare a colegilor noștri de a intra în sistem pentru că ei nu își pot lua un concediu normal de odihnă, o să o rog pe colega mea să preia mai departe al doilea punct, vă mulțumesc foarte mult pentru această oportunitate.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Doamna dr. Dr. Mihaela Stan Vicepreședinte, vă rugăm continuați!

**Doamna dr. Dr. Mihaela Stan Vicepreședinte PATRONATUL MEDICILOR DE FAMILIE SIBIU:** Bună ziua! Voi continua expunerea colegei mele cu altă problematică. Vreau să vă supun atenției un aspect care poate până acum a fost neglijat sau nu foarte băgat în seamă și anume riscurile profesionale la care se expune medicul de familie.

Și până să înceapă pandemia în care suntem încă medicii de familie aveau un anumit grad de expunere prin faptul că noi consultăm la domiciliu și în cabinet și la domiciliul pacienților, pacienți cu boli dermo-contagioase și nu în ultimul rând avem de monitorizat și de recomandat prescripții pacienților cu boli psihice unele chiar grave, acești pacienți ne trec pragul cabinetului de mai multe ori pe lună și uneori în cabinet se ajunge la anumite situații tensionate față de care nu avem nici o protecție de multe ori, echipa noastră este mică, medicul de familie și asistenta, și uneori ești expus în fața unui pacient care poate are o ieșire agresivă sau atunci se decompensează. Cu toate acestea medicina de familie nu a fost considerată niciodată o specialitate cu risc crescut efectori contagios sau de agresiune. Pandemia COVID a arătat faptul cât de expus este medicul de familie, acesta consultând și testând pacienți în cabinetul lui și tot pandemia a mai scos în evidență o valență a muncii medicului de familie faptul că deși sunt decontate de casă doar 25 de consultații/zi necesarul în ultimii 2 ani a fost mult mai mare uneori și 30-40 de consultații zilnice pentru că noi nu putem refuza pacienții noștri, s-a ajuns astfel că majoritatea dintre noi să fie epuizați să fie expuși la afecțiunea de burnout, deci problema de burnout este o problemă reală în cadrul medicilor de familie și noi degeaba ne plângem sau degeaba ridicăm aceste probleme pentru că de foarte multe ori problema ca nu are cine să vină să îți țină locul, tu spui că ești obosit sau ești epuizat dar faptul că nu are cine să îți țină locul nu rezolvă problema, atunci trebuie să mergi înainte cu aceste probleme de oboseală sau probleme personale, o mulțime de colegi care s-au infectat și poate chiar au venit nerecuperati din boală pentru că nu are cine să îi susțină din spate, adică vorbim de înlocuire, acum vă rugăm să recunoașteți aceste eforturi, să recunoașteți expunerea la care suntem supuși și să fim remunerați corespunzător așa cum se întâmplă și în cazul celorlalte specialități, acesta a fost mesajul nostru.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Mulțumim! Am reținut propunerile dumneavoastră. Aș vrea numai să punctez că, în cazul medicilor de familie care sunt într-adevăr o specialitate total diferită de celelalte specialități clinice, medicul de familie având lista de pacienți, pacienții nu au efectiv unde să se ducă dacă nu ar exista alți medici de familie ca să preia anumite urgențe și situații acute. Am avea rugămintea să ne transmiteți propuneri concrete care să respecte atât dreptul pacienților cât și obiectivul de utilizare eficientă a fondurilor asistenței medicale primare cu referire la convențiile de reciprocitate și de înlocuire, propuneri care să aibă în vedere toți trei pilonii.

O invităm pe Doamna Dr. Aliona Ioana - Președinta al Patronatului Medicilor de Familie Timiș!

**Doamna Dr. Aliona Ioana - Președinta al Patronatului Medicilor de Familie Timiș:** Noi, Asociațiile Profesionale și Organizațiile Patronale ale Medicilor de Familie din România împreună cu CMR susținem obiectivele strategice asumate de România care presupun întărirea rolului medicinei primare ca bază al sistemului de sănătate, diversificarea serviciilor de asistență primară și creșterea accesului la serviciile de sănătate a persoanelor vulnerabile. Încărcarea medicilor de familie cu atribuții ce exced uneori curriculei, concomitent cu impunerea de restricții prin protocoalele MS, cu steluțe și diez, care limitează libertatea de exercitare a profesiei de medic, discriminarea dintre medicii de familie, cei din ambulatoriu din spitale, și cei din sistemul privat, din punct de vedere al statului și al finanțării în defavoarea primilor, au transformat medicina de familie în Cenușăreasa sistemului de sănătate, contrar discursului public care își asumă inversarea piramidei în sănătate.

Astăzi veniturile unui medic de familie ajunge la nivelul salariului de baza al unui medic de spital, venit din care se plătesc materiale și dispozitive sanitare și salariile pentru angajați: asistent medical, contabil și personalul de curățenie. Atragem atenția că România riscă să rateze obiectivele asumate în Planul Național de Reformă, Planul Național de Redresarea și Reziliere și în Legea nr. 1 din 4 ianuarie 2021, pentru Ratificarea Acordului de Împrumut, program pe baza de rezultate în sectorul sanitar din România, dintre România și Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare.

Vă solicităm, realizarea de urgență, până la sfârșitul anului în curs, 2022, a unei strategii clar definite la nivelul CNAS și Organizațiilor Patronale ale Medicilor de Familie, privind:

1. statutul medicinei primare și atribuțiile medicilor de familie,
2. crearea unui cadru legislativ și administrativ coerent, menit să asigure respectarea efectivă a dreptului la ocrotirea sănătății,
3. finanțarea adecvată a medicinei primare, în baza unei analize transparente și bazată pe date, care să fie realizată tot până la finalul anului în curs și din care să rezulte o reșezarea a valorii garantate a punctelor per capita și per serviciu.

În cazul în care aceste condiții nu se vor realiza, noi, asociațiile patronale ne asumăm libertatea de a sesiza atât Comisia Europeană, cât și Banca Mondială, asupra riscului ca România să nu își îndeplinească în mod real angajamentele asumate, ci doar pe hârtie. În răspunsurile pe care le-am primit de la CNAS, în fiecare an, este că finanțarea asistenței medicale primare crește, dar ceea ce constatam noi în fiecare zi, în propriile noastre cabinete și ceea ce a constatat Avocatul Poporului este că starea medicinei de familie nu se îmbunătățește, ci se înrăutățește tot de la an, la an. În raportul special privind lipsa medicilor de familie din zonele rurale și din zonele defavorizate sau greu accesibile, din 2021, Avocatul Poporului a constatat că la nivel național 212 localități din mediul rural sunt fără medic de familie și 665 de posturi de medici de familie sunt vacante, precum a mai constatat Avocatul Poporului îmbătrânirea corpului medical din medicina primară. Suferim de o subfinanțare cronică, iar simptomele le vedem în indicatorii privind starea de sănătate a românilor.

Cerem din nou, creșterea ponderii bugetului medicinei primare la 14% din FNUASS sau ca termen minim la nivelul angajamentului luat de România în acordul cu Banca Mondiala de 8%, pentru 2022 și de 10% pentru anul viitor. Dacă MS și CNAS, nu se trezesc în al 12-lea ceas, medicina de familie din România va dispărea, și cetățenii români, mai ales cei vulnerabili vor suferi și responsabilitatea va fi și a d-voastră.

Mulțumesc!

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Angajamentul pentru 2022 a fost realizat, fondul pentru asistenta medicală primară a crescut cu aproximativ 22% față de anul precedent, și, precum ați observat în proiectele postate în Transparența decizională, ne-am aplecat cu deosebită atenție asupra asistentei medicale primare. După cum ați ascultat și expunerea d-nei dr. Valeria Herdea, reprezentantă a CMR, într-adevăr ne dorim o concluzie cu dumnvoastră pe aspectele menționate pentru îmbunătățirea accesului asiguraților. Ne aplecăm inclusiv asupra veniturilor cabinetelor medicilor de familie, realizând prin prevederile din acest an, cu începere din 01 aprilie, o îmbunătățire substanțială a acestora.

Vă mulțumim!

**Doamna Dr. Aliona Ioana:** Pentru viitor când se mai fac aceste calcule, că se cresc cu 22%, să știți și să știți opinia publică că nu se regăsesc acești 22% în veniturile noastre și nu se vor regăsi!

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** O invităm pe Doamna Dr. Agneta Raluca LUP, Vicepreședinte al Patronatului Medicilor de Familie Timiș!

**Doamna Dr. Agneta Raluca LUP, Vicepreședinte al Patronatului Medicilor de Familie Timiș:** Aș dori să abordez un subiect un pic delicat și anume acel al medicului de familie tânăr, proaspăt intrat în contract cu CAS și creșterea atractibilității față de această specialitate, pentru cei care caută soluții atât la nivel teoretic cât și la nivel practic.

Realitatea zilelor noastre este în felul următor: un tânăr absolvent al unei facultăți în momentul în care se duce și se angajează, se duce și se angajează la un loc de muncă unde găsește tot, mobilă, birou, căldură, spațiu, tot. Noi, din păcate în momentul în care vrem să intrăm în contract cu CAS, pentru a putea crește numărul medicilor de familie în această țară, noi nu avem absolut nimic, noi nu începem nici măcar de la zero, noi începem de la minus o sută, puțin spus minus o sută. Pentru că e necesar, pentru a avea un spațiu unde să îmi desfășor activitatea, trebuie să fac o rata pe 30 ani sau să plătesc o chirie pe o perioadă nedeterminată. Ca acel spațiu să fie cât de cât funcțional, eu trebuie acel spațiu să îl utilizez, acesta este minimul necesar, care bineînțeles din salariu de rezident, la vremea mea cel puțin, nu era un salariu mare încât să pui bani deoparte, asta înseamnă un alt credit. În momentul în care vrei să ai rapiditate în diagnostic, în momentul în care statul a investit în tine, tu ai investit în tine și ai făcut cursuri suplimentare, ți-ai dobândit posibilitatea de a avea competențe suplimentare, ca să poți să le aplici pentru rapiditate diagnostic, rapiditate tratament, tu trebuie să achiziționezi acele aparate, pentru care din nou nimeni nu îți oferă nici un suport financiar. Din păcate, iar mă repet, dar nimeni nu ti le dă pe gratis, toată lumea ti le dă pe bani, rate grele, vă spun eu din propria mea experiență, un ecograf costă, un EKG costă, un monitor de terapie intensivă pentru pulsoximetru și funcțiile vitale, costa, nimic nu este gratis. Să faci medicina de familie, să reușești să o aduci la un alt nivel asta înseamnă bani, bani care nu dispunem de ei, ținând cont că suntem tineri la început, noi nu producem bani până la vârsta de 30 ani, când ieșim de pe băncile școlii, noi nu suntem nici cum, nu suntem nici copii, nici adulți. Nu avem venituri garantate și atunci când tu intri în pâine, începi să faci împrumuturi, împrumuturi pe care trebuie să le achiți pentru ca altfel ajungi în imposibilitatea de plată, ajungi în stadiul în care să fii închis, din cauza faptului că ajungi să vină bancă să îți pună poprire pe tot ce ai reușit să obții cu greu.

Vreau să subliniez faptul că noi nu ducem aceste negocieri cu CAS, pentru că vrem nouă să ne crească buzunarele, noi ne chinăm pentru că noi din acești bani plătim taxe și impozite, plătim rate, salarii, plătim diferențe de inflații care ajung să ocupe un procent foarte mare, iar în ultimii doi ani a trebuit să mărim salariile asistentelor, pentru că nu mai făceau nici ele față și riscam să plece, mai ales cum s-au făcut angajări în aparatul de stat și clar pe un salariu la stat care este mult mai atractiv. Cei care plătesc rate știu că dobânzile au crescut din cauza inflației și ca atare trebuie neapărat să se găsească o soluție reală, palpabilă de ajutorare a medicilor tineri care vor să intre în contract cu CAS, un ajutor de început, pentru că e foarte greu începutul, îți trebuie o doză de inconștiență să te bagi în credite pe 30/10 ani de zile, și de unde oricum tu până la vârsta de 30 ani tu nu produci absolut nimic, pentru viața ta și ulterior din punct de vedere pecuniar ajungi să îți neglijezi din punct de vedere financiar familia pentru a ajuta pacienții și pentru a avea toate cele necesare așa cum ți-ar plăcea ție ca să funcționezi ca și medic, nu doar cu un stetoscop și un tensiometru la gât.

Vă mulțumesc!

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Aș vrea să evidențiem faptul că pentru medicii de familie nou veniți se acordă cele 6500 de puncte, conform proiectului postat pe site, punctul per capita crescând de la 8,5 lei la 10 lei de la 1 aprilie, pentru o perioadă de 6 luni, la care se adaugă încă o dată și jumătate pentru întreținerea cabinetului. Prin urmare cred că este un început destul de bun, dar bineînțeles dorim să vă punem în atenție și faptul că prin PNNR va exista un subprogram, o măsură pentru dotarea cabinetelor de medicină de familie și se va avea în vedere în continuare cum se poate sprijini și dotarea cabinetelor.

Vă mulțumim!

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** O invităm pe Doamna Dr. Ramona-Carmen GERMAN, Președinte ORGANIZAȚIA PATRONALĂ A MEDICILOR DE FAMILIE BIHOR – O.P.M.F.BH!

**Doamna Dr. Ramona-Carmen GERMAN, Președinte ORGANIZAȚIA PATRONALĂ A MEDICILOR DE FAMILIE BIHOR – O.P.M.F.BH:** Aș începe prin a sublinia faptul așa cum îl cunoaștem toți, asistența medicală primară cunoaște astăzi în România cel mai scăzut nivel de finanțare, cu o scădere agresivă a veniturilor din sistemul sanitar, în comparație cu finanțarea acordată altor unități sanitare, în special unitățile sanitare de stat. Opinăm că ar trebui să existe un echilibru în toate, necesitatea echilibrului în sistemul medical și implicit necesitatea creșterii finanțării în asistența medicală primară, pentru că nu s-au produs niște reacții firești în rândul celor care au ca și obiectiv starea de sănătate a populației și respectiv accesul la serviciile de sănătate. Prin subfinanțarea sistemică a medicinei de familie, practic se pune în pericol existența acestui sector medical și în primul rând pacienții. După cum bine știm cabinetelor medicilor de familie din România li s-a alocat un buget de 6,5-6% din FNUASS în total, fapt care a făcut ca funcționarea cabinetelor să fie la un nivel de supraviețuire, în condițiile în care personalul medical din unitățile sanitare de stat, inclusiv medicina școlară au beneficiat de finanțări destul de substanțiale, iar medicii de familie au rămas singura categorie profesională cu venituri financiare sub limita de subzistență. Asta nu face decât să scadă atractivitatea pentru medicina de familie, să nu uităm că media de vârstă a categoriei profesionale a medicilor de familie este de 55 ani, chiar 58 ani în mediul rural, iar în condițiile în care salariile medicilor din ambulatoriu de specialitate și spitale au crescut, este evident că tinerii medici absolvenți evită să se înscrie la un rezidențiat de medicină de familie alegând cu totul alte specialități. În viitorul apropiat, cred că cel mult 10 ani, medicina de familie nu va avea reprezentanți substanțiali în România în absența unor măsuri minime care ar trebui să se impună și adoptate de urgență.

Creșterile bugetului alocat medicinei de familie, practic au acoperit doar creșterea unor costuri generate de inflație, mai ales în condițiile pandemice din ultimii doi ani, în care cheltuielile cabinetelor de medicină de familie au explodat, să nu uităm în perioada stării de urgență dificultatea de a achiziționa echipamente de protecție, dificultate în care medicul de familie din nou s-a regăsit singur.

Numărul de consultații, de asemenea în această perioadă, atât în stare de urgență cât și în parte bună din starea de alertă a crescut considerabil în condițiile în care cabinetele medicilor de familie au fost cele mai accesibile în contextul limitării activității spitalelor și a ambulatoriului de specialitate.

Cred că, creșterea procentului de finanțare va asigura o atractivitate mai crescută pentru tinerii medici și care este un punct important pentru supraviețuirea medicinei de familie în următorii 10 ani, pentru că în condițiile actuale ne îndreptăm spre un dezastru al medicinei de familie.

Toate programele, inclusiv cele de reconstrucție și dezvoltare prevăd creșterea acoperirii cu servicii de asistență medicală primară, îmbunătățirea eficienței cheltuielilor în sectorul sanitar, dar aceste obiective nu se pot produce printr-o finanțare corectă. Furnizarea de servicii medicale de calitate și diversificarea serviciilor care se încearcă acum și pe care o salutăm că în sfârșit se întâmplă, înseamnă nu doar apariția lor în Norme, în Contractul cadru, înseamnă din punct de vedere managerial, achiziții la nivel de cabinet de medicină primară, înseamnă personalul medical pregătit corespunzător, atât medicul și asistenta, toate asta înseamnă cheltuieli și de asemenea înseamnă personal angajat remunerat corespunzător, înseamnă scăderea stresului profesional, concedii de odihnă corespunzătoare, asta înseamnă un management eficient al cabinetului care nu se poate produce în condiții de subfinanțare.

Aș mai avea de adăugat, introducerea în programele de prevenție a screeningului hepatitelor virale, chiar și etanolice care sunt o problemă de sănătate publică și nu se regăsesc în pachetele de investigații paraclinice la adultul asimptomatic și redistribuirea punctelor per capita pe categorii de vârstă, în special la copii cu vârsta cuprinsă între 0-3 ani, cât și a punctajului pentru serviciile acordate acestei categorii de vârstă.

Vă mulțumesc!

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Vă mulțumim! O invităm pe Doamna Dr. Klara SOOS-SZABO - CABINETUL MEDICAL DR. SOOS-SZABO KLARA!

**Doamna Dr. Klara SOOS-SZABO - CABINETUL MEDICAL DR. SOOS-SZABO KLARA:** În concordanță cu cele spuse de către antevorbitori, m-aș referi și eu la problema finanțării medicinei primare. În prezent datorită subfinanțării, dar și datorită unor constrângeri absolut abuzive, acest contract cu CAS a devenit deja excesiv de oneros pentru un medic de familie, umilitor și discriminator. Și dna Dr. Aliona Ioana a făcut referire la faptul că venitul, finanțarea unui cabinet de medicină de familie în cele mai multe cazuri este echivalent sau mai mică cu baza de salariu al unui medic cu același grad profesional, angajat la o unitate sanitară de stat în condițiile în care ambii medici lucrează în același sistem de asigurări de sănătate, și sunt remunerați din același Fond, înseamnă o discriminare evidentă în cazul medicilor de familie.

Solicităm ca această discriminare să dispară, finanțarea să fie la așa un nivel încât să avem și noi și angajații noștri venituri similare cu cei angajați într-o unitate de stat.

Această creștere de 22%, nu știu dacă se va regăsi exact în valoarea punctului per capita și per serviciu, pentru că oricum calculăm, nici acei 10 lei nu înseamnă 22% creștere a valori și dacă considerați că este corect ca această creștere să însemne examinări paraclinice atunci este o înșelare atât a opiniei publice cât și a medicului de familie.

Totodată, solicităm să ni se respecte competențele noastre profesionale, pentru că acele protocoale așa zise terapeutice, în fapt sunt niște protocoale administrative prin care ni se restrâng și ni se retrag unele drepturi câștigate prin examene. Ori conform Constituției un drept câștigat nu se poate nici retrage, nici constrânge printr-un act administrativ precum sunt acele protocoale, deci respectați drepturile noastre constituționale. Tot referitor la respectarea drepturilor, Constituția României prevede și garantează dreptul tuturor organizațiilor profesionale și patronale legal constituite, dreptul de a reprezenta interesele sociale, profesionale și economice

ale membrilor săi. Codul civil care este tot Legii 95 si Contractului cadru, prevede obligativitatea negocierii Contractului cadru.

Solicităm ca acest drept de a negocia Contractului cadru să fie respectat tuturor organizațiilor profesionale și patronale legal constituite, pentru că Constituția așa prevede și nu permite ca o instituție sau autoritate să facă diferențiere între o organizație legal constituită sau alta.

În ceea ce privește, revin iarăși la acele protocoale, antevorbitorul d-nul Irimia și dânsul a făcut referire la tensionarea relației medic și pacient. Aceste protocoale, așa zise terapeutice, nu fac altceva decât tensionează această relație medic – pacient, deteriorează această relație, dar totodată generează costuri suplimentare, inutile și nejustificate sistemului de asigurări de sănătate. Nici financiar și nici profesional nu se pot explica aceste protocoale, solicităm să ni se respecte drepturile câștigate prin examene.

Vă mulțumesc!

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Vă mulțumim! O invităm pe doamna Dr. Mădălina NICOLESCU, medic specialist medicina de familie.

*(nu s-a conectat)*

**Doamna Dr. Raluca Zoițan, Președinte FNPMF:** Colega noastră ne-a transmis mesajul pe care pot să îl citesc eu.

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Vă rugăm, doamna Doctor!

**Doamna Dr. Raluca Zoițan, Președinte FNPMF:** Mesajul era referitor tot la modificarea din ordinul pentru Norme, ceea ce am trimis și la consultări, acea propunere de a schimba modul de prezentare a modului de plată în medicina de familie din puncte în per capita și per serviciu, în tarif exprimat în lei. Și colega noastră spunea în afara de asigurarea transparenței sumelor de bani decontate pe aceste doua feluri de finanțare a medicinei de familie pe listă și pentru serviciu, atât pentru asigurați cât și pentru furnizori, argumentele pe care le aduc în discuție sunt următoarele:

- beneficiu pentru CNAS,
- o mai bună și simplă evidență a felului cum sunt alocați banii asistenței medicale primare către furnizori,
- ușurința crescută în a modifica și a pune în practică politicile de sănătate publică ale MS și ale CNAS,
- ușurința în a acorda nevoile de serviciile de sănătate ale populației cu posibilitățile furnizorilor de a le acorda, în diverse zone cu nevoi diferite și resurse diferite,
- ușurința de a aplica sancțiunile atunci când sunt abateri de la responsabilități contractuale ale furnizorilor,
- beneficii pentru furnizori și cabinete,
- o mai bună obiectivare și reprezentare a valorii recompensate a fiecărui serviciu pe care îl acorda și o motivație obiectivă în a fi acordate așa cum sunt explicitate în Norme,
- ușurința în a fi organizată și programată munca la nivelul cabinetului medicului de familie, știut fiind că este plafonată cantitatea de servicii medicale, pe care CNAS le poate plăti în limita bugetului alocat asistenței medicale primare,
- o mai corectă și dreaptă percepție a importanței greșelilor sancționabile în cadrul contractului și o asumare firească a lor,
- o mai corectă înțelegere și aderență la politicile de sănătate publică, în diverse etape, după felul cum sunt valorizate mai mult sau mai puțin diversele servicii,

- o mai bună reaşezare pe baze mai corectă și obiectivă a relațiilor de încredere care trebuie să existe între medic și pacient în folosul actului medical în sine,
- nu în ultimul rând, beneficii pentru asigurați și în general pentru public,
- o mai corectă percepție a valorii fiecărui serviciu plătit de CNAS pe care asiguratul îl primește de la medicul său de familie,
- și o înțelegere ușurată a capacității sistemului de sănătate în a satisface nevoile medicale, ceea ce generează aşteptări corecte, dar și o implicare suplimentară în rezolvarea propriilor probleme de sănătate.

Acesta era mesajul pe care colega mea voia să îl susțină. Vă mulțumesc!

**Doamna DIRECTOR Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Vă mulțumim! O invităm pe Doamna Virginia-Cecilia PĂUNESCU, avocat!

**Doamna Virginia-Cecilia PĂUNESCU, avocat:** În completarea celor prezentate de medicii de familie pe care îi reprezint, o să îmi permit să punctez doar câteva aspecte, întrucât marile probleme au fost deja foarte bine prezentate.

Cu privire la acele doua proiecte de modificare a actelor normative, Contractul cadru și Normele de aplicare, a fost publicata o Nota de fundamentare în care sunt menționate o serie de acte în baza cărora s-au făcut aceste modificări. Pentru a fi respectat principiul transparenței, precum și dreptul părților implicate la informare, solicităm să fie atașate, comunicate, făcute cunoscute părților premergător încheierii contractelor.

De asemenea, ne rezervăm dreptul de a formula observații și propuneri față de noile forme ale Contractului cadru și ale Normele care au fost publicate ieri, pe site-ul CNAS, având în vedere perioada scurtă de timp, față de data de astăzi, data acestei organizări a dezbaterii publice.

De asemenea, noi apreciem că Nota de fundamentare nu este completă, nu avem o justificare a modificărilor propuse, nu avem publicată o analiză și o strategie ca să înțelegem întregul mecanism.

În ultimul an, 8 patronate din toată țara, precum și un grup de medici de familie am formulat o serie de propuneri care să ajute la restabilirea echilibrului în Contractul pentru acordarea serviciilor medicale în asistența medicală primară, propuneri care nu au fost luate în considerare în cele doua proiecte pe care le-ați publicat. Arătăm că medicilor de familie le-a fost transmisă responsabilitatea asigurării asistenței medicale primare, fără însă a susține financiar sistemul de sănătate. În răspunsurile primite de la autorități ni s-a arătat de multe ori că până la urmă medicii de familie au dreptul să aleagă dacă să semneze sau să nu semneze acest contract cu CAS. Noi vrem să vă spunem că pacienții asigurați care sunt înscriși pe listele medicilor de familie, nu pot beneficia de drepturile ce li se cuvin în baza asigurării de sănătate pe care o plătesc dacă medicul lor de familie nu încheie acest contract de furnizare de servicii medicale. Pacienții neasigurați și înscriși pe listele medicilor de familie, acestora li se poate teoretic pretinde o plată pentru serviciile medicale prestate, însă cei neasigurați de obicei fac parte din categoriile defavorizate care nu au venituri și prin urmare nu își pot permite nici un fel de plată. A le acorda servicii medicale contra cost, înseamnă în fapt a-i priva de asistența medicală primară, ceea ce medicii de familie refuză să facă și de aceea prestează numeroase servicii fără a fi remunerați. Fiecare medic de familie poate încheia cel mult un contract cu CAS, iar pentru serviciile decontate prin CAS nu mai poate percepe alte tarife suplimentare, aceasta chiar dacă prețul primit de la CAS așa cum au arătat și antevorbitorii, nu acoperă nici pe departe cheltuielile cu prestarea aceluși serviciu.

Profesia de medic specialist de medicină de familie trebuie să poată fi exercitată în condiții atractive și nu excesiv de restrictive și oneroase. Efectele aplicării acestor contracte de-a lungul anilor sunt vizibile în evoluția ramului medicinei de familie în ultimii ani.

Am să menționez din Contractul cadru doar ceea ce nu a fost amintit până acum, respectiv sistemul sancționator care este excesiv. Orice eroare administrativă este sancționată chiar dacă nu s-a produs nici un

prejudiciu, deși atribuțiile administrative date prin Contractul cadru și prin Norme în sarcina medicilor de familie, depășesc, de fapt nici nu intra în competența medicilor de familie. Acele controale, am nenumărate sesizări de la clienții mei, medici de familie din toată țara care au fost controlați după perioade lungi, de 2, 3, 4 ani, cu privire la aspecte de asemenea administrative și cărora li se impută și li se execută silit sume reprezentative, cu dobânzi și majorări. Încă o dată, pentru chestiuni administrative cu care nu trebuie să se ocupe medicul de familie, medicul de familie trebuie să se ocupe de pacientul lui.

Așa cum au arătat și antevorbitorii, aparent veniturile cabinetelor medicale de medicină de familie au crescut, însă creșterea este doar în statistici. În realitate creșterea veniturilor nu ține pasul cu explozia creșterii cheltuielilor, multe dintre aceste cheltuieli fiind incluse în Contractul cadru și în Norme.

Mulțumesc!

**Doamna DIRECTOR Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Vă mulțumim! O invităm pe Doamna Dr. Angela Mazdrag UNIUNEA PATRONATELOR INDEPENDENTE DIN MEDICINA DE FAMILIE

*(nu s-a conectat)*

**Doamna DIRECTOR Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Îl invităm pe domnul Dr. Dina Mergeni, Președinte al Asociației Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală!

**Domnul Dr. Dina Mergeni, Președinte Asociația Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală:** Mulțumesc Casei Națională de Asigurări de Sănătate, pentru această inițiativă a acestei mese rotunde, trag nădejde ca lucrurile acestea se vor repeta în continuare și că consultările promise de acum în acolo până la sfârșitul acestui an, vor continua așa cum am fost informați.

Colegii mei au vorbit despre o mare parte a problemelor cu care se confruntă medicii de familie, așa că mie îmi rămân două dintre ele la final.

În primul rând, cu toții putem constata fără prea mare greutate creșterea în general a populației a morbidității și mortalității prin boli cronice și complicațiile acestora. O parte din aceste afecțiuni pot fi prevenite sau prin diagnosticare precoce poate fi prevenită apariția complicațiilor și cu implicație majoră asupra calității vieții pacienților.

Totuși, pentru a realiza un bun control al acestor boli cronice avem nevoie de niște lucruri care nu se regăsesc deocamdată, și din păcate nu se regăsesc nici în actualele modificări aduse Contractului Cadru și Normelor de aplicare ale acestuia.

Amintesc, realizarea monitorizărilor conform recomandărilor ghidurilor și nu conform prevederilor unor acte administrative. Ce se întâmplă acum, că noi găsim cum să facem o monitorizare la o boală cronică într-un act, cum este ordinul acesta pentru Norme, nu trebuie să se mai întâmple, aceste lucruri trebuie să fie direcționate către deciziile ale societăților profesionale.

De asemenea, avem nevoie de fonduri pentru investigații dedicate exclusiv prevenției în așa fel încât ducerea acestora la bun sfârșit să fie posibilă. Avem nevoie de creșterea valorii serviciilor preventive pentru a stimula realizarea acestora, deoarece aceste consultații preventive sunt mari consumatoare de timp și de documente de completat necesare în raportarea activității de prevenție.

În plus, deși nu este partea noastră de sistem sanitar avem nevoie de servicii de ambulator dedicate exclusiv prevenției. Și creșterea valorii acestor servicii preventive pentru a asigura un acces mai facil al pacienților pe care încercăm să îi monitorizăm la serviciile ambulatoriului de specialitate, unde știm la fel ca și la noi există o limitare a numărului de consultații raportabile pe zi.

Ca să spunem lucrurile clar, cu o activitate pe care nu o poți finaliza din lipsa de fonduri devine neinteresată pentru medici, dar mai ales pentru pacienți.



Trag nădejde că scăderea mortalității prevenibile, creșterea speranței de viață și a speranței de viață de calitate vor intra printre prioritățile Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cu ocazia unor noi modificări ale actelor legislative în vigoare.

În al doilea rând, pe perioada stării de alertă sunt în vigoare prevederi legislative favorabile pacienților noștri prin garantarea accesului facil la numeroase medicamente uzuale. În schimb, după terminarea acestei perioade noi tragem nădejde că se va întâmpla cât mai curând posibil, ne vom lupta din nou cu protocoale de prescriere care au singur scop limitarea decontărilor medicamentelor. Aceste protocoale împiedică accesul pacienților la medicația necesară, împiedică continuitatea acestei medicații cronice necesare, duc la agravarea bolilor în lipsa unui tratament corespunzător și cresc costurile în sistem din cauza aparițiilor complicațiilor.

Ele produc o inechitate clară cu privire la dreptul de sănătate între rural și urban, în strânsă legătură cu accesul la servicii de ambulatoriu de care menționam anterior. Împiedică de asemenea centrarea activității medicului de familie pe nevoile medicale ale pacienților determinând o creștere a birocrăției activității acestora, așa cum și colegii mei antevorbitori au menționat.

Și ceea ce e cel mai important cresc costurile în sistem prin decontarea de consultații nejustificate medical, ci doar administrativ pentru obținerea unei scrisori medicale.

Totuși, dintre modificările propuse de CNAS, de curând, lipsesc cu desăvârșire și cele care ar fi putut duce la o creștere a rolului profesional al medicului de familie și a atractivității specialității.

De asemenea, aceste modificări ar fi dus și la scăderea drumurilor inutile pe care trebuia să le facă o mare parte dintre asigurați. Prin lipsa unor astfel de măsuri, așa cum sunt cele menționate anterior, medicii tineri sunt îndepărtați și mai mult decât erau până acum de specialitatea aceasta și sunt descurajați să își înceapă activitatea în zonele neacoperite cu medici de familie din ce în ce mai numeroase la nivel național.

Trag nădejde că lucrurile pe care le-am menționat vor fi luate în considerare de CNAS și ele se vor regăsi în modificările viitoare, faptul că acum au început cu niște modificări mici și mai puțin importante și acestea care sunt foarte importante le-am lăsat pentru altădată, arată o prioritizare nefirească a subiectelor pentru CNAS.

Mulțumesc!

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Vă mulțumim! Învităm pe Doamna Timofte Loredana Anca Manager SC BALNEOMEDCENTER SA -

*(nu s-a conectat)*

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Vă mulțumim! Învităm pe Doamna Consuela Stan MESSER MEDICAL HOME CARE RO SRL

*(nu s-a conectat)*

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Vă mulțumim! Învităm pe Domnul Iulius Grosu, MESSER MEDICAL HOME CARE RO SRL

**Domnul Iulius Grosu, MESSER MEDICAL HOME CARE RO SRL:** Bună ziua, mulțumesc pentru intervenție, și în numele colegilor mei care au vorbit mai devreme, respectiv unor companii de dispozitive medicale din România, și respectiv din domeniul dispozitivelor medicale închiriate cu accent pe oxigenoterapie și ventilație non-invazivă, ceea ce au spus colegii mei e suficient, nu vreau să mai intru în detalii tehnice, ci vreau să punctez faptul că noi considerăm propunerile pe care le-am înaintat deja instituției d-voastră, sunt propuneri survenite din realitate și considerăm că sunt realiste, și vrem să atragem atenția asupra faptului că, aplecându-vă asupra acestor propuneri nu ne veți favoriza pe noi ca și companii private, deci se va obține o creștere a accesibilității pacienților la terapie. Dacă energia noastră este canalizată către proceduri suficient de greoaie, timpul și energia dedicată dezvoltării și preformării serviciilor pe care le furnizăm pacienților noștri se diminuează.

Avem o rugămintă ca aceste propuneri pe care le-am lansat să faceți toate diligențele posibile să le introduceți de anul acesta, și întrebarea noastră este, în ce măsură considerați ca este posibil.

Vă mulțumesc!

**Doamna Director Dr. Elisabeth Iuliana BRUMĂ:** Vă mulțumim! O invităm pe Doamna Dr. Mădălina NICOLESCU, medic specialist medicina de familie

*(nu s-a conectat)*

### III. ÎNCHEIERE

#### **Doamna Președinte CNAS, Adela Cojan**

Bună ziua din nou pentru noi a fost o experiență grozavă, ziua de astăzi sper să constituie un prim pas în deschiderea noastră către aspectele cele mai importante pe care d-voastră le-ați evidențiat astăzi. Astăzi dumneavoastră ați nuanțat anumite lucruri și m-am convins încă o dată cât de unică și specială este specialitatea medicină de familie, cât de greu vă este să vă confrunțați în fiecare zi cu situații extrem de heterogene, lucruri pe care colegii dumneavoastră din specialitățile clinice nu le fac. Și m-am convins de faptul că într-adevăr atenția și aplecarea către sectorul de sănătate românesc trebuie să fie îndreptată către acest segment esențial de asistență medicală.

Este clar că este vorba despre o subfinanțare, deși eforturi financiare pe acest domeniu s-au făcut, numai că este o subfinanțare cronică a întregului sector de sănătate din România. Suntem pe ultimul loc în Europa, avem numai 5,2% din produsul intern brut alocat sănătății, medicinei de familie revenindu-i din câte am calculat anul trecut în raportul pe care l-am publicat pe site, deocamdată 9,2%, și în perspectiva și viziunea noastră este ca procentul din PIB-ul acesta mic pe care îl are România, procentul alocat medicinei de familie să crească de la an la an, astfel încât să vă puteți îndeplini atribuțiile și responsabilitățile așa cum ați visat atunci când ați început această carieră frumoasă.

Sunt de acord cu faptul că este o profesie mult mai expusă la burnout și la risc profesional, într-adevăr sunteți singuri câteodată în fața unor pacienți care poate sunt mai dificili, mai pretențioși, vă confrunțați cu situații încărcate emoțional de la naștere până la deces, poate sunteți mai nou copleșiți și de așteptările din ce în ce mai crescute ale pacienților și ale familiilor lor și bineînțeles, recunoaștem și ale autorităților sanitare. Tocmai acest lucru aduce o strălucire acestei specialități și vă conferă dumneavoastră acest tip de abordare atât de mult dorită a medicinei, o abordare bio-psiho-socială, în care interrelaționarea umană la care dumneavoastră sunteți maeștri este cea care primează.

În continuare o să facem toate eforturile, dar cred că s-a văzut totuși că există o largă deschidere pentru a prelua de la dumneavoastră problemele cu care vă confrunțați și a le transpune într-o legislație care să se plieze mai mult pe așteptările și ale dumneavoastră și ale pacienților noștri.

Vă mulțumim foarte mult și păstrăm legătura, ținem aproape!

**IV. Tabel nominal cu toate persoanele care au participat la dezbaterile din data de 22.02.2022**

<b>Nr. crt.</b>	<b>Numele și prenumele</b>	<b>Organizația din care fac parte</b>
1	Mădălina Guiu	<b>Point Public Affairs</b>
2	Dragoș Dănilă	
3	Prof. univ. dr. Mihai Berteanu, Președinte	<b>Comisia de specialitate Medicina Fizica și de Reabilitare a Ministerului Sănătății</b>
4	Sorina Agatha Pătatu	<b>MERCK ROMANIA SRL</b>
5	Razvan Costinel Radescu director general	<b>SC MEDCENTER SRL</b>
6	Mirea Florentina director zonal	
7	Sergiu Donea, director operatiuni si tranzactii	
8	Enachescu Elena, sef laborator,	
9	Prof. dr. Romulus Timar, Președinte	<b>Societatea Română de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice</b>
10	Dr. Pantea Valentin	<b>Medic medicina de familie</b>
11	Dr. Balan Dumitra	<b>Medic primar Diabet, nutriție și boli metabolice</b>
12	Av. Dragos Bobu – reprezentant legal	<b>SC AIR LIQUIDE VITALAIRE ROMANIA SRL</b>
13	Viorel Roman – National Manager	
14	Adriana Rotaru	
15	Petruta Panait	
16	Pavel Cristina, Președinte,	<b>Asociația Farmaciilor Independente Ethica</b>
17	Mihaela Pop, director executiv,	
18	D-nul Dorin Dumitru-Didiță – Manager Homecare	<b>Furnizor de dispozitive medicale LINDE GAZ ROMÂNIA S.R.L.</b>
19	D-nul Ovidiu Dragomir – Farmacist,	
20	Boitan Florin- Marius	<b>Asociația Nationala a Laringectomizatilor Total din Romania</b>
21	Dr. Alexandrina Haranguș, medic de familie,	<b>Cabinet Medical Medicină Generală Medicină de Familie</b>
22	Dr Mocanu Laurentiu Vasile, Președinte	<b>Patronatul Medicilor de Familie Dambovita</b>
23	Conf.Dr. Mariana Rotariu,	<b>reprezentant legal -SC Pro Life Clinics Iași</b>
24	Prof. Dr. Cornelia Bala membru	<b>Comisia consultativă de Diabet, nutriție, boli metabolice a MS</b>
25	Virgil Pop	<b>Centrul Medical ARSMED SA</b>
26	Tiba Ernestine-Claudia Coordonator executiv Programul “Servicii de Ingrijire La Domiciliu”	<b>Asociația Centrul Diecezan Caritas Iași</b>
27	Cristina VLAD – Secretar director AFPM	<b>Asociația Furnizorilor de Produse Medicale</b>
28	Violeta PĂTRU – Consultant AFPM	

29	Dan ZAHARESCU – Director Executiv	<b>Asociația Română a Producătorilor Internaționali de Medicamente („ARPIM”)</b>
30	Lucian Băbâi, Vicepreședinte interimar	<b>Asociația Patronală a Producătorilor, Importatorilor și Furnizorilor de Dispozitive Medicale din Romania</b>
31	Laurențiu Chideanu, Președinte interimar	
32	Bogdan Mîțoc, membru	
33	Gabriel Mircescu, Vicepreședinte, responsabil al Registrului Renal Român	<b>Societatea Română de Nefrologie</b>
34	Olteanu Mihaela	<b>Medical Solutions &amp; Stomizare</b>
35	Buraga Alina Gabriela, Coordonator Centru de Îngrijire la Domiciliu	<b>Asociația Centrul Diecezan Caritas Iași</b>
36	Dr. Dogaru Carmen-Adriana	<b>Cab. Med. Fam. Dr. Dogaru Carmen-Adriana</b>
37	Ec. Tescoi Alina Mariana Manager	<b>Centrul National Clinic de Recuperare neuropsihomotorie copii dr. NICOLAE ROBANESCU</b>
38	Dr. Mirea Andrada Director medical	
39	Iubis Oana Carmen Consilier juridic	
40	Florina Birzan Market Access Manager	<b>AstraZeneca</b>
41	Ovidiu Tene	<b>Sanador S.R.L</b>
42	Paniti Zsofia, Reprezentant legal	<b>SC HVB MEDICAL SRL</b>
43	Oana Elena Perju	<b>Novo Nordisk Farma S.R.L.</b>
44	Conf. Univ. dr. Adrian Bighea	<b>Societatea Română de Reabilitare Medicală</b>
45	Râmbu Ines Nerina Președinte	<b>Asociația de pacienți cu diabet Type 1 Dreamers – Visătorii Tip 1</b>
46	Dr. Mihalcea Madalina, medic Diabet Zaharat Nutritie si Boli metabolice	<b>SC Diabmed dr Popescu Alexandrina SRL</b>
47	As. Bolohan Ana Maria	<b>SC Pro Life Clinics SRL</b>
48	Marinela Debu Presedinte	<b>APAH-RO</b>
49	Cezar Irimia Presedinte	<b>FABC, APCR</b>
50	Adrei Reurean Pintilei Președinte	<b>Asociația pentru Consiliere și Educație în Sănătate</b>
51	Vasilica Macarie – Director Programe	
52	Cristina-Valeria POPESCU Patient Value, Access and Advocacy Manager reprezentant	<b>Compania farmaceutică Takeda Pharmaceuticals SRL</b>
53	Dr. Moisescu GH. Mihail Președinte	<b>Asociația Patronatului Medicilor de Familie Gorj</b>
54	Dr. Raluca Zoițanu Președinte	<b>FNPMF</b>
55	Marioara Ivan – Presedinte	<b>Fundatia Crucea Alb-Galbena din Romania</b>
56	Mihai Geantă Director general	<b>CAS Ialomița</b>
57	Duda Tihamer Attila Director General	<b>CAS Harghita</b>
58	Karda Istvan Director Relații Contractuale	

59	Dan STOICA Director General	CAS Bacau
60	Dr. Petre Gorgon	Polimed Dacia Brasov
61	Dr. Vornicu Ciprian-Ovidiu medic primar Medicina de Familie	Societatea Nationala de Medicina Familiei
62	Andreescu Ionut	S.C. ORTOTECH S.R.L.
63	Luana Ionascu,	Bristol Myers Squibb Romania
64	Alexandra Ratoi	
65	Viorel Vacaru	
66	Amalia Corina Mihai, Market Access Manager	IPSEN PHARMA ROMANIA SRL,
67	Claudia Pantu	Biosintex SRL
68	Stefanescu Ionut-Marius Administrator	S.C. CLARFON S.A.
69	Catalin Batrinu	Medair Oxygen Solution
70	Florica Vasile	
71	Timofte Loredana Anca Manager	SC BALNEOMEDCENTER SA,
72	Dr. Mihaela Stefanescu	Nectarium Medica Srl/ Medic primar MF/Ingrijiri Paliative
73	Dr. Dușu Raluca Mihaela, medic specialist medicină de familie, atestat îngrijiri paliative	
74	Dr . Baila Iulia -Presedinte	PATRONATUL MEDICILOR DE FAMILIE DIN JUDETUL MURES
75	Dr . Boitor Luminita -Vicepresedinte	
76	Dr. Roxana Ștefan, medic primar Diabet, nutriție, boli metabolice,	Policlinica Providența Iași
77	Dr. Glavan Ileana Mariana medic primar	„ C.M.I. dr Glavan Ileana” în Râmnicu Vâlcea
78	Dr. Marina Pircalabu trezorier	Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
79	Morosanu Andreea medic primar Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	Diamed Obesity SRL, Galati
80	Mariana Sirbu – manager advocacy	ASOCIAȚIA HELP AUTISM
81	Daniela Borsanu	CAS Iasi
82	Dr. Codruța –Leontina Popescu Președinte	PATRONATUL MEDICILOR DE FAMILIE SIBIU
83	Dr. Mihaela Stan Vicepresedinte	
84	Dr. Aliona IOANA, Președinte	PATRONATUL MEDICILOR DE FAMILIE TIMIȘ
85	Dr. Agneta Raluca LUP, Vicepreședinte	
86	Dr. Ramona-Carmen GERMAN Președinte	ORGANIZAȚIA PATRONALĂ A MEDICILOR DE FAMILIE BIHOR – O.P.M.F.BH
87	Dr. Klara SOOS-SZABO	CABINETUL MEDICAL DR. SOOS- SZABO KLARA
88	Dr. Mădălina NICOLESCU, medic specialist medicina de familie	
89	Virginia-Cecilia PĂUNESCU, avocat,	PAUNESC VIRGINIA CECILIA CABINET AVOCAT
90	Rusu Alexandra Elena – Director Sucursala	Radiotherapy Center Cluj SRL
91	Georgiana Coșoveanu	

	Senior Manager Governmental and Corporate Affairs	<b>Janssen Pharmaceutical Companies of Johnson &amp; Johnson</b>
92	Larisa Cofaru Health Economics Market Access and Reimbursement Manager	
93	Pătrașcu Andreea Market Access Specialist	<b>MAGNAPHARM MARKETING &amp; SALES ROMANIA S.R.L.</b>
94	Dr. Angela Mazdrag, Președinte	<b>UNIUNEA PATRONATELOR INDEPENDENTE DIN MEDICINA DE FAMILIE</b>
95	Udroiu Petruta Pricing and Reimbursement Manager Market Access and Government Affairs Department	<b>Roche Romania SRL</b>
96	Laura Ciot	
97	Dr. Dina Mergeani Președinte	<b>Asociația Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală</b>
98	Diana Cruceru Senior Associate, Corporate Affairs Strategies	<b>Corporate Affairs Strategies</b>
99	Dr. Delia HORA	<b>ORGANIZAȚIA PATRONALĂ A MEDICILOR DE FAMILIE BIHOR – O.P.M.F.BH,</b>
100	Dr. Adrian ROȘU	
101	Dr. Iulian VASADI	
102	Dr. Valeria Herdea Vicepreședinte Coordonator al Departamentului economico-social și de asigurări de sănătate	<b>CMR</b>
103	Dr. Anamaria Nițulescu Director CMR	
104	Dr. Mirela Oniceanu Consilier medic, Departamentul economico-social și de asigurări de sănătate	
105	Ramona Elena Cherciu Consultant, Departamentul de imagine, relații interne și externe	
106	Ancuța Daisa	<b>CAS BRASOV</b>
107	Iulius Grosu,	<b>MESSER MEDICAL HOME CARE RO SRL</b>
108	Consuela Stan	<b>MESSER MEDICAL HOME CARE RO SRL</b>
109	Dr. Liliana Udma, medic primar diabet zaharat, nutritie, boli metabolice, Constanta	

Intocmit,  
Daniela JITEA  
Cristina MITITEAN  
Raluca BRĂȚIANU  
Laura ZABULIC

Verificat,  
Cristina MITITEAN  
Daniela JITEA  
Laura ZABULIC  
Raluca BRĂȚIANU