

## MINUTA

### DEZBATERII PUBLICE DIN DATA DE 27.09.2022 CU TEMA

**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**

#### I. PARTICIPAREA LA DEZBATERE

Urmare a două solicitări din partea furnizorilor de servicii medicale privind organizarea unei dezbateri publice asupra proiectului 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, proiect de ordin elaborat ca urmare a necesității punerii în aplicare a prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 37/2022 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și a Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, precum și stabilirea unor alte măsuri în domeniul sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate a organizat Dezbaterea Publică online, pe platforma zoom, asupra proiectului de act normativ sus menționat.

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:**

- **Doamna Liliana MIHAI - Director Adjunct Direcția Juridic și Contencios Administrativ**
- **Doamna Angelica COJOCARIU - Director Adjunct DGTI**
- **Doamna Iulia STOIA - Director Adjunct Direcția Generală Relații Contractuale**
- **Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**
- **Doamna Gina DROBOTĂ - consilier superior - Direcția Reglementări și Norme de Contractare**
- **Doamna Daniela JITEA - consilier superior - Direcția Reglementări și Norme de Contractare**
- **Doamna Laura ZABULIC - consilier principal - Direcția Reglementări și Norme de Contractare**

## II. ASPECTE DISCUTATE

În deschidere, doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare, a prezentat ordinea de zi a dezbaterii publice, cu mențiunea că proiectul de act normativ care face obiectul dezbaterii pune în aplicare reglementările alin. (3<sup>2</sup>) – (3<sup>3</sup>) ale art. 232 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și ale art. III alin. (2) din Ordonanței Guvernului nr. 37/2022.

Reglementările Ordonanței Guvernului nr. 37/2022, anterior menționate necesare a fi realizate pentru punerea în aplicare a prevederilor din LEGEA Nr. 1/2021 pentru ratificarea Acordului de împrumut (Program pe bază de rezultate în sectorul sanitar din România) dintre România și Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare, semnat la New York la 23 septembrie 2019, amendat și actualizat prin Scrisoarea de amendament semnată între România și Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare la București la 31 iulie 2020 și la 26 august 2020, în ceea ce privește introducerea în sistemul asigurărilor sociale de sănătate a pachetului minimal extins pentru persoanele neasigurate. Prevederile proiectului de act normativ supus dezbaterii publice introduce un nou articol, articolul 11<sup>1</sup>, și completează articolul 12, din anexa 2 la *Ordinul 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, cu modificările și completările ulterioare*, specificându-se faptul că persoanele neasigurate se înscriu sau se reînscriu pe lista medicului de familie doar pe baza cererii, fără a fi necesar cardul de asigurări sociale de sănătate.

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 proiectului de act normativ, cu mențiunea că ordinea intervențiilor este dată de ordinea în care s-au realizat înscrierile la adresa de email înscrisă în anunțul dezbaterii.

La dezbateri publică s-au înscris pentru participare un număr de 36 de participanți, la cuvânt s-au înscris un număr de 17 participanți, fiecare participant va avea dreptul la 5 minute în care să-și expună argumentele pentru care apreciază necesară dezbateri publică, și dacă sunt și anumite considerații sau neclarități sunt rugați să le precizeze.

### **Domnul Dr. Vornicu Ciprian-Ovidiu - SC CAB MED DR ZAHARIA CLAUDIA DOINA SRL Iași**

O să punctez exact pe cele două articole care se vor modifica, la articolul 11 este un paragraf care nu are logică, și anume persoanele care nu fac dovada calității de asigurat și care sunt înscrise pe lista unui medic de familie, se reînscriu pe lista aceluiași medic de familie sau a unui alt medic de familie în mod liber ales. Întrebarea este de ce trebuie să se reînscrie persoanele deja înscrise, pentru că ele deja și-au dat acordul pentru înscrierea la acel medic. Dacă între timp o persoană asigurată care este înscrisă la acel medic devine neasigurată, trebuie să o reînscriem? Până când se va face acest lucru? De fiecare dată când aceeași persoană va deveni neasigurată, va trebui să o reînscriem? Care este logica acestei reînscrieri? De ce nu se aplică și persoanelor asigurate? Să facem din nou reînscrierea celor asigurați? Nu văd nicio diferență între unul și altul. La articolul 12, înscrierea prin transfer pe lista unui medic de familie se face pe baza cererii de înscriere sau prin transfer și a cardului național de asigurări sociale de sănătate pentru persoane asigurate, respectiv pe baza cererii de înscriere sau cererii de reînscriere prin transfer pentru persoanele neasigurate. Din aceasta se deduce faptul că persoanele neasigurate nu utilizează cardul, dar sunt persoane neasigurate care au card pentru că au obținut acel card în momentul în care erau asigurate. Să înțeleg că ele nu mai trebuie să folosească cardul? El, totuși este ca o semnătură electronică, prin urmare nu văd de ce nu ar trebui să utilizăm cardul în cazul persoanelor neasigurate. Iarăși, din momentul utilizării buletinului electronic, acest buletin va ține locul cardului? Deja în Cluj se emit buletine electronice, este un proiect pilot, prin urmare trebuie menționat în norme că înscrierea se poate face și în baza acestui buletin electronic, atunci când acesta va fi disponibil. Apoi, pentru situațiile de înscriere prin transfer,

medicul de familie primitor are obligația să anunțe în scris, prin poștă, e-mail, fax, în maximum 15 zile lucrătoare medicul de familie de la care a plecat persoana asigurată. Sunt de acord, cu condiția să putem ști care este acel medic de la care a plecat asiguratul. Mai sus, dacă o să vedeți în ordin, spune că asiguratul sau, în fine, persoana care se înscrie va trebui să menționeze numele medicului de la care pleacă, după caz, adică dacă știe sau nu știe, pentru că eu am foarte multe situații în care persoana nu știe la ce medic a fost înscrisă și chiar dacă ar ști, nu avem de unde să îi luăm datele de contact. Dacă Casa Națională de Asigurări de Sănătate nu poate să pună la dispoziție această informație, medicul care înscrie asiguratul sau neasiguratul nu poate să respecte această obligație. Observ o preocupare a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate de a asigura cât mai multe servicii persoanelor neasigurate și înțeleg, există acest acord cu Banca Mondială, e un lucru admirabil, dar trebuie să ne întrebăm din ce fonduri pot fi acoperite aceste servicii, pentru că fondurile de la Banca Mondială, sunt de fapt un împrumut care trebuie restituit cu tot cu dobândă și sunt din ce în ce mai multe categorii de persoane care nu plătesc contribuția la FNUASS. Apar din ce în ce mai multe categorii de persoane care nu plătesc contribuții la sănătate sau impozit pe venituri. Mai nou, am văzut cele din agricultură, cele din construcții. În schimb, față de personalul care asigură aceste servicii medicale, de exemplu medici, asistente, nu există nici o preocupare a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și am să vă dau un exemplu. În Legea 95/2006 există un articol 419, care prevede că membrii CMR au următoarele drepturi: să beneficieze în mod gratuit de asistență medicală, medicamente și proteze, începând cu 1 ianuarie 2008, în condițiile respectării dispozițiilor legale privind plata contribuției la asigurările sociale de sănătate, atât medici în activitate sau pensionari, cât și soțul, soția și copiii aflați în întreținerea acestora. De 14 ani de când această prevedere legislativă a fost publicată, nu s-a pus în aplicare niciodată. Și, mai mult decât atât, medicii plătesc contribuții la sănătate și impozite pe salarii, și pentru activitățile independente, și pentru dividende și pentru orice alte venituri pe care le încasează. Vă rugăm să vă aplecați și asupra acestei categorii, mai ales că ei sunt principalii contractanți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, fără aceștia dumneavoastră nu ați avea niciun fel de activitate. Mulțumesc.

### **Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

Mulțumim și noi. Având în vedere timpul limitat, vă vom răspunde acum numai în ceea ce privește proiectul de act normativ supus dezbaterii. Pentru celelalte propuneri, vă rugăm să le înaintați Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, urmând a fi direcționate direcțiilor responsabile și supuse analizei și discuțiilor pentru viitoarele acte normative. Unele dintre acestea nu țin nici de contractul cadru și nici de normele metodologice de aplicare ale acestuia, însă ele sunt valoroase și le vom analiza.

În ceea ce privește proiectul supus dezbaterii, prevederile articolului 11, indice 1, pune, cum spuneam, în aplicare, prevederile exprese ale Ordonanței Guvernului 37/2022. Prin urmare, persoanele neasigurate care sunt deja înscrise pe lista unui medic de familie, prima dată când merg la medicul de familie pentru o consultație, medicul de familie îi reînscrie dacă se adresează medicului de familie la care este deja înscris, deci își păstrează medicul de familie. Acestea sunt prevederile exprese ale acordului și a protocolului de realizare a indicatorilor stabiliți de Banca Mondială.

După cum știți, sumele respective se vor vira către Ministerul Finanțelor, nu direct în bugetul FNUASS, ci în bugetul Ministerului Finanțelor. Sumele pentru decontarea acestor servicii se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății sub formă de transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, proportional cu numărul de neasigurați înscrși; când ne referim la cei înscrși este vorba despre cei înscrși pentru prima dată pe lista unui medic de familie, iar cei reînscriși sunt cei care sunt deja înscrși și se reînscriu. Neasigurații, în momentul în care doresc să schimbe medicul de familie, au și ei obligația respectării termenului de șase luni. Deci, respectă aceleași reguli ca și persoanele neasigurate. De aceea se regăsește în proiect menționată și cererea de înscriere prin transfer.

Pentru aceste persoane există excepția de la obligația folosirii cardului, pentru a se realiza mai ușor înscrierea, respectiv, reînscrierea acestora pe lista medicului de familie. Sunt foarte multe persoane care au card emis dar

l-au pierdut sau nu l-au folosit, l-au ignorat, și nu mai știu unde este pentru că nu le-a fost de ajutor sau, persoane asigurate, care între timp au devenit neasigurate sau alte situații precum cele exemplificate. Deci, pentru aceste persoane, care sunt în acest moment neasigurate, înscrierea, respectiv reînscirerea sau transferul se face doar pe baza cererii, fără utilizarea cardului.

Propunerea de utilizare a buletinului electronic poate fi avută în vedere la un proiect de contract cadru viitor, după modificarea și a Legii 95/2006, pentru că, după cum știți, prevederile privind utilizarea cardului național de asigurări de sănătate sunt în aplicarea legii primare.

### **Doamna Angelica COJOCARIU - Director Adjunct DGTI**

Din punct de vedere informatic lucrurile se vor petrece la fel ca până acum. Nu este nicio modificare. Este pur și simplu o reînscirere. Dacă acel pacient apare în interfață ca neasigurat în ziua respectiva și este pe lista dumneavoastră atunci îl reînsciriet. Noi vom verifica calitatea de asigurat exact la data respectivă, la data înscrierii, ca să nu avem niciun fel de alte probleme. Adică, ce vedeți în interfață este verificat și de către noi și asta este tot. Deci nu intervine absolut nimic în plus din punct de vedere informatic, este pur și simplu o înscriere.

### **Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

Pentru persoanele asigurate la această dată, dar care peste o lună vine la dumneavoastră și constatați în interfață că este neasigurată, trebuie să îl înscrieti ca persoană neasigurată pentru a putea fi contorizat în aplicația informatică și astfel să poată fi numărată la realizarea indicatorului Băncii Mondiale, și ulterior să se vireze sumele corespunzătoare.

### **Domnul Dr. Vornicu Ciprian-Ovidiu - SC CAB MED DR ZAHARIA CLAUDIA DOINA SRL Iași**

Am cerut aceste lucruri în momentul în care noi facem o reînscirere a oricărei persoane asigurate sau neasigurate sau o înscrierea a unei persoane care nu a mai fost înscrisă anterior pe lista noastră. Această validare a serviciilor pe care le acordăm acelei persoane se validează pentru luna respectivă, luna următoare nu mai sunt validate deloc, pentru că persoana respectivă nu este recunoscută pe lista noastră și abia în a treia lună se validează aceste servicii, iar teoretic, la regularizare nu ar trebui să primim sumele corespunzătoare serviciilor respective. Practic, niciodată de când s-a făcut regularizarea, noi nu am primit un desfășurător cu serviciile validate ulterior și am cerut acest lucru. Practic, noi primim la regularizare o sumă a carei proveniență nu o cunoaștem. Dar dacă tot facem aceste servicii persoanelor neasigurate, îi reînscirăm, măcar acum sunt validați pe lista noastră și vor fi validate serviciile. Dacă ne apucăm să facem lucrul acesta, o să avem o problemă, iar dacă vreți să știți care sunt persoanele neasigurate în România, abia s-a făcut recensământul, regăsiți lista acolo, puteți face o sincronizare cu ANAF-ul și o să aflați informațiile dorite. Referitor la articolul 12, v-am spus că trebuie să avem acces la această informație, respective de pe lista carui medic vine pacientul, s-a cerut această soluție tehnică de foarte mult timp, eu am cerut-o personal ori de câte ori am avut ocazia.

### **Doamna Dr. Barbu Delia – Președinte Colegiul Medicilor Stomatologi Timiș**

Mulțumesc foarte mult pentru invitație. Nu vreau să vă rețin prea mult, întrucât dezbateră este mai mult pentru medicii de familie, dar am profitat de această ocazie și vreau să vă fac cunoscut faptul că noi solicităm refacerea întregului sistem de acordare a asistenței stomatologice prin asigurările sociale de stat. În acest sens, vă trimitem un material scris la CNAS. Plafonul care se acorda este insuficient, și, ca atare, propunem alt sistem de colaborare cu CNAS, așa cum se face în întreaga Europă. O să vă trimitem scris toate aceste materiale pe care le avem puse la punct în legătură cu toate asigurările și concepțiile Organizației Regionale Europene a FDI. Mulțumesc mult pentru faptul că ne-ați permis să vă aducem la cunoștință acest lucru.

### **Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

Mulțumim și noi, așteptăm propunerile dumneavoastră, deși, cum spuneți și dumneavoastră, nu fac obiectul acestei dezbateri publice. Însă la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se recepționează toate propunerile dumneavoastră privind actele normative.

### **Doamna vicepreședinte a Colegiului Medicilor Stomatologi, doamna doctor CUTUI Mihaela**

Bună ziua! Ceea ce vreau să specific: în cadrul stomatologiei ca și al dispozitivelor medicale, putem include protezele dentare și implanturile dentare. Eu cred că ar fi de bun simț pentru toți pacienții acestei țări care sunt edentați total să beneficieze exact după sistemul european ca și decontare, măcar minim două implanturi pentru ancorarea unei proteze totale ca și suport. Deci, aș ruga CNAS să aibă în vedere această refacere a cavității bucale cu un maxim de confort pentru pacienții români. Mulțumim!

### **Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

Mulțumim și noi. Vă rugăm să ne transmiteți propunerile dumneavoastră însoțite și de o fundamentare financiară.

### **Doamna Prof. Univ. Dr. Podariu Angela – Vicepreședinte**

Bună ziua, mulțumesc frumos de invitație! Este vorba de aparate ortodontice mobile. Aparatele ortodontice sunt dispozitive de deconținere, în primul rând a obiceiurilor vicioase și a funcțiilor deficitare. Activarea, este acțiunea prin care aceste aparate se adaptează la două săptămâni, la o lună. Deconținerea obiceiului pentru a vindeca anomaliiile dento-maxilare este o activitate laborioasă. Deci, trebuie ținut cont și de activare.

### **D-nul. Președinte al Asociației Patronatului Medicilor de Familie Gorj, domnul doctor Moisescu Mihail**

Bună dimineața și o zi bună tuturor! Înțeleg că este vorba de o dezbatere publică. Foarte puțin voi vorbi în calitate de medic de familie. În rest, voi vorbi ca și pacient sau om obișnuit. Sunt absolut de acord și consider foarte bună ideea ca asigurării neplătitori (să nu mai spunem neasigurați, că în România toată lumea este asigurată, așa prevede Constituția, așa prevede Legea nr. 95/2006) să primească un pachet de servicii mai extins, fiind o treabă minunată. Al doilea punct la care mă refer este ok această reînscrisere, mi se pare deja o nebunie. A fost și până acum o nebunie, dar de acum înainte va fi și mai mare. Nu înțeleg de ce este așa de complicat. De ce trebuie să complicăm lucrurile? Omul vine, se înscrie, așa cum ați spus, la prima vizită la cabinet, îl înscriu este mai puțin important, deci nu ar mai trebui atata birocrație. Al treilea punct pe care vreau să îl ating, este vorba de șase luni care trebuie clarificate, în Legea nr. 95/2006, pacientul are dreptul și libertatea de a se înscrie când vrea la ce medic de familie vrea. Aceste șase luni de zile în care noi îl legăm precum țăranul de glie, altădată de un cabinet, eu am un cabinet și eu vreau să îmi țin pacienții, pe lista dar nu cred că trebuie să-i țin așa. Nu aceasta e modalitatea de a ține pacientul. Cred că aceste șase luni au fost introduse la anumite presiuni și deja sunt anacronice, este un lucru urât. Iar acum aș vrea să vorbesc în calitate de medic de familie. Și vreau să vă întreb cum vom reînscriseră acești oameni pe liste? Ei vor beneficia acum de un număr foarte mare de servicii, servicii de care nu beneficiau până acum, pentru care erau plători directi. Intrând pe lista medicului de familie, lista fiind altă aiureală și alta aberație cu care nu sunt de acord, consider ca ar trebui realizată plata per capita pentru toate persoanele înscrise pe lista medicului de familie. Pentru cei care sunt pe listă veți primi următorii bani doar pentru că sunt pe listă sau toți care sunt pe listă beneficiază de serviciile a,b,c și așa mai departe și vor fi plătiți, nu văd cum, dar este problema casei, dar trebuie introdusă plata per capita și pentru acești oameni. Atât am avut de spus și vă mulțumesc pentru șansa de a mă putea exprima.

### **Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

Cum spuneam în deschidere, în proiectul de ordin, care este un act normativ, subsecvent Ordonanței de modificare și completare a Legii nr. 95/2006, nu putem depăși prevederile actelor normative de nivel primar; obligația de a rămâne șase luni pe lista medicului de familie este prevăzută și în Legea 95/2006, asigurații putând să își schimbe medicul de familie ales numai după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe listele acestuia, cu excepția situațiilor prevăzute în Contractul-cadru. În ceea ce privește plata per capita, aceasta este numai pentru asigurați și știți foarte bine că în plata per capita sunt incluse și anumite documente care nu se eliberează celor neasigurați sau asigurați. Există multe categorii de asigurați fără plata contribuției, dar tot asigurați sunt, de aceea nu vom folosi termenul propus de dumneavoastră; să le spunem în continuare neasigurați, dar care beneficiază de pachetul minimal și o să beneficieze de pachetul minimal extins începând cu luna următoare celei în care sunt prevăzute fonduri pentru serviciile acordate lor.

*Solicită domnului Liviu Abrudan, din partea Asociația SMACARE, asociație a pacienților afectați de amiotrofie musculară spinală, să ia cuvântul.*

*(niciun răspuns)*

### **Doamna Dr. Elena Angela MAZDRAG - Uniunea Patronatelor Independente din Medicina de Familie (UPIMF)**

Am rugămintea să răspundeți la partea a doua a întrebării puse de domnul doctor Vornicu, care este foarte pertinentă. Și al doilea punct pe care vreau să-l menționez este să precizați în mare cam ce înseamnă acest pachet extins pentru persoanele care nu își achită asigurările de sănătate. Este vorba despre pacientul asigurat, care la un moment dat devine neasigurat și care, probabil, în noua accepțiune, trebuie reînscris. Formula sub care noi vom fi plătiți pentru acești pacienți asigurați care devin neasigurați și care se asigură, formula sub care vom fi plătiți pentru cei care nu-și plătesc asigurările, dar vor beneficia de acest pachet extins de servicii și, în același timp, pentru ca să reînscriem pe cineva, trebuie să știm și ce le putem oferi acestor oameni, pentru că, oricât ne-am străduit noi să îi înscriem, trebuie să știm ce trebuie să le oferim acestor oameni. Și dacă vom primi retroactiv aceste plăți pentru toată perioada cât acești pacienți care figurează ca neasigurați, dar ei de fapt sunt asigurați și trecem printr-o formă în altă.

### **Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

Acești pacienți care au fost asigurați spre exemplu luna trecută, dar când vin la dumneavoastră ei figurează ca neasigurați, între timp și-au pierdut calitatea de asigurat și sunt neasigurați, dumneavoastră îi reînscieri ca persoana neasigurată, ca ei să se poată număra la acel număr despre care am vorbit, pentru Banca Mondială. Și cum am spus deja, în funcție de acel număr, se primesc sume de la Banca mondială de către Ministerul Finanțelor; din luna următoare în care se livrează fonduri pentru asigurarea pachetului minimal extins în bugetul FNUASS prin transferuri, urmează să se plătească serviciile care se acordă acestor persoane, dar numai servicii acordate de la data aceea. Deci nu se poate plăti retroactiv.

### **Doamna Dr. Elena Angela MAZDRAG - Uniunea Patronatelor Independente din Medicina de Familie (UPIMF)**

Nu este nimic nou față de ce era până acum, numai că singura diferență este ca un pacient care este înscris pe lista noastră care devine pentru o perioadă scurtă neasigurat, îl facem acum asigurat. Eu am înțeles că toată această poveste se refera la cei care nu au fost asigurați de ani de zile, nu și la cei care devin pentru o scurtă perioadă neasigurați.

### **Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

Inclusiv la aceștia se referă ordonanța, la persoanele care sunt neasigurate pe lista dumneavoastră: cu prima ocazie cu care vin la dumneavoastră, le reînscieți pe listă ca să se poată număra.

### **Doamna Dr. Elena Angela MAZDRAG - Uniunea Patronatelor Independente din Medicina de Familie (UPIMF)**

Înțelegem că de data asta vom primi de la Casa de Asigurari de Sanatate și o listă cu persoanele neasigurate din fiecare listă a medicilor de familie sau în fiecare lună, noi va trebui să numărăm neasigurații și să îi reînsciem? Noi dorim ca aceeași Casa de Asigurari de Sanatate să ne transmită separat această listă, pentru ca noi să fim informați în timp util și să putem facem reînscierea.

### **Doamna Angelica COJOCARIU - Director Adjunct DGTI**

Prin importul unei personalizări în aplicația dumneavoastră, la ziua în care importați personalizarea aveți actualizarea tuturor calităților de asigurat ale persoanelor din lista dumneavoastră. Deci, un import de personalizare la dumneavoastră în listă va aduce la zi toate calitățile de asigurat tuturor persoanelor.

### **Doamna Dr. Elena Angela MAZDRAG - Uniunea Patronatelor Independente din Medicina de Familie (UPIMF)**

Este foarte adevărat din partea cealaltă. Acest import amestecă și pe cei care nu sunt plătitori de contributii la sănătate de ani de zile pe lista noastră cu cei cărora li se întrerupe temporar această categorie de asigurați și mă refer în special la cei de la Armată, care figurează în evidențele noastre periodic ca neasigurați, la firmele care nu plătesc la timp contributia la sanatate și persoanele respective, deși sunt angajate, nu beneficiază de asigurare pentru că nu plătește firma sau alte situații. Sau coasiguratul de la armată, adică sunt multe situații în care noi constatăm că persoanele respective figurează ca neasigurate. Asta ar însemna ca la sfârșitul fiecărei luni, noi să periem această listă și să-I identificăm pe cei cărora li s-a întrerupt temporar aceasta categorie. Și ei vor fi validați după două luni, timp în care noi efectiv nu știu dacă prin acest PNRR se va face o formulă de a ne primi banii înapoi.

### **Doamna Angelica COJOCARIU - Director Adjunct DGTI**

Nu este vorba de PNRR, calitatea de asigurat este cea din interfața de verificare a asiguratului, stiam că pentru cei de la AOPSNAJ nu primiți prin personalizare calitatea de asigurat, dar așa este legislația în vigoare.

### **Doamna Dr. Elena Angela MAZDRAG - Uniunea Patronatelor Independente din Medicina de Familie (UPIMF)**

În schimb, pentru aceștia nu putem să emitem acte medicale. Nu vă supărați, nu mai figureaza în evidențele noastre.

### **Doamna Angelica COJOCARIU - Director Adjunct DGTI**

Încerc să vă explic că de câte ori vă intră în cabinet un neasigurat, chiar dacă este temporar neasigurat sau de mult timp neasigurat, trebuie să îi faceți această reînsciere. În ziua respectivă, dacă este neasigurat în interfața de verificare sau prin personalizare, cum primiți dumneavoastră calitatea de asigurat, îi faceți înscrierea.

### **Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

Până când se vireaza acești bani, ei beneficiază în continuare de pachetul minimal, așa cum este el prevăzut în prezent. Din luna următoare celei în care sunt alocate sume în FNUASS, vor putea beneficia de tot pachetul de bază existent la nivelul asistenței medicale primare fără serviciile medicale adiționale, adică ecografii. Pentru

serviciile oferite veți fi plătiți pe serviciu abia în luna următoare celei în care ați acordat serviciile, servicii care se acordă după virarea sumelor respective; dar până atunci dumneavoastră trebuie să îi reînscieți, respectiv, înscrieți, ca să-i numere Banca Mondială în scopul calculării sumelor pe care să le vireze către Ministerul Finanțelor.

**Doamna Dr. Elena Angela MAZDRAG - Uniunea Patronatelor Independente din Medicina de Familie (UPIMF)**

O singură întrebare mai am, aceste sume pentru acești pacienți vor fi evidențiate separate, ca să înțelegem și noi câți sunt?

**Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

La momentul respectiv se va face o evidență separată, pentru că ei sunt plătiți practic din alte fonduri. Se va face o evidență și o monitorizare distinctă a acestor servicii.

**Doamna Dr. Elena Angela MAZDRAG - Uniunea Patronatelor Independente din Medicina de Familie (UPIMF)**

Se va întocmi o factură separată pentru acești pacienți sau merg pe aceeași factură cu factura obișnuită?

**Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

Se vor elabora temeieri legale pentru anul viitor, se va avea în vedere la proiectul de contract cadru pentru anul viitor. Încă nu s-au discutat aceste aspecte, acum doar se vorbește despre înscrierea și reînscierea acestor persoane. Aceste CNP-uri Banca Mondială le contorizează o singură dată. Să zicem că persoana respectivă e neasigurată doar pentru trei luni, dar l-am înscris când a venit la cabinet, de exemplu în luna decembrie devine asigurat, dar între timp devine iar neasigurat: practic, nu este contorizat la Banca Mondială decât o singură dată pentru un singur CNP.

**Doamna Angelica COJOCARIU - Director Adjunct DGTI**

Este contorizat ca făcând parte din constituirea indicatorului Băncii Mondiale. Adică, dacă o dată l-ați prins ca fiind neasigurat, l-ați reînscris, chiar dacă între timp s-a asigurat și a pierdut iarăși calitatea de asigurat, CNP-ul acela unic este numărat ca fiind beneficiar de programul Băncii.

**Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

Deci el este contorizat doar ca număr: dacă în momentul în care se va prezenta la cabinet, la anul, după ce se vor vira acești bani de la Ministerul de Finanțe, într-un cont separate în FNUASS, CNP-ul respectiv a devenit între timp asigurat, va beneficia de pachetul de bază și emiterea recomandărilor, a prescripțiilor și a biletelor de trimitere în sistem, pentru că, pentru cei neasigurați, deși le oferiți aceleași servicii ca și în pachetul de bază, cum spuneam, cu excepția serviciilor adiționale, ei nu vor beneficia de bilete de trimitere, recomandări sau prescripții în sistem. Se pot elibera rețete simple, pentru că nu se decontează medicamente pentru neasigurați.

**Doamna Dr. Elena Angela MAZDRAG - Uniunea Patronatelor Independente din Medicina de Familie (UPIMF)**

Deci e exact ce a fost și până acum. Da, mulțumesc mult. Îmi cer scuze dacă am depășit timpul.

**Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

Dar cred că astfel s-au răspuns și la mai multe neclarități pe care le aveau și alți participanți și de aceea cred că este bine să facem aceste precizări la început.



### **Doamna Angelica COJOCARIU - Director Adjunct DGTI**

Vreau să completez, nu este ca și până acum, pachetul minimal de acum este mai mic decât pachetul minimal extins.

### **Doamna Dr. Elena Angela MAZDRAG - Uniunea Patronatelor Independente din Medicina de Familie (UPIMF)**

Mă refeream la faptul că și pentru neasigurați, dacă se prezentau în cabinet și aveau o afecțiune, noi îi consultam, îi vedeam și le dădeam rețetă simplă, un bilet de trimitere către cineva și, așa cum este obiceiul pentru medicina de familie, fără taxă, ei sunt taxați la celelalte specialități care sunt tot în relație contractuală cu casa de asigurari, acolo se taxează totul, la medicina de familie, nimic. Deci, s-a luat posibilitatea medicului de familie de a taxa neasiguratul care se prezintă pentru o consultație cronică, care oricum nu se făcea în cabinetele noastre.

### **Doamna Angelica COJOCARIU - Director Adjunct DGTI**

Acum se mai reglementează puțin partea aceasta, pentru că îi veți reînscris și în momentul în care vom îndeplini indicatorul Băncii Mondiale, va primi Ministerul Finanțelor banii și vor ajunge prin transferuri în FNUASS, veți primi bani pentru toate serviciile pe care le faceți persoanelor neasigurate. Deci se schimbă ceva.

### **Doamna Ioana Aliona – Patronatul Medicilor de Familie TIMIȘ**

Bună dimineața! Apreciam organizarea dezbaterii. Sperăm totuși să țineți cont de propunerile și soluțiile noastre. De la an la an, începând din octombrie 1999, contractul, acest contract pe care îl încheiem cu dumneavoastră s-a dublat ca și număr de pagini, a crescut exponențial numărul obligațiilor medicului, la fel și birocrația, în consecință. S-a micșorat timpul alocat pacientului și nu o să repet ceea ce au spus colegii mei, urmare a acestor reglementări, birocrația crește și mai mult. Dacă până acum acest pacient neasigurat venea la medicul de familie, i se acorda acel serviciu, la momentul acesta, înainte de acordarea serviciului trebuie să-i dăm iar să semneze o cerere, iar să scrie. Unii dintre ei poate nici nu știu să scrie, iar din nou asistenta, secretara îi va completa cererea, în plus, din cele spuse anterior de dumneavoastră, rezultă că înscrierea acestor pacienți se face fără card. Deci, la momentul ăsta, pacientul poate fi reînscris de oricine din țara deoarece nu se mai solicita cardul. Dacă tot se reînscris pacientul ar trebui să utilizeze cardul, altfel mie mi se pare o discriminare, deci facem o discriminare între cel asigurat și cel neasigurat. Unul se înscrie cu cardul, altul fără card, deci nu este corect. Ați spus că o să putem să-i facem consultația. Ce altceva putem să-i dăm, ce bilet de trimitere putem să îi dăm către alt specialist? Dumneavoastră aveți impresia că ceilalți medici specialiști în momentul în care îl găsesc în sistem neasigurat îi vor acorda serviciul gratuit? Cum evidențiem plata serviciilor noastre pe care le facem dacă nu facem o altă factură separată? Pentru că vor fi introduse toate la pachet. Mai vreau să întreb se modifică cumva și articolul 261 din Legea nr. 95/2006? Plata furnizorilor de servicii medicale poate fi făcută în asistența medicală primară prin tarif pe persoană asigurată? Se modifica acest articol și va fi și pentru cei care nu sunt contribuabili, nu sunt asigurați? Deocamdată aș dori să se răspundă la întrebările anterioare.

### **Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

Acest act supus dezbaterii publice este proiectul de ordin de modificare și completare a normelor, astfel încât să poată fi puse în aplicare prevederile Ordonanței Guvernului 37/2022. Mai departe, pentru anul viitor se vor modifica și contractul cadru și celelalte prevederi ale normelor și ale celorlalte acte normative subsecvente, care să reglementeze toate celelalte aspecte. Deci, un prim pas pentru acordul cu Banca Mondială este înscrierea/reînscriserea persoanelor neasigurate pe listele medicilor de familie în funcție de care se virează niște bani. Nu se pune problema în acest proiect de ordin să vorbim despre facturi separate, despre modalitatea de plată sau altceva. Pachetul minimal extins pentru pacienții neasigurați este o obligație a statului român, asumată prin acordul cu Banca Mondială numai pentru asistența medicală primară. Vă dați seama că dacă acești pacienți

care nu își plătesc asigurările de sănătate ar beneficia de aceleași servicii ca orice alt pacient asigurat pe tot parcursul, pe tot lanțul asistenței medicale, de ce ar mai plăti fiecare dintre noi asigurările? Dar asistența medicală primară este văzută ca un tip de asistență în comunitate, care asigură nu numai partea curativă sau de urgență, dar asigură și partea preventivă. Ne dorim ca și persoanele care nu plătesc asigurare să fie mai sănătoase, astfel încât, să nu încarce sistemul și pe sine însuși cu cheltuieli ce pot fi prevenite; ei își plătesc alte consultații în ambulatoriu, medicamente, investigații paraclinice sau orice altceva recomandați dumneavoastră, însă ei vor beneficia de același pachet ca și asigurații doar în asistența medical primară. Deci va fi un pachet extins la nivelul pachetului de bază, fără ecografii. În pachetul de bază se regăsesc inclusiv multe consultații de prevenție, mai frecvente decât pentru pacienții neasigurați, sunt și consultații pentru afecțiuni acute, cronice, la distanță. Știți foarte bine componența pachetului de bază; în plus sunt și servicii diagnostice și terapeutice, servicii pe care intenționăm să-l extindem. Vor beneficia de anumite servicii medicale astfel încât și calitatea vieții lor să fie mai bună.

### **Doamna Ioana Aliona – Patronatul Medicilor de Familie TIMIȘ**

Din câte înțeleg, aceste servicii vor fi prestate în vederea punerii în aplicare a medicinei comunitare. De fapt, vor face parte din medicina comunitară, de aceea vor fi plătiți din fonduri separate.

### **Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

Vă rugăm să nu răstălmăcim ceea ce am spus. Pachetul de bază este reglementat în Hotărârea Guvernului 696/2021 și în normele metodologice de aplicare ale acestuia și nu se referă la asistența medicală comunitară.

### **Doamna Stan Mihaela Președinte - PATRONATULUI MEDICILOR DE FAMILIE SIBIU**

Bună ziua! Vă mulțumim pentru oportunitatea acestui dialog. Nu vreau să revin asupra subiectelor care deja au fost oarecum lămurite. Eu am o întrebare, vă rog să ne clarificați dacă persoanele neasigurate, înscrise momentan la medicul de familie rămân pe lista acestuia până se prezintă la reînscrisere? Mulțumesc.

### **Doamna Angelica COJOCARIU - Director Adjunct DGTI**

Listele le veți avea exact cum le aveți, nu se modifica absolut deloc. Dumneavoastră identificați persoana care se prezintă la dumneavoastră, dacă o aveți pe listă o reînscriseti ca și neasigurat. Vorbim de neasigurat, dar dacă este un neasigurat care este pe lista altui medic, dacă dorește să se înscrie la dumneavoastră, poate fi înscris, dar respectând procedura. Nu modificam lista deloc.

### **Doamna Păunescu Vignia Cecilia – avocat**

Antevorbitorii au atins punctele despre care intenționăm să vorbim cu toții, cred. Și tocmai aceasta constituie o dovadă a faptului că ordinul nu este complet și clarificator, în sensul că acest proiect ar fi trebuit să clarifice din start toate aceste aspecte. Proiectul de ordin în dezbatere publică este emis pentru a modifica normele metodologice de aplicare a Contractului cadru, ca urmare a aplicării prevederilor din Ordonanța Guvernului nr. 37/2022. Normele metodologice sunt texte emise care trebuie să dea exemplu și care trebuie să detalieze pas cu pas modul în care legea, așa cum a fost ea modificată prin ordonanță, ar trebui să fie aplicată. Din păcate, proiectul de ordin nu clarifică o serie de aspecte ce țin strict de aplicarea articolelor din Ordonanța nr. 37/2022 la care se referă, respectiv art. 232, alin. (3<sup>1</sup>) - (3<sup>4</sup>). În art. II din ordonanță se spune că prevederile privind serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate intră în vigoare la data de 1 a lunii următoare celei în care în bugetul FNUASS sunt aprobate prin transferuri de la bugetul de stat, prin bugetul aprobat Ministerului Sănătății sume pentru plata acestor servicii medicale adresate persoanelor neasigurate. În alineatul 2, al aceluiași articol II, se stabilește că înscrierea persoanelor neasigurate, respectiv reînscriserea, se inițiază începând cu data intrării în vigoare a ordonanței. Ori, ce să înțelegem de aici, când începe procesul de înscriere/reînscrisere a persoanelor neasigurate? La momentul la care vor intra banii sau din 3 septembrie a început, de fapt, din 3

septembrie 2022, când este data intrării în vigoare a Ordonanței de Guvern nr. 37/2022? Asta era o altă întrebare pe care intenționăm să v-o adresez, dar înțeleg din ceea ce ați spus până acum că această procedură de înscriere, de reînscrisere practic a persoanelor neasigurate va fi un proces continuu. Nu este un aspect care să reiasă clar din ordin. Respectiv din ordin se poate înțelege că procedura de reînscrisere este o procedură unică care s-ar aplica persoanelor neasigurate la data apariției ordonanței sau poate fi un proces continuu cum înțeleg din ceea ce ați spus, dar asta ar trebui să reiasă din ordin, că orice persoană care la un moment dat devine neasigurată, trebuie reînscrisă pe lista medicului de familie. Aici ar mai fi o întrebare, ce se întâmplă cu persoanele care sunt asigurate însă în sistemul informatic sunt eronat înscrise ca fiind neasigurate? Cum se vor reglementa aceste situații? Relația asigurat - asigurător respectiv în această situație neasigurat - plătitor, (care este Ministerul de Finanțe), nu trebuie să afecteze relația pacient - medic. Serviciul acordat pacientului indiferent că este asigurat sau neasigurat înțelegem de aici că va fi plătit din fonduri diferite, respectiv din FNUASS pentru asigurați și din fondurile de la Ministerul Finanțelor din împrumutul acordat de Banca Mondială pentru cei neasigurați. Evidențele sunt ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Reînscriserea ca proces permanent în sarcina medicului de familie nu asigură evidența solicitată de Banca Mondială și medicul de familie nu trebuia implicat în acest proces. Pentru aceste motive, ne rezervăm dreptul de a sesiza aceste aspecte Băncii Mondiale, întrucât modificarea, apreciem noi, încalcă atât drepturile pacientului, cât și drepturile medicului de familie. Ne-am dorit ca aceste dezbateri publice să depășească caracterul pur formal pe care îl constatăm, în sensul că ne dorim un dialog real. Ne dorim ca autoritatea publică să colaboreze efectiv cu medicii de familie în interesul pacienților și nu pentru a complica proceduri care nu știm unde vor se vor finaliza. Mulțumesc!

#### **Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

Mulțumim și noi, doamnă avocat. Cum spuneți și dumneavoastră, acesta este un prim pas și toate celelalte aspecte vor fi reglementate și lămurite în contractul cadru și în normele de aplicare care vor urma să se aplice începând cu anul 2023. Acest ordin reglementează primul pas, fiind puse în aplicare reglementări ale ordonanței. După cum ați văzut în Ordonanța Guvernului 37/2022, înscrierea și reînscriserea se face cu data intrării în vigoare a ordonanței, însă de la nivelul CNAS nu s-a putut transmite către Monitorul Oficial ordinul aprobat la nivel de președinte CNAS și ministru al sănătății, deoarece ați solicitat dezbateri publice; practic, s-a amânat acest proces și după ce vom analiza ce am discutat în această întâlnire vom decide dacă se modifică ordinul care va trebui să fie retransmis spre semnare. Deci, din momentul publicării în Monitorul Oficial a acestui ordin, vor putea medicii de familie să înscrie și să reînscrie persoanele neasigurate, punându-se în mișcare acest contor și, depinzând de nivelul acestui contor va fi și nivelul sumei pe care Banca Mondială o va direcționa către Ministerul Finanțelor. De aceea, ne pare rău că am întârziat acest proces, însă acestea sunt prevederile legale, ne supunem legilor și prevederilor dezbaterii publice. Toate celelalte aspecte cred că deja au fost lămurite prin ce am răspuns antevorbitorilor, în afară de acest aspect.

#### **Doamna Angelica COJOCARIU - Director Adjunct DGTI**

Referitor la ce ați spus despre calitatea de asigurat, vom considera tot timpul acea calitate de asigurat pe care o vedeți în interfață, interfața de verificare a calității de asigurat; dacă în ziua în care se prezintă pacientul la dumneavoastră îl vedeți în “verificare asigurat” ca fiind neasigurat, îi faceți înscriere, noi o să-l judecăm strict la calitatea pe care a avut-o sau nu a avut-o în ziua respectivă. Dacă între timp devine asigurat sau i se corectează o posibilă greșeală a calității de asigurat, nu este niciun fel de problemă. Dacă atunci îl vedeți neasigurat, îl înscrieți.

#### **Doamna Păunescu Vignia Cecilia – avocat**

Tocmai asta spuneam, dar, din păcate, noi am solicitat această dezbateri și înainte de apariția Ordonanței Guvernului nr. 37, dar timpul a fost scurt, nu din cauza noastră, nici acum noi suntem vinovați că timpul este așa scurt. Noi doar ne exercităm drepturile prevăzute de lege și încercăm să stabilim un dialog real, pentru că

interesul nostru, este al pacienților, în primul rând. Contorizarea pacienților nu trebuia să vină din evidența medicului de familie și din relația medic de familie – pacient. Temporizarea o puteți face la fel cum o verificați acolo, deci, la data acordării serviciului medical care există se poate verifica în evidențele dumneavoastră.

#### **Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

Să știți că și nouă ne-ar fi fost mult mai ușor și alta a și fost propunerea noastră pentru Banca Mondială, aceea de a-și culege datele direct din SIUI, însă Banca Mondială a solicitat această înscriere/reînscriere.

#### **Doamna Angelica COJOCARIU - Director Adjunct DGTI**

Dânșii trebuie să constituie un indicator prin care noi demonstrăm că suntem eligibili pentru acest proiect.

#### **Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

Și nu au acceptat această evidență pe care și noi le-am propus-o, și dumneavoastră, după cum observăm aveți aceeași părere ca și noi, însă aceasta este modalitatea de construire a indicatorului pe care au solicitat-o dumnealor.

#### **Doamna Angelica COJOCARIU - Director Adjunct DGTI**

Au primit de la noi toate datele pe care le-am avut și pe care le-au solicitat. Au dorit să știe exact numai numărul neasiguraților care accesează servicii.

#### **Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

Eu sunt convinsă că toate aspectele neclare au fost lămurite. Dacă nu sunt clare, să ne spuneți; să știți că aici la întâlnire sunt și reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate. Dacă este nevoie, vom comunica și prin circulare, vom face și o altă informare, tot ce este nevoie, astfel încât prevederile acestui ordin și, de fapt, ale Ordonanței Guvernului 37/2022 să poată fi aplicate cât de repede se poate, în beneficiul persoanelor neasigurate pentru care de numărul acestor înscrieri, respectiv reînscrieri, depinde și mărimea bugetului ce va fi transmis Ministerului Finanțelor de către Banca Mondială.

#### **Doamna Dr. Soós Szabó Klára- medic primar/specialist de medicină de familie - S.M.F. H.R. Miercurea Ciuc**

Bună ziua! Am ascultat cu atenție intervențiile anterioare, din partea CNAS-ului de multe ori s-a făcut referire la acordul cu Banca Mondială, dar când va fi prioritar la Casa Națională de Asigurări de Sănătate acordul cu medicii de familie, mai ales în privința acelor servicii care vizează serviciile medicilor de familie? Doresc să mă refer la acea reînscriere a pacienților așa zis neasigurați. În afara faptului că le este legal lezat dreptul pacientului, și aici mă refer la Legea nr.46 din 2003, care la articolul 3 prevede: pacientul are dreptul de a fi respectat ca persoană umană, fără nicio discriminare. La litera b), legea definește ce înțelege prin discriminare, prin discriminare se înțelege distincția care se face între persoane aflate în situații similare pe baza rasei, sexului, vârstei, apartenenței etnice, originii naționale sau sociale. Aici este vorba de o categorie de origine socială și Casa Națională de Asigurări de Sănătate discriminează această categorie prin obligarea de a se reînscrie pe lista medicului de familie, în condițiile în care acel pacient a fost deja înscris. Deci, este evident discriminare din partea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Din punct de vedere al medicului de familie este jenant de umilitor și este încă o dovadă de desconsiderare a specialității de medicină de familie din partea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Ne puneți la muncă de sisif, asta este dacă ne uităm în DEX ce înseamnă reînscriere, înseamnă să îl scriu din nou. L-am înscris o dată, pacientul și-a dat acordul, a semnat acea înscriere, a formulat o cerere, noi am depus la casele de asigurări de sănătate în format electronic, cât și pe hârtie, aceste înscrieri și acum, chiar în acest hal vă bateți joc de timpul nostru, de munca noastră. Nu vă supărați, dar indignarea este foarte mare în rândul colegilor și eu reprezint Societatea Medicilor de Familie din Harghita. Am auzit din partea

dumneavoastră că înscrierea/ reînscirerea este și citez mot a mot, “pur și simplu o înscriere”, dar acest pur și simplu o înscriere necesită timp din partea medicului. Timp în defavoarea noastră, timp luat de la actul medical, iar noi am încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate contract pentru servicii medicale din specialitatea medicinei de familie și nu contract pentru activitatea birocratică a Casei de Asigurări de Sănătate. Aveți lista persoanelor neasigurate, dacă noi prestăm servicii către aceste persoane aveți evidența clară cui i-a fost prestat acest serviciu și cât trebuie să decontați către cabinetul medicului de familie. Mai ales în această situație în care în România este lipsă acută de medici de familie ne încărcați și cu muncă de sisif și ne umiliți și vă mirați ca tinerii medici nu vin în sistem să lucreze ca medici de familie. Trebuie să vă gândiți și să fiți pregătiți, nu vom reînscire pacienții. L-am scris odată și nu acceptăm să fie chiar așa o bătaia de joc a sistemului. Și atunci rezolvați cum puteți cu forțele, cu forța umană pe care o aveți, dar să nu contați pe noi la această muncă de sisifus. Noi și până acum am îngrijit acești pacienți fără să fim plătiți de nimeni. Avem dovezi certe, fără să fim plătiți nici de casele de asigurări de sănătate.

### **Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

Este vorba de indicatorul pe care îl construiește Banca Mondială pentru a putea dimensiona fondurile pe care le va direcționa Ministerului Finanțelor urmând ca în bugetul Fondului să se aloce bani pentru plata acestor servicii de către Ministerul Finanțelor. Pe fond, tot medicul de familie urmează să fie remunerat pentru munca depusă.

### **Doamna Dr. Soós Szabó Klára- medic primar/specialist de medicină de familie - S.M.F. H.R. Miercurea Ciuc**

Vă rugăm insistent să ne prezentați textul cu Banca Mondială, de către cine este semnat, cine semnează acesta?

### **Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

Vă rog să consultați Legea 1/2021, este acordul cu Banca Mondială, este vorba de DLI#1, mai precis.

### **Doamna Dr. Anamaria Nițulescu - Colegiul Medicilor din România**

Este vorba, după cum spuneți, de indicatorul stabilit prin lege, respectiv cel puțin două milioane de persoane neasigurate sunt înregistrate la furnizorii din asistență medicală primară, am dat citat. Tocmai de aceea Colegiul Medicilor din România a susținut ca termenul să fie nu acela de reînscirere, ci de înregistrare, exact ca și textul de lege referitor la acordul cu Banca Mondială, tocmai pentru atingerea mai facilă a acestui obiectiv de politică de sănătate publică. Practic, extinderea pachetului este, bineînțeles, benefică, dar era vorba doar de această parte birocratică care împiedică oarecum și înțelegerea modului în care se întâmplă lucrurile și se definesc, dar mulțumim pentru faptul că ați adus acum clarificări, iar propunerea noastră era nu numai de înregistrare și nu de reînscirere, ci de similitudinea cu pacienții care sunt într-un program de sănătate publică, respectiv programe naționale de sănătate, astfel încât să nu existe o bulversare prea mare. Mulțumesc și antivorbitorilor mei care, prin întrebările puse și punctele de vedere, prin răspunsurile pe care le-ați adus dumneavoastră, au adus clarificări. Sper ca propunerile care se vor realiza pentru contractul cadru și normele pentru anii viitori să aibă mai multe clarificări necesare, iar noi să realizăm mai multe întâlniri astfel încât toate aceste lucruri să ne ducă la atingerea unui obiectiv comun, acela de a îngriji pacienții, de a înrola pacienții care au nevoie, conform acestui indicator de servicii medicale, în anumite condiții.

### **Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

Prin acordul și protocolul de verificare a îndeplinirii indicatorilor cu Banca Mondială este reglementat termenul pe care l-au solicitat. Similitudinea a fost considerată că ar fi în ceea ce privește înscrierea pe listă și de aceea Banca Mondială a optat pentru pentru acest termen. Din păcate, nu putem modifica printr-un act normativ de nivel inferior, cum este acest proiect de ordin, termenul utilizat în Ordonanța Guvernului 37/2022. Mulțumim

mult și noi, ne exprimăm încrederea că împreună având practic același obiectiv, se vor oferi îngrijiri tuturor pacienților.

### **Doamna Doctor Simona Niculina Rus - Colegiului Medicilor din România**

Susțin și eu termenul pe care ni l-a prezentat doamna Ana Maria Nitulescu. Am înțeles din răspunsul dumneavoastră că Banca Mondială dorește să folosească termenul de înscriere, însă din punctul de vedere al medicului de familie aș dori să dau un exemplu practic: avem pacienți neasigurați în acest moment care există în baza de date și avem pacienți care în acest moment sunt asigurați și în orice moment de acum încolo pot deveni neasigurați. Acest proces continuu de înscriere, de reînscrisere va duce la această încărcătură birocratică. Am dori o metodologie clară în ceea ce privește dorința Băncii Mondiale și dorința de aplicabilitate în contractul nostru cu casa de asigurări de sanătate. Dacă Banca Mondială dorește o evidență a populației neasurate din România, cred că acest lucru poate fi făcut din extracția datelor din SIUI, deoarece validarea categoriei de asigurați aparține casei de asigurări, nu medicului de familie. Dacă Banca Mondială dorește să ne plătească pentru serviciile acordate acestor pacienți atunci noi ca medici înțelegem că la momentul prestării serviciului, serviciul este înregistrat în sistem. Însă nu se poate face o preconizare a numărului de pacienți neasigurați din sistem prin munca medicului de familie. Medicul de familie, dacă nu este plătit per capita pentru acești pacienți neasigurați, nu va face această reînscrisere, pentru că nu are niciun interes. El va face reînscriseri doar în momentul în care pacientul va veni în cabinetele noastre. Am dorit, poate ca metodologie, dacă este necesar, să utilizăm acest termen de reînscrisere, e bine să facem un sistem prin simple bife, să nu facem atunci pentru toți pacienții cereri de înscriere, de reînscrisere, să simplificăm măcar procesul prin care noi, ca medici, putem să ne implicăm în atingerea obiectivului și a indicatorului Băncii Mondiale.

### **Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

Cum spuneam, și noi am propus Băncii Mondiale un alt mod de a construi indicatorul, însă din diferite considerente, inclusiv aceea că există persoane neasurate înscrise pe listă, dar care efectiv nu accesează servicii, că sunt plecați poate din țară, pe anumite perioade sau multe alte motive, nu le discutăm acum pentru că nu fac obiectul acestui proiect, au construit astfel acest indicator. Practic, dumneavoastră, odată cu prima ocazie când vine pacientul neasurat la dumneavoastră, îl înscriseti sau reînscriseti. Deci nu trebuie să faceți o alta activitate, evident, suntem conștienți că și asta ocupa timp, însă cum spuneam propunerea noastră de construire a indicatorilor pe baza datelor din SIUI nu a fost acceptată de Banca Mondială.

### **Doamna Angelica COJOCARIU - Director Adjunct DGTI**

Vă rog să ne credeți că am pus la dispoziție toate datele pe care le-am avut, însă Banca Mondială a dorit să facă o dimensionare a nevoii reale prin această înscriere și reînscrisere asumată, pentru că sunt niște bani în spate pe care ei îi vor pune la dispoziție și au insistat foarte mult în acest demers pentru modalitatea aceasta.

### **Domnul Dr. Dina Mergeani - ASOCIAȚIA SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE MEDICINA FAMILIEI/MEDICINĂ GENERALĂ (SNMF)**

Vă mulțumesc pentru această inițiativă. Este binevenită, și cred că ar trebui repetată de câte ori apar proiecte de modificări care ne afectează într-un mod semnificativ activitatea. Mulțumesc colegilor mei care au precizat modificările de substanță, drept urmare, o să încerc să nu le repet și mă voi axa pe câteva întrebări punctuale la care îmi doresc să primesc răspuns ca să îl pot transmite colegilor mei, și dacă se poate, să le notați și să-mi răspundeți în aceeași ordine. Să zicem că am un pacient în momentul acesta care este neasurat și peste trei luni devine asigurat, rămâne pe lista mea, se reînscris automat ca asigurat? Dacă după alte șase luni devine neasurat, îl înscriu din nou, îi fac acea reînscrisere ca pacient neasurat, beneficiar de pachet minimal extins? A treia întrebare. Cât durează până se validează ca neasurat beneficiarul de pachet minimal extins? Că dacă el vine la mine, azi îi acord serviciu, îi fac înscrierea și el se validează după trei luni și știm că la casă lucrurile merg foarte

greu cu validarea înscrierilor, vrem să știm cât timp va dura lucrul acesta? Referitor la punerea în aplicare a acestui ordin, deja s-a mediatizat destul de mult în media și pacienții vin și ne întrebă, deja ei cred că beneficiază de aceste fonduri. Ar trebui să se anunțe că aceste fonduri, aceste servicii, vor fi disponibile numai după ce se vor vira bani. Și voiam să întreb dacă vom fi anunțați oficial când se primesc bani de la Ministerul de Finanțe și putem acorda servicii medicale pacienților neasigurați, beneficiari de pachet minimal extins. Mai am trei lucruri de adăugat: unu, la articolul 12, acolo unde scrie, precizând numele medicului de la care pleacă trebuie adăugat, dacă aceste date se cunosc, trebuia foarte bine precizat acest lucru și vă dau un caz al unui coleg de-al nostru care a ieșit din sistem în mod natural, iar pacienții au trebuit să se înscrie la alți colegi, iar mulți dintre ei, nu-i știau adresa de mail, nu știau adresa cabinetului, ce fac astfel de pacienți? Rămân neînscși pentru că nu cunosc datele fostului lor cabinet? O alta chestiune este legată de modul în care medicul are obligația să anunțe în scris prin poștă, e-mail și fax. Ar trebui adăugat, la fel ca mai jos, și prin respectiva persoană. Adică, noi puteam fi anunțați chiar și de persoana care se transferă: domnule doctor, m-am transferat de la dumneavoastră, aceasta este dovadă de la medicul la care m-am înscris. Va rog să-mi răspundeți și cu o precizare că acolo unde scrie că acest ordin este pentru punerea în aplicare a Ordonanței Guvernului nr. 37, am căutat articolul III alineatul (2) și la articolul 3 nu am găsit nici un alineat 2. Mulțumesc mult. Sper că m-am încadrat în timp și îmi doresc răspunsuri punctuale, deoarece, așa cum spuneam, chestiile de substanță au fost atinse de colegi.

### **Doamna Angelica COJOCARIU - Director Adjunct DGTI**

Prima întrebare, neasiguratul devine asigurat, devine din nou neasigurat: o singură dată îl înscrieți din primul moment în care îl prindeți ca și neasigurat. Înscrierea este pe CNP-ul unic, adică a devenit asigurat, a devenit din nou neasigurat. Prima dată când i-ați făcut reînscierea ca și neasigurat noi l-am marcat ca fiind reînscris la dumneavoastră. Deci, o dată un CNP, pe CNP-ul unic, nu trebuie de mai multe ori. Această reînsciere nu are nicio legătură cu scosul de pe listă, în momentul în care devine asigurat sau cu reînscierea lui în momentul în care devine asigurat. El rămâne pe lista dumneavoastră, nu este niciun fel de problemă dacă devine asigurat sau din nou neasigurat. Și sper ca aici am răspuns la 1 și la 2. La punctul 3: toate verificările se fac la validarea națională, adică nu se schimbă nimic în business-ul nostru, rămâne exact la fel cum spun normele la contractul cadru. Pacientul pe care l-ați reînscris, chiar dacă este sau l-ați înscris acum, iată că este asigurat și puteți face servicii din ziua respectivă, chiar dacă noi încă nu vi le-am validat. Singurul motiv pentru care îl putem invalida la reînsciere este regula de șase luni, cardul neexistând, nu mai există vreun alt pericol. Și am răspuns și la întrebarea 3.

### **Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

Veți fi anunțați despre momentul în care se vor vira acești bani în fondul FNUASS și veți putea efectua servicii din pachetul medical extins. În ceea ce privește informațiile referitoare la medicul de familie de la care pleacă respectiva persoană și transmiterea prin poștă, e-mail, fax, la care se adaugă și prin respectiva persoană, o să vă rugăm tot așa cum am rugat și pe antevorbitorii dumneavoastră, să ni le transmiteți pentru a fi discutate pentru proiectul de anul viitor, ținând cont că pentru această etapă sunt discutate doar propunerile ce fac obiectul de reglementare al modificării și completării Ordinului nr. 1068/627/2021 ce țin de OG nr. 37/2022. Față de proiectul pe care îl vedeți pe site, în forma aprobată de președintele CNAS și Ministrul Sănătății, nu se mai regăsește acea trimitere la alineatul 2. Pe site a fost postată o formă inițială, din dorința noastră de a o aduce la cunoștință cât mai repede posibil. Mulțumim!

### **Dr. Ramona-Carmen GERMAN Președinte - ORGANIZAȚIA PATRONALĂ A MEDICILOR DE FAMILIE BIHOR**

Buna ziua! Cred că s-au atins majoritatea întrebărilor care ne frământă de când avem aceste noi prevederi, aș dori să-mi precizați dacă puteți documentul, articolul, alineatul din Acordul cu Banca Mondială, care precizează obligativitatea reînscrierii persoanelor neasigurate. Discutăm aici la nivel teoretic, însă, realitatea din teren este

alta. Așa cum au precizat și unii dintre colegii mei, această reînscrisere este consumatoare de timp. Practic, ne crește activitatea birocratică și realitatea este că va crește și nemulțumirea pacienților noștri care va afecta relația medic - pacient. S-a spus că această reînscrisere face parte din atingerea considerată astfel mai facilă a obiectivelor, a indicatorilor din acordul cu Banca Mondială. Nu cred că se va întâmpla așa. Nu știu în ce măsură medicii de familie vor aloca timpul reînscriserii pacienților neasigurați, mai ales că plata acestor servicii bănuiesc că va fi exact aceeași ca și la plata serviciilor pentru pacienții asigurați și nu știu în ce măsură va fi modificat sau rămâne același numărul de consultații pe zi, acordat de noi pacienților noștri prin contractul cu casa de asigurări de sanatate. Ar mai fi o întrebare, înțeleg că se dorește atingerea acestui obiectiv, ceea ce nu am înțeles este dacă banii alocați prin acordul cu Banca Mondială sunt la numărul de neasigurați înscriși sau vor fi bani alocați pe servicii, pentru persoanele neasigurate? Dacă vorbim de banii alocați pentru servicii, atunci nu cred că ar trebui să fie atât de importantă această reînscrisere. Da, pentru că evidența pacienților neînscrisi nu are nicio legătură dacă banii vin doar strict pe serviciile efectuate pentru persoanele neasigurate. Vă mulțumesc!

### **Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

Așa cum am precizat anterior, și a precizat și colega mea, dimensionarea acestor sume care vor fi virate sunt stabilite în funcție de numărul de persoane neasigurate înscrise/reînscrise pe listele medicilor de familie; așa și-a construit Banca Mondială acest indicator și, dacă nu vor atinge pragul de 2 milioane de neasigurați, bineînțeles, aceste sume vor scade în raport cu numărul persoanelor înscrise/reînscrise. Deci asta este prevăzut în Legea 1, iar în protocolul de verificare a îndeplinirii indicatorilor se folosește termenul de înscriere/reînscrisere a persoanelor neasigurate pe listele medicilor de familie. Mai multe nu vă pot preciza, pentru că nu avem cunoștințe despre cum realizează efectiv Ministerul de Finanțe dimensionarea fondului ce va fi virat în FNUASS, subiect ce nu face obiectul acestei discutii.

### **Doamna Angelica COJOCARIU - Director Adjunct DGTI**

Aș vrea să completez, Banca Mondială nu a căutat o soluție facilă, pentru că noi i-am dat datele de la noi, au căutat niște informații certe referitor la nevoia asiguraților de a primi aceste servicii, câți sunt, cert, iar noi, în evidențele noastre nu puteam să le spunem cert, acești oameni s-au prezentat la medic, dovadă că au nevoie de niște servicii medicale. Ei așa vedeau lucrurile, se prezintă acolo, își exprimă o nevoie, nevoia respectivă se înregistrează printr-o reînscrisere. Recte prinderea în acest indicator se măsoară în nevoia la sfârșitul perioadei de constituire a indicatorului și se dimensionează suma banilor alocați în funcție de nevoia exprimată prin această operație cum scrie înscrise/reînscrise.

### **Dr. Ramona-Carmen GERMAN Președinte- ORGANIZAȚIA PATRONALĂ A MEDICILOR DE FAMILIE BIHOR**

În acest sens, așa cum s-a precizat de către colegii mei, va trebui făcută o informare corectă către populație să știe exact fiecare dintre cetățenii neasigurați care sunt drepturile lor și de ce servicii pot beneficia la medicul de familie. Tare mult aș dori ca această informare să fie făcută cu concursul medicilor de familie în momentul în care se decide textul de comunicare către populație. Foarte mulți pacienți neasigurați știu că nu pot beneficia de servicii gratuite la medicul de familie sau la alte specialități. Deci, cred că această informare trebuie să fie făcută cât de coerentă și clară către ei dacă dorim să atingem acest indicator, pentru că pacienții nu se vor prezenta la noi pentru consultații, implicit nu îi vom putea reînscris și nu se va atinge indicatorul dorit de către dumneavoastră.

### **Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

Mulțumim de propunere! În ceea ce privește informarea populației, Ministerul Sănătății este instituția care are această obligație și bineînțeles că și opinia noastră este că această informare trebuie făcută cu concursul tuturor celor implicați.



## **Doamna Monica Dan Psiholog - ARAS**

Bună ziua! ARAS este o asociație care este dedicată prevenirii și asistenței medico-psihosociale a persoanelor care au HIV, SIDA sau persoanelor care sunt vulnerabile față de această infecție. Activitatea noastră este în București în special și lucrăm cu foarte multe persoane care nu sunt asigurate, care au diverse comorbidități de la infecția cu HIV, au tuberculoză, au hepatite virale B, C și, mai important în acest sens se creează o vulnerabilitate specială, este vorba de consum de droguri prin injectare, adicție de droguri. Asta reprezintă, de fapt, până la urmă, cea mai mare parte a clienților noștri în ultimii ani. Am participat la această dezbatere pentru că am avut impresia eronată că se face referire la pachetul de servicii, pentru persoane neasigurate. Acum văd foarte clar că nu e cazul, dar vreau să reiterez ceea ce am transmis de-a lungul timpului către CNAS, către autoritățile de sănătate publică din România, și anume că noi considerăm ca ar fi util ca pachetul minimal pentru persoanele care nu sunt plătitoare de asigurări de sănătate să conțină prevederi legate de depistarea și tratamentul bolilor transmisibile, adică să fie acoperite și investigațiile necesare și tratamentul pentru sifilis, gonoree, celelalte boli, pentru că noi vedem că asta este o chestiune care afectează atât persoanele plătitoare, cât și pe cele neplătitoare de asigurări de sănătate. Bolile infecțioase, credem noi că ar trebui să primească un tratament diferit în pachetul minimal pentru persoanele care nu plătesc asigurări de sănătate. În al doilea rând, o altă chestiune pe care am observat-o din practica noastră de peste 20 de ani de lucru cu persoane cu adicție și cu persoane neasigurate, este chestiunea asigurării asistenței psihiatrice. Noi considerăm că ar fi mult mai util ca persoana care nu este plătitoare de asigurări de sănătate să poată să aibă acces la servicii de psihiatrie în cadrul pachetului minimal. Persoana care are o suferință psihiatrică severă oricum nu poate să lucreze, oricum nu poate să plătească asigurări de sănătate. Deci aceste două aspecte și, în plus, mai considerăm că ar fi util să poată fi decontată la casa de asigurări de sănătate o ecografie făcută pentru stabilirea unei sarcini, adică pentru dovedirea unei sarcini la o persoană, la o femeie care nu e plătitoare de asigurare de sănătate, ca ulterior conform legislației în vigoare, asigurată ca persoană însărcinată. Întodeauna avem aceste dificultăți cu beneficiarele noastre, trebuie să găsim fonduri ca să facă acea ecografie care să dovedească sarcina. Ori asta nu e deloc un lucru ușor. Deci acestea au fost cele trei lucruri pe care am vrut să le spun și cred ca sunt foarte importante aceste boli. Asociația noastră consideră că ar fi foarte importante lucrurile astea de luat în considerare. Când se va stabili acea discuție despre pachetul minimal?

## **Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

Pachetul minimal extins va fi la nivelul pachetului de bază pe care îl puteți consulta în acest moment, cu excepția ecografiei, așa cum este el pentru anul 2021-2022, urmând ca la elaborarea actelor normative pentru anul 2023, să analizăm toate propunerile pe care le-ați înaintat, inclusiv dumneavoastră, la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Nu vă ascund că am primit numeroase propuneri de extindere a pachetului de prevenție, în ceea ce privește luarea în evidență a gravidei aceasta este în pachet la nivelul asistenței medicale primare. Orice altă discuție nu face obiectul proiectului supus dezbaterii publice și orice alte propuneri sunt preluate în baza de date de la nivelul CNAS pentru actele normative viitoare.

## **Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare**

*Solicită domnului Liviu Abrudan, din partea Asociația SMACARE, asociație a pacienților afectați de amiotrofie musculară spinală, în cazul în care a reușit să se conecteze să ia cuvântul.*

*(niciun răspuns)*

Acestea fiind spuse, consider că putem merge mai departe și să lăsăm actele normative să își urmeze parcursul în beneficiul atât al obiectivului nostru comun de a oferi îngrijiri pacienților, atât asigurați, cât și neasigurați, cât și în beneficiul tuturor părților implicate.

Mulțumim frumos! Mulțumim pentru sugestii! Vă rugăm, așa cum v-am spus și de-a lungul dezbaterii, să înaintați toate celelalte propuneri pentru a putea fi colectate în baza de date de la nivelul CNAS urmând a fi analizate și să se regăsească în actele normative viitoare; unele dintre ele apreciem că sunt chiar foarte valoroase. Mulțumim pentru implicare și pentru participare, mult succes și spor în continuare!

### III. Tabel nominal cu persoanele care s-au înscris la cuvând la dezbaterile din data de 27.09.2022

Nr. crt/în ordinea înscrierii	Numele și prenumele	Organizația din care fac parte
1	Dr. Vornicu Ciprian-Ovidiu	SC CAB MED DR ZAHARIA CLAUDIA DOINA SRL Iasi
2	Dr. Barbu Delia Președinte	Colegiul Medicilor Stomatologi Timiș
3	Dr. Cuțui Mihaela Vicepreședinte	
4	Prof. Univ. Dr. Podariu Angela Vicepreședinte	
5	Dr Moiescu Gh. Mihail Președinte	Asociația Patronatului Medicilor de Familie, GORJ
6	Abrudan Liviu	Asociația SMACARE asociație a pacienților afectați de amiotrofie musculară spinală
7	Dr. Elena Angela MAZDRAG	Uniunea Patronatelor Independente din Medicina de Familie (UPIMF)
8	Ioana Aliona Președinte	PATRONATUL MEDICILOR DE FAMILIE TIMIȘ
9	Stan Mihaela Președinte	PATRONATULUI MEDICILOR DE FAMILIE SIBIU
10	Păunescu Viginia Cecilia – avocat	
11	Madalina Steliana Nicolescu	Clinica Hiperdia
12	Dr. Soós Szabó Klára- medic primar/specialist de medicină de familie	S.M.F. H.R. Miercurea Ciuc
13	Dr. Anamaria Nițulescu	Colegiul Medicilor din România
14	Dr. Simona Niculina Rus	
15	Dr. Dina Mergeani	ASOCIAȚIA SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE MEDICINA FAMILIEI/MEDICINĂ GENERALĂ (SNMF)
16	Dr. Ramona-Carmen GERMAN Președinte	ORGANIZAȚIA PATRONALĂ A MEDICILOR DE FAMILIE BIHOR
17	Monica Dan Psiholog	ARAS

**IV. Tabel nominal cu toate persoanele care au participat la dezbaterile din data de 27.09.2022**

<b>Nr. crt/în ordinea înscrierii</b>	<b>Numele și prenumele</b>	<b>Organizația din care fac parte</b>
1	Luiza Bălăceanu	Point Public Affairs
2	Dragoș Dănilă	
3	Dr. Manasia Rodica	CMI . DR. MANASIA RODICA
4	Dr. Vornicu Ciprian-Ovidiu	SC CAB MED DR ZAHARIA CLAUDIA DOINA SRL Iasi
5	D-nul Dorin Dumitru-Didiță – Manager Homecare	LINDE GAZ ROMÂNIA S.R.L
6	D-nul Ovidiu Dragomir – Farmacist	
7	Dr. Barbu Delia Președinte	Colegiul Medicilor Stomatologi Timiș
8	Dr. Cuțui Mihaela Vicepreședinte	
9	Prof. Univ. Dr. Podariu Angela Vicepreședinte	
10	Avocat Diana Loredana Jalba	
11	Dr Moiescu Gh. Mihail Președinte	Asociația Patronatului Medicilor de Familie, GORJ
12	Albu Drina -Director General	CAS Mehedinti
13	Drăghici Sorin Cristinel - Director Relații Contractuale	
14	Torsin Daniela -Medic Șef	
15	Prodan Carmen - Director general	CAS Maramureș
16	Dr. Ileana Dumitrescu Președinte	Asociației Medicilor de Medicina Familiei / Medicină Generală Dâmbovița
17	Abrudan Liviu	Asociația SMACARE asociație a pacienților afectați de amiotrofie musculară spinală
18	Dr Mocanu Laurentiu Președinte	Patronatului Medicilor de Familie Dambovita
19	Dr. Elena Angela MAZDRAG	Uniunea Patronatelor Independente din Medicina de Familie (UPIMF)

20	Dr. Baraganescu Cristiana	Cabinetului medical SC Dobrimed SRL Ramnicu Valcea
21	Ioana Aliona Președinte	PATRONATUL MEDICILOR DE FAMILIE TIMIȘ
22	Stan Mihaela Președinte	PATRONATULUI MEDICILOR DE FAMILIE SIBIU
23	Păunescu Viginia Cecilia – avocat	Reprezinta PATRONATUL MEDICILOR DE FAMILIE TIMIȘ si SIBIU
24	Neagu Georgiana Valentina	
25	Madalina Steliana Nicolescu	Clinica Hiperdia
26	Haranguș Alexandrina - medic primar de medicină de familie	Cabinet Medical Medicină Generală Medicină de Familie dr. Haranguș Alexandrina
27	Dr. Soós Szabó Klára- medic primar/specialist de medicină de familie	S.M.F. H.R. Miercurea Ciuc
28	Ana Maria POPA, Director Executiv AFPM	Asociația Furnizorilor de Produse Medicale
29	Violeta PĂTRU, Consultant extern AFPM	
30	Dr. Anamaria Nițulescu	Colegiul Medicilor din România
31	Dr. Simona Niculina Rus	
32	Dr. Baraganescu Cristiana	Cabinetului medical SC Dobrimed SRL Ramnicu Valcea
33	Dr. Dina Mergeani	ASOCIAȚIA SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE MEDICINA FAMILIEI/MEDICINĂ GENERALĂ (SNMF)
34	Dr. Ramona-Carmen GERMAN Președinte	ORGANIZAȚIA PATRONALĂ A MEDICILOR DE FAMILIE BIHOR
35	Monica Dan Psiholog	ARAS
36	George TODERASC Director general	CAS GALAȚI