

MINUTA

DEZBATERII PUBLICE DIN DATA DE 19.12.2022 CU TEMA

proiectul de hotărâre 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, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022, precum și prelungirea aplicării prevederilor acesteia

I. PARTICIPAREA LA DEZBATERE

Urmare solicitărilor transmise de către furnizori privind organizarea unei dezbateri publice asupra propunerilor cuprinse în *proiectul de hotărâre 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, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022, precum și prelungirea aplicării prevederilor acesteia*, care a fost publicat în data de 21.11.2022 pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate – Secțiunea „Transparență decizională 2022”, respectiv:

- eliminarea serviciilor conexe de kinetoterapie din pachetul de servicii de bază pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialități clinice;
- introducerea de reglementări pentru prescrierea biosimilarelor atât la inițierea tratamentului cât și la continuarea acestuia și, derogare de la această obligativitate doar din motive medicale specifice pacientului, precum și a obligației casei de asigurări de sănătate de a monitoriza semestrial prescrierea produselor biologice,

Casa Națională de Asigurări de Sănătate a organizat Dezbateria Publică online, pe platforma zoom, asupra prevederilor 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 dezbateria publică, din partea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate au participat:

- Doamna Adela **COJAN**, Președinte;
- Domnul Călin Gheorghe **FECHETE**, Director General;
- Doamna Liliana Maria **MIHAI**, Director general adjunct, Direcția Generală Juridic și Contencios Administrativ;
- Doamna Iulia **STOEA**, Director general adjunct, Direcția Generală Relații Contractuale;
- Doamna Mihaela **ION**, Director general adjunct, Direcția Generală Medic Șef;
- Domnul Cezar **RADU**, Director general adjunct, Direcția Generală Control și Antifraudă;
- Doamna Larisa **MEZINU**, Purtător de Cuvânt al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
- Doamna Oana Ingrid **MOCANU** – Director, Direcția Farmaceutică, Clawback și Cost-volum;
- Doamna Elisabeth Iuliana **BRUMĂ**, Director, Direcția Reglementări și Norme de Contractare;
- Gina Drobotă și Alexandra Crangă – consilieri superiori - Direcția Reglementări și Norme de Contractare;

La dezbaterile publice, din partea Ministerului Sănătății au participat:

- Monica **NEGOVAN** - Director Direcția Farmaceutică și Dispozitive Medicale a Ministerului Sănătății
- Costin **ILIUȚĂ** – Director General – Direcția Generală Asistență Medicală
- Mihaela **NECULA** - Direcția Generală Asistență Medicală

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 în proiectul de act normativ care face obiectul dezbaterii sunt cuprinse reglementări aplicabile începând cu data de 1 aprilie 2023.

Doamna Elisabeth BRUMĂ – Director Reglementări și Norme de Contractare: Bună dimineața tuturor! Vă mulțumim că ați acceptat invitația noastră pentru dezbateri publice asupra celor 2 aspecte menționate în anunț, care se regăsesc în primul draft al proiectului hotărârii Guvernului 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, începând cu anul 2023, publicat pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, ce va avea aplicare începând cu 1 aprilie 2023. Fac această precizare deoarece în ședința de Guvern de astăzi se discută aprobarea prelungirii prevederilor HG 696/2021 pentru încă un trimestru, având în vedere stadiul Legii Bugetului de Stat pentru anul 2023, prelungire necesară pentru asigurarea accesului pacienților la servicii medicale și pentru implementarea pachetului minimal extins, acordat persoanelor care nu beneficiază de asigurare, la nivelul asistenței medicale primare. Pentru clarificare precizez că proiectul supus aprobării astăzi în Guvern, nu are nicio legătură cu subiectele dezbaterii de astăzi. Cele 2 subiecte se referă la propunerea de eliminare a serviciilor conexe de kinetoterapie din pachetul de servicii de bază pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate, pentru specialitățile clinice și introducerea de reglementări pentru prescrierea biosimilarelor atât la inițierea tratamentului cât și la continuarea acestuia, derogare de la această obligație doar pentru motive medicale specifice pacientului, precum și a obligației casei de asigurări de sănătate de a monitoriza semestrial prescrierea produselor biologice și biosimilare.

De la nivelul CNAS vă adresează bun venit domnul *Director General Călin Fechete*, doamna *Liliana Mihai – Director General Adjunct - Direcția Generală Juridic și Contencios Administrativ*, *Elisabeth Brumă – Director Reglementări și Norme de Contractare*, *Iulia Stoea – Director General Adjunct - Direcția Generală Relații Contractuale*, *Oana Mocanu – Director, Direcția Farmaceutică*, *Clawback, Cost – Volum*, *Mihaela Ion - Medic Șef*, *Radu Cezar - Director General Adjunct - Direcția Generală Control și Antifraudă* și doamnele *Gina Drobotă și Alexandra Crangă de la Direcția Reglementări și Norme de Contractare*, care ne asigură și suportul tehnic împreună cu Direcția Generală Tehnologia Informației. La dezbateri s-au înscris la cuvânt 78 de persoane, iar ca auditori sunt 148 de participanți. Precizez că a fost respectat termenul de înscriere și solicitare a cererii de cuvânt, astfel cum a fost publicat anunțul pe site-ul CNAS. Prin urmare, pentru cei care nu s-au încadrat în termenele postate, solicitările nu au fost acceptate. Alături de noi se regăsesc și reprezentanții Ministerului Sănătății cărora le mulțumim pentru bunăvoința de a participa la aceste dezbateri publice. Mulțumim!

Doamna Monica NEGOVAN – Director Direcția Farmaceutică și Dispozitive Medicale a Ministerului Sănătății: Buna ziua și mulțumim pentru invitație!

Doamna Elisabeth BRUMĂ – Director Reglementări și Norme de Contractare: Alături de noi mai sunt și Domnul Director General Asistență Medicală din Ministerul Sănătății Costin Iliuță și doamna Mihaela Necula. O să vă propunem să începem dezbaterile publice. Întâi aș vrea să vă prezentăm motivația introducerii acestor

reglementări, pentru a înțelege mai bine contextul. După aceea, o să vă invit la cuvânt în ordinea înscrierii. Pe scurt: eliminarea serviciilor de kinetoterapie din pachetul de servicii de bază din ambulatoriul clinic de specialitate se propune, având în vedere că aceste servicii se regăsesc și în alt tip de asistență medicală, și anume în cadrul pachetului de servicii de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu. Așa cum știți, de la 1 aprilie 2022, medicii de specialitate clinică medicină fizică și de reabilitare au fost incluși în segmentul de asistență ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel că, în pachetul cu decontare din fondul corespunzător asistenței medicale de medicină fizică și de reabilitare, în ambulatoriu, s-a propus creșterea tarifelor de la 28 la 50 de lei pentru 4 proceduri și de la 42 la 80 de lei pentru 4 proceduri, cu diferență între tipurile de proceduri ce formează pachetul de 4.

În plus față de acestea, am primit la nivelul CNAS de-a lungul anilor 2021 și 2022 propuneri de creștere semnificativă a numărului de puncte pentru decontarea serviciilor de kinetoterapie, de cel puțin 40-50 de puncte, aceste solicitări fiind mult supradimensionate comparativ cu numărul punctelor alocate pentru o consultație acordată de un medic specialist. Echivalentul în lei ar fi de aproximativ 43 de lei pentru un medic de specialitate clinică, în timp ce pentru un kinetoterapeut se decontează în prezent 120 de lei pentru o ședință de kinetoterapie individuală. Deci, ar fi o diferență extrem de mare pentru profesioniști cu nivel cu totul diferit de pregătire, fapt considerat discriminatoriu. În plus față de acestea, sunt foarte multe solicitări de întocmire a planului de kinetoterapie de către fizioterapeuți. Acest lucru nu poate fi acceptat de către CNAS, deoarece serviciile conexe, la fel ca și îngrijirile medicale sunt acordate conform indicațiilor medicului. Referitor la acest fapt, mai sunt aduse în atenție și sesizări ale Direcției Generale Control și Antifraudă cu privire la nerespectarea în teritoriu a obligației fizioterapeuților de a efectua serviciile conexe de kinetoterapie în ambulatoriu, în baza planului întocmit de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare. S-a constatat că în unele cazuri această obligație nu se respectă, punând în pericol siguranța pacienților. În plus, au fost constatate cazuri în care, în aceeași zi, pentru același CNP sunt raportate în vederea decontării servicii de kinetoterapie atât în baza de tratament cât și ca serviciu conex în asistența medicală de specialitate pentru specialități clinice. Acestea sunt motivele care au condus la propunerea CNAS, de eliminare a serviciilor de kinetoterapie din pachetul de servicii de bază din asistența medicală pentru specialitățile clinice, cu creșterea concomitentă a tarifelor pentru serviciile de medicină fizică și de reabilitare în baza de tratament.

Doamna Oana Mocanu – Director Direcția Farmaceutică, Clawback, Cost –Volum: În anul 2021, prin noul ordin privind aprobarea protocoalelor terapeutice, a fost introdusă o recomandare privind prescrierea produselor biosimilare atât la inițierea cât și la continuarea tratamentului. Ținta pe care și-au propus-o atunci autoritățile a fost de o absorbție a biosimilarelor de aproximativ 30%. Analiza efectuată la 1 an a arătat faptul că pentru anumite tipuri de biosimilare nu s-a reușit atingerea acestor ținte, motiv pentru care în acord și cu recomandările făcute în luna septembrie de către EMA cu privire la biosimilare și la eficacitatea și siguranța acestora, s-a introdus această reglementare în contractul-cadru la nivel de lege primară.

Doamna Elisabeth BRUMĂ – Director Reglementări și Norme de Contractare: Față de cele precizate mai sus, luând act și de motivele care au condus la propunerea CNAS o să invit persoanele care s-au înscris la dezbaterile publice să-și exprime punctul de vedere. Fiecare persoană are câte 5 minute la dispoziție. O să vă rog, dacă apreciați că ceea ce s-a spus de ante-vorbitorii dumneavoastră, este în asentiment cu ceea ce doriți să exprimați și considerați că nu mai este nevoie să fie repetat, să faceți această precizare, deoarece am calculat în jur de 7 ore pentru această dezbatere în raport cu numărul persoanelor înscrise la cuvânt. Înainte de a da cuvântul persoanelor înscrise, o să o rog pe doamna Președinte a CNAS să vă prezinte un punct de vedere cu privire la subiectele supuse dezbaterii și asupra proiectului CNAS pentru perioada următoare, acela de a extinde pachetele de servicii, acela de a încuraja tratamentul în ambulatoriu, de răsturnare a piramidei serviciilor medicale și încă o dată, cu mențiunea că acesta este un proiect care poate suferi modificări în urma concluziilor care se vor lua în urma dezbaterii publice.

Doamna Adela COJAN – Președinte al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate: Bună dimineața tuturor! Vă mulțumim că v-ați înscris în număr atât de mare la această dezbatere publică. Este clar că elementele de noutate care au fost cuprinse în proiectul Contractului-Cadru au suscitât interes din partea dumneavoastră și din

partea publicului. Și noi suntem interesați să aflăm părerea dumneavoastră în legătură cu aceste proiecte. De la început vă spunem că din punctul de vedere al FNUASS s-a urmărit îmbunătățirea și creșterea accesului asiguraților la serviciile de recuperare. Gândirea a fost aceea de evidențiere sau de scoatere din obligativitatea bazei de tratament a existenței medicului de medicină fizică și de recuperare pe tot parcursul programului de lucru, în bazele de tratament, tocmai pentru că știm că sunt puțini medici în țară, însă cu necesitatea întocmirii planului de recuperare de către acești medici specialiști. Tot pentru a asigura accesul din punct de vedere financiar al asiguraților la pachetele de bază de servicii medicale în asistența medicală de recuperare, sunt propuse o serie de tarife așa cum au fost propuse și abrogate, mai acoperitoare financiar pentru aceste tipuri de servicii. În legătură cu cel de-al doilea subiect al dezbaterii publice de astăzi, este vorba despre îmbunătățirea accesului economic al asiguraților la medicamentele pentru care Agenția Europeană a Medicamentelor e emis deja dovezi în legătură cu beneficiul terapeutic atât pentru biologice, dar și pentru biosimilare, interesul fondului fiind acela de a asigura accesul pacienților la aceste medicamente. Sigur că în urma dezbaterilor de astăzi vom concluziona asupra pârgurilor pe care, de comun acord le vom aplica împreună, astfel încât, procentul de penetrabilitate a acestor medicamente pentru care deja beneficiul terapeutic s-a dovedit a fi echivalent cu cel al biologicilor, să fie unul crescut, astfel încât să putem asigura unui număr cât mai mare de pacienți accesul la aceste terapii. Eu urez succes dezbaterilor de astăzi și am să rog pe kolegele mele să fie atente și să notăm fiecare propunere a dumneavoastră. Ascultăm și noi cu interes și bineînțeles până la finalizarea documentelor, ținem aproape cu toții.

Intervenție Speaker 1 (Nu s-a prezentat): *Îmi cer scuze că intervin, am o propunere din punct de vedere logistic. 5 minute de persoană, a 78 de înscriși la luarea de cuvânt înseamnă într-adevăr 7 ore, ceea ce este complet nefezabil. Aș ruga și aș solicita să ne limităm la 2 minute de vorbitor cu monitorizarea strictă a timpului.*

Intervenție Speaker 2 (Nu s-a prezentat): *Îmi pare rău, dar o astfel de propunere este nerealizabilă pentru că trebuie respectate condițiile care au fost anunțate la organizarea acestei dezbateri. Există argumentații care trebuie aduse publicului. Ca atare, dacă s-au acordat 5 minute, acestea trebuie respectate.*

Doamna Adela COJAN – Președinte al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate: Va trebui ca fiecare interlocutor să respecte cele 5 minute alocate. În ședința de Guvern de astăzi de la ora 12.00 este propusă adoptarea unei Hotărâri de Guvern care nu face altceva decât să prelungească prezentul Contract-cadru. Practic, noi ce discutăm astăzi, se referă la ce va însemna modificare, completare, pentru noul contract-cadru care va intra în vigoare cu data de 1 aprilie 2023. Astăzi în Guvern se aprobă numai prelungirea vechiului contract.

Doamna Elisabeth BRUMĂ – Director Reglementări și Norme de Contractare: Dăm cuvântul **domnului Domnul Dina Gabriel – Director de programe Pfizer România SRL.**

Domnul Dina Gabriel – Director de programe Pfizer România SRL: Bună ziua! În primul rând mulțumim pentru că ați acceptat cererea noastră de dezbateră și pentru organizarea acestei dezbateri publice. În urmă cu câteva zile v-am trimis și o analiză legală de 13 pagini care scoate în evidență câteva aspecte problematice de importanță majoră pe care sperăm că dacă nu ați avut timp până acum să le revizuiți să o faceți cât mai de curând. Mă refer la probleme identificate din perspectiva Legii concurenței, a art. 8, care interzice introducerea unor măsuri de natură să restrângă, distorsioneze și să limiteze competiția. Mai apoi, argumente legate de o altă lege importantă, Legea nr. 24/2000, privind normele de tehnică legislativă. Ar fi important așa cum ar fi fost important și în urmă cu un an, un an și jumătate, să se realizeze o evaluare a impactului medical economic, societal și legislativ a acestei noi prevederi. De asemenea, probleme din perspectiva art. 34 al Tratatului de Funcționare al Uniunii Europene care interzice țărilor membre să introducă măsuri restrictive în ceea ce privește comerțul intracomunitar și de asemenea, prevederile Constituției, art. 53, lucruri legate de proporționalitatea măsurilor și caracterul nediscriminatoriu al măsurilor. Suntem alături de dumneavoastră în încercările de a găsi modalități de utilizare eficientă a fondurilor. Avem în portofoliu atât medicamente biologice cât și biosimilare, dar credem noi că este foarte important să se facă această analiză de impact, cu atât mai mult cu cât avem experiența anului trecut care indică că pentru CNAS cheltuielile au crescut și nu neapărat pe seama medicamentelor biologice de referință. Sunt convins că aveți o analiză amănunțită. Ar fi fost grozav să putem,

reprezentanți ai pacienților, medicilor și industriei, să avem discuții tehnice și nu în ultimul rând să explorăm și modalitățile prin care alte țări membre ale UE, 26 de țări membre, pentru care aceleași obiective sunt de maximă importanță: utilizarea eficientă, salvarea de fonduri pentru a trata cât mai mulți pacienți. Ar fi putut fi o bună sursă de inspirație pentru realizarea unui proiect de hotărâre. Vă mulțumesc mult și sper să aveți timpul și interesul de a vă uita pe aspectele semnalate pentru că avem nevoie de predictibilitate, și foarte important, de încredere în legile țării, că România este un stat guvernat de drept și că toate obligațiile cuprinse în acest pachet de legi vor fi respectate. Vă mulțumesc!

Doamna Elisabeth BRUMĂ – Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi! Invităm la cuvânt pe domnul **Prof. Dr. Cătălin Codreanu, Șef Disciplina Reumatologie la UMF Carol Davila București, Manager la Centrul Clinic de Boli Reumatismale București.**

Domnul Prof. Dr. Cătălin Codreanu, Șef Disciplina Reumatologie la UMF Carol Davila București, Manager la Centrul Clinic de Boli Reumatismale București: Bună ziua! Doamnă Președinte, doamnelor și domnilor, sunt profesor de Reumatologie la UMF București, iar această intervenție nu reprezintă doar opiniile mele profesionale ci și poziția oficială a Comitetului Director a Societății Române de Reumatologie pe care le reprezint, precum și poziția catedrelor de Reumatologie de la Universitățile de Medicină din București, Cluj, Iași, Craiova, Constanța și Sibiu. Alături de mine, această poziție va fi prezentată într-o intervenție separată de doamna Profesor Elena Rezuș, Președinte ales al Societății. Vreau să precizez cu claritate, de la bun început faptul că biosimilarele au fost apreciate și au fost folosite încă de la apariția lor de reumatologi, dovadă faptul că penetranța biosimilarelor între produsele care au biosimilare este de 30% din totalul prescripțiilor. Reumatologii au promovat aceste preparate, au prezentat rezultatele obținute în sesiuni științifice, au publicat articole care reflectă aceste rezultate. Singurul motiv care justifică apariția biosimilarelor este existența unui preț semnificativ mai mic față de originale și asta explică și succesul major pe care aceste produse l-au avut în țări precum Danemarca sau Suedia. Cu condiția ca această reducere de preț să fie semnificativă, ele reprezentând doar 30% sau 40% din prețul originalelor. Din păcate, această realitate de preț nu se aplică în România. La înregistrarea biosimilarelor s-a obținut o reducere cu puțin sub 80% din prețul originalelor. Mai mult decât atât, acest beneficiu financiar a fost, în practică, aproape în totalitate anulat de aplicarea Ordinului nr. 615/2010 care decontează la nivelul de 120% din prețul de referință al produsului decontat, ceea ce face ca să avem situația absolut ridicolă în care în România CNAS decontează un preț mai mare pentru un biosimilar comparativ cu originalul, iar în alte situații diferența de preț în minus a biosimilarelor este de-a dreptul ridicolă situându-se la 10-15 lei pentru unitatea terapeutică. Este evident pentru toată lumea că, practicând astfel de politici de prețuri și decontare, nu se pot obține economii semnificative de la buget. Sunt sigur că în luările de cuvânt ale reprezentanților, asociațiilor, distribuitorilor de biosimilare, veți auzi cât de mari sunt economiile care pot să fie făcute la buget. Rugăm insistent conducerea CNAS să nu transforme instituția în agentul de vânzări pentru biosimilare și să judece realitățile care există în România. Înțelegem argumentele de promovare pe care le practică aceste companii, dar trebuie ca ele să fie adaptate realității din România și faptului că prețurile și sistemul de decontare care este practicat nu permit obținerea unor astfel de economii. Apreciam cu toată claritatea faptul că prin propunerile pe care CNAS le face cu introducerea art. 156¹, nu vor fi obținute beneficiile financiare scontate pentru că diferența de preț între biosimilare și originale este prea mică și ea este anulată de aplicarea Ordinului nr. 615/2010. Propunem ca, imediat, CNAS să anuleze aplicarea acestui Ordin atât pentru originale cât și pentru biosimilare. În felul acesta va face economii majore imediate la buget care în această situație vor putea fi folosite pentru beneficiul tratamentului altor bolnavi. De asemenea, solicităm menținerea regulilor clare europene în ceea ce privește utilizarea produselor atât originale cât și biosimilare, menținerea obligativității obținerii consimțământului informat pentru accesul pacienților la terapii, dar despre toate aceste lucruri veți auzi în prezentarea care urmează, în intervenția doamnei Profesor Elena Rezuș. Materialul scris a fost deja înaintat conducerii CNAS, ministerului, precum și tuturor forurilor care sunt relevante și care supraveghează sănătatea în România. Vă mulțumesc!

Doamna Elisabeth BRUMĂ – Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi domnule Profesor! Precizez încă o dată că este primul draft de proiect de Ordin și bineînțeles că, după analiza

propunerilor, proiectul va suferi modificări. O invităm pe doamna Prof. Dr. Elena Rezuș, Șef Disciplina Reumatologie, Recuperare, Medicină Fizică, Balneologie la UMF „Grigore T. Popa” Iași. Vă rugăm!

Doamna Prof. Dr. Elena REZUȘ – Șef Disciplina Reumatologie. Recuperare, Medicină Fizică, Balneologie la UMF „Grigore T. Popa” Iași, Șef Clinica I Reumatologie, Spitalul Clinic Recuperare Iași: Bună ziua! Vă mulțumesc pentru că mi-ați dat posibilitatea să iau cuvântul în această ședință. Aș vrea să subliniez importanța consimțământului informat pentru acești pacienți cu terapie biologică. După cum știm, textul propus de CNAS pentru art. 156[^]1, nou introdus în Contractul-cadru exclude prevederea obținerii consimțământului informat al pacientului pentru tratamentul pe care îl va urma, ceea ce este complet inacceptabil din punct de vedere al practicii, al eticii și al deontologiei medicale pentru că ridică problema responsabilității medicale în caz de apariție a unor reacții adverse și expune pacientul la potențiale grave abuzuri. Obținerea acordului informat al pacientului este obligatorie. Trebuie obținut consimțământul informat în cazul în care medicul consideră justificată schimbarea terapiei, inclusiv cu un biosimilar și de asemenea prevederea posibilității continuării terapiei biologice cu un produs original, în condițiile în care pacientul nu acceptă semnarea consimțământului pentru trecerea pe un biosimilar. Atunci când semnează consimțământul informat, pacientului i se explică toate posibilitățile de tratament biologice, atât originale cât și biosimilare, se explică care este diferența dintre acestea, i se explică experiența pe care o are medicul cu diferite tratamente biologice. De asemenea i se explică care sunt riscurile și complicațiile ce pot să apară în timpul acestor tratamente. Acestea sunt tratamente puternice, cu risc crescut de efecte secundare. De exemplu, poate fi activată tuberculoza, este un risc crescut de infecții și septicemii, sunt descrise și cazuri de decese. Ca urmare, nici un medic nu-și va asuma răspunderea pentru toate acestea, mai ales dacă nu există un consimțământ informat al pacientului. Este de neconceput un astfel de tratament fără un consimțământ informat. De asemenea, medicul are obligația de a prezenta pacientului toate opțiunile terapeutice existente, detalii în beneficiile previzibile, precum și potențialele riscuri, astfel încât pe baza informațiilor furnizate, dar și după evaluarea formei de boală, a manifestărilor extraarticulare, a complicațiilor și comorbidităților, să decidă în deplin acord cu pacientul asupra terapiei recomandate de medic și acceptate de către pacient. Ceea ce primează în acest proces este interesul suveran și primordial al asigurării sănătății pacientului. De asemenea, în HG nr. 720/2008, aceasta include în Lista C3 un număr de 4 preparate biologice cu indicație în bolile reumatice pentru care există biosimilare înregistrate. Textul propus de CNAS în art. 156 nou introdus în Contractul-cadru, exclude prescrierea acestora în condițiile în care excepțiile din alin. (3), reprezentate de motive medicale specifice pacientului nu sunt definite în nici un fel. Este de așteptat ca medicul prescriptor sub presiunea sancțiunilor prevăzute la alin. (4), să evite prescrierea de preparate originale chiar atunci când acestea ar fi medical necesare. Nu sunt explicate excepțiile și care sunt aceste excepții. Excepțiile trebuie definite anticipat. Abuzul poate fi atât din partea medicului prescriptor, cât și din partea celui care îl verifică. Solicităm imperios CNAS să clarifice condițiile în care aceste preparate mai pot fi prescrise sau astfel să fie eliminate din Lista de aprobare din HG nr. 720/2008. De asemenea, aș vrea să spun că în această perioadă au dispărut de pe piața românească 3 biosimilare, iar consultarea bazei de date a Ministerului Sănătății privind cantitățile de biosimilare disponibile, arată cifre mult sub necesarul care să acopere tratamentul pacienților cu boli autoimune. Vă mulțumesc!

Doamna Elisabeth BRUMĂ – Director, Direcția Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi! Vă anunțăm că am postat în chat lista cu persoanele înscrise pentru a vă cunoaște numărul de ordine, având în vedere că va dura destul de mult dezbateră publică. Acum îl invităm pe domnul Ovidiu Constantinescu - Vicepreședinte al Ligii Române de Luptă contra Reumatismului.

Domnul Ovidiu CONSTANTINESCU - Vicepreședinte al Ligii Române de Luptă contra Reumatismului: Bună ziua tuturor! Avem o mare problemă! În prezent avem peste 5000 de pacienți cu boli reumatice grave care primesc tratament biologic în preparate originale. În cazul în care această propunere va fi aprobată ca atare, în luna aprilie 2023, toți acești bolnavi vor primi o rețetă cu un biosimilar al celui folosit până atunci, cu explicația, desigur, că statul nu mai permite prescrierea vechiului tratament, cu care pacientul era obișnuit și cu care, evident, boala evolua bine. Întrebare: Aveți consimțământul pacienților pentru această schimbare, al fiecăruia dintre cei 5000 de pacienți? Este șocant că pacientul nu a fost întrebat dacă este de acord cu modificarea. Peste consimțământul pacientului s-a trecut cu eleganță, ca să zic așa, și nu este pentru prima dată când CNAS uită de

pacienți. Cum este acum în contract trecerea la biosimilare nu este o recomandare cum s-a spus mai devreme, ci o reglementare. Trecerea pe un alt tratament fără consimțământul pacientului nu se poate, nu s-a mai întâmplat până acum. Cine își asumă răspunderea în cazul în care pacientul va prezenta reacții adverse sau nu va răspunde la noul tratament? Este anulat principiul deciziei comune asupra terapiei, al interesului primordial al pacientului în vederea păstrării sănătății. Tot o ținem „langa” că pacientul este în centrul sistemului medical. Unde mai este pacientul în luarea deciziei? Este protejat pacientul de potențiale abuzuri în cazul în care schimbarea terapiei nu se face după nevoile medicale ale acestuia, ci după niște interese comercial-financiare ale CNAS? Repet, nu este prima dată când se întâmplă acest lucru cu care CNAS uită total de pacienți și de faptul că el este om și că toate aceste lucruri trebuie să aibă în vedere sănătatea lui. Eu, de exemplu, când mă duc la spital pentru niște analize banale, în primele 5 minute nu fac altceva decât să semnez că sunt de acord cu tratamentul. Ce se întâmplă dacă atunci când o să i se ceară consimțământul, pacientul va zice nu. I se taie tratamentul care a dat rezultate? Este lăsat fără tratament doar pe considerente contabile? Nu este prima dată când CNAS are această viziune că dacă pacientul nu se supune orbește deciziilor luate în birou, i se taie tratamentul! Acum câțiva ani am avut chestia aia cu tratamentul cu metotrexat, că nu este găsit în SIUI, i se taie biologicul. De asta vă mai aduceți aminte? Eu îmi aduc aminte că am avut exact această discuție despre drepturile pacienților de acum vreo 3-4 ani. De asemenea, așa cum s-a spus mai devreme, excepțiile care permit prescrierea preparatului original reprezentate de motive medicale specifice pacientului nu sunt definite corespunzător, drept pentru care iar deschidem poarta la abuzuri sau pur și simplu ca interesul pacientului să nu mai fie luat în considerare și să nu mai fie pus așa cum trebuie pe primul loc. Eu atât am avut de spus. Vă mulțumesc și aștept răspunsuri pozitive!

Doamna Elisabeth BRUMĂ – Director Reglementări și Norme de Contractare: Vă mulțumim și noi! Vom analiza propunerile dumneavoastră și vom revizui forma articolului respectiv în noul draft Contract-cadru de Ordin. O invit pe doamna Roman Nicoleta Maria.

Doamna Nicoleta Maria ROMAN: Bună ziua tuturor! Aș dori să le dau specialiștilor timpul meu, deoarece eu sunt interesată de subiecte dar nu sunt specialist pe aceste subiecte. Vă mulțumesc frumos! Mult succes tuturor!

Doamna Elisabeth BRUMĂ – Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi! V-am invitat pentru că v-ați înscris la cuvânt. O invităm pe doamna Zabalan Minișoara Codruța, pacient, membru în Liga Română Contra Reumatismului.

Doamna Minișoara Codruța ZABALAN, pacient, membru în Liga Română Contra Reumatismului: Bună ziua! Vă mulțumesc frumos pentru oportunitatea de a lua cuvântul. Sunt unul din cei peste 5000 de pacienți cu boli reumatice autoimune în tratament cu un biologic original și vorbesc în numele tuturor acestor pacienți. Am răspuns foarte bine la tratament și nu am experimentat efecte adverse ale tratamentului și dacă propunerile CNAS vor fi aprobate ca atare, asta înseamnă că din luna aprilie 2023 voi primi o rețetă cu un biosimilar și nu cu tratamentul original la care am răspuns atât de bine până acum și singura explicație pe care o voi primi va fi că statul nu mai permite prescrierea vechiului tratament. Înțeleg argumentația cheltuielilor majore cu produsele biologice și că introducerea biosimilarelor va permite accesul mai multor pacienți la tratament ceea ce mi se pare normal. Dar, pentru pacienții aflați în Low Disease Activity sau în remisie, așa cum este și cazul meu și cazul multor alți pacienți, scăderea cheltuielilor se poate face prin „Papering! Adică prin scăderea frecvenței de injectare. De exemplu în cazul meu, am avut o injectare la 2 săptămâni, s-a scăzut acum la 3 săptămâni și acum sunt la o lună. Deci deja cheltuielile s-au înjumătățit. Mă simt bine. Această scădere de frecvență se poate face în continuare. Deci cheltuielile ar scădea în continuare. De ce este nevoie ca eu și toți acești pacienți să fim condamnați la primirea unui biosimilar la care s-ar putea să nu răspundem la fel de bine. Frecvența injecțiilor ar trebui crescută dacă n-aș răspunde, da? Și asta ar duce la o creștere a cheltuielilor, opus obiectivului CNAS. De asemenea, sigur există și riscul experimentării unor efecte secundare care pot conduce chiar și la consecințe foarte grave. Optarea pentru un tip de tratament și creșterea perioadei de injectare, toate acestea s-au obținut cu acordul informat al pacientului. A fost o decizie mutuală între medic și pacient, așa cum trebuie să fie în orice sistem de sănătate civilizată, așa cum recomandă UE, așa cum recomandă EULAR (European League Against Rheumatism) ai căror membri suntem și noi. Și eu sunt pacient în cadrul LRR. Unul dintre criteriile de eligibilitate la nivel european este aplicarea principiului „shared decision making”, a acordului mutual între

medic și pacient, un acord de parteneriat, ceea ce mi se pare normal. Ori, statul român anulează prin aceste măsuri principiul deciziei comune asupra terapiei. Cum vor fi protejați pacienții de abuzuri, în cazul în care schimbarea terapiei nu se face după nevoile medicale? Sunt menționate, așa cum au spus și colegul meu și domnul Prof. Codreanu niște excepții care permit prescrierea preparatului original, dar nu sunt explicate în nici un fel. În concluzie, din punctul meu de vedere și al altor pacienți prin astfel de măsuri ni se refuză posibilitatea implicării în decizia asupra terapiei ceea ce ne pune în postura de cobai, ceea ce este absolut inacceptabil într-un stat european și nu vom fi parteneri decizionali așa cum este normal. Sunt decizii care privesc calitatea vieții noastre și chiar dacă suntem pacienți cronici vrem să fim considerați cetățeni cu drepturi depline în țara noastră. Vă mulțumesc frumos!

Doamna Elisabeth BRUMĂ – Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi! Invităm pe domnul Dan Nicolae Zaharescu- Director Executiv ARPIM.

Domnul Dan Nicolae ZAHARESCU- Director Executiv ARPIM: Bună dimineața tuturor! Vă mulțumesc pentru oportunitatea de a avea o intervenție în această dezbatere publică. De la început doresc să subliniez faptul că acest proiect de act normativ a fost însoțit de o Notă de fundamentare care ba a apărut, ba a dispărut de pe site-ul CNAS, dar fără ca să menționeze o analiză de impact al deciziilor care sunt incluse în acest proiect de act normativ și mai ales nu au fost menționate deloc obiectivele care se doresc să fie atinse prin implementarea acestui act normativ. De aceste obiective am auzit abia în această dimineață, pe doamna Director Mocanu, care spunea că dorește să se ajungă la o recomandare de a avea 30% din cantitățile prescrise de medicamente, să fie biosimilare, și pe doamna Președinte care spunea că dorește să asigure un acces cât mai larg al pacienților la medicamente. Ceea ce doresc să subliniez este că formula actuală a textului care a fost propus, riscă să aibă exact efectele contrare a ceea ce se dorește în acest moment. Și pentru a evita acest lucru recomandarea mea este ca să creăm o structură, un grup de lucru după modelul celui care a fost atunci când am revizuit taxa clawback, cu toți actorii implicați în acest proces, să avem clar obiectivele pe care vrem să le atingem și în discuțiile pe care le vom purta în acest grup de lucru, să găsim soluțiile cele mai potrivite. Nu trebuie să ignorăm faptul că viteza de răspuns a companiilor farmaceutice la schimbări de genul acesta este extrem de scăzută și dacă se vor implementa asemenea măsuri într-o perioadă scurtă de timp, foarte abrupt, pacienții riscă să fie extrem de puternic perturbați, iar accesul lor la medicamente riscă să fie aproape de 0. Ce doresc să subliniez în continuare este faptul că din punct de vedere procedural trebuie asigurat un echilibru în luarea unor asemenea măsuri și în special trebuie evitată încălcarea legislației cu privire la concurență. Modul în care sunt formulate imperativele de prescriere a unui medicament biologic sau biosimilar și modul în care sunt prevăzute sancțiuni pentru nerespectarea acestor reglementări încalcă grosolan legislația cu privire la concurență și este imperios necesar un aviz din partea Consiliului Concurenței vis-a-vis de modul în care sunt formulate aceste aspecte. Nu doresc să prelungesc această intervenție. Sunt o mulțime de alți colegi de-ai mei care vor ridica subiecte. Revin cu ideea de a organiza un grup de lucru, de a avea un dialog structurat și bine organizat în cadrul CNAS și bineînțeles cu participarea Ministerului Sănătății și a tuturor actorilor cheie implicați în acest proces. Vă mulțumesc!

Doamna Elisabeth BRUMĂ – Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi și mulțumim și pentru propunere și pentru deschidere. O invităm pe doamna Cezara Ioana Bianchi-Mănăilă.

Doamna Cezara Ioana BIANCHI-MĂNĂILĂ: Bună ziua! Mulțumesc pentru oportunitatea de a lua cuvântul! Reprezint la fel ca și colegul meu Dan Zaharescu, ARPIM. Nu voi relua argumentele care au fost furnizate de ante-vorbitorii mei privind consimțământul informat al pacientului. Vreau să aduc în discuție și problema furnizării în flux constant și adecvat nevoilor de medicamente care poate fi „impactată” în condiția în care un tip de medicamente sunt excluse de la prescriere. Cred că am trecut cu toții prin situații în care unele medicamente au lipsit de pe piață sau nu au avut stocuri suficiente, ca să înțelegem importanța acestei probleme. În al doilea rând, într-un articol apărut în Frontiere în Farmacologie în anul 2021 și care se numește „Politici de încurajare a utilizării biosimilarelor în țările europene și potențialul impact asupra cheltuielilor cu medicamentele”, există alte tipuri de politici care au fost experimentate de țările europene. În acest articol sunt analizate politicile din 16 țări europene, iar ceea ce s-a remarcat este existența unor ghiduri formulate împreună

cu societățile medicale sau a unor acorduri de parteneriat cu industria farmaceutică, care fie stabilesc cote de prescriere pentru medicamentele așa numite ieftine, printre care se află și biosimilarele dar și medicamente care și-au pierdut patentul și care de multe ori se află la același nivel de preț ca și biosimilarele. O altă politică care poate fi utilizată este la nivelul farmaciilor, adaosuri similare pentru biosimilare cu acelea ale medicamentelor originale. Deci, credem că există subiecte care pot fi discutate în cadrul acestui grup de lucru care a fost propus de colegul meu Dan Zaharescu și vă stăm la dispoziție, atât cu materialul pe care l-am citat precum și alte propuneri concrete. Mulțumesc!

Doamna Elisabeth BRUMĂ – Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim! Invităm pe domnul Conf. Dr. Alexandru Ulici – medic primar ortopedie pediatrică, Președinte al Comisiei Naționale de Ortopedie Pediatrică a Ministerului Sănătății.

Domnul Conf. Dr. Alexandru ULICI – medic primar ortopedie pediatrică, Președinte al Comisiei Naționale de ortopedie Pediatrică a Ministerului Sănătății: Bună ziua! Mulțumesc mult pentru această oportunitate de a participa la această dezbateră publică. Schimbăm un pic subiectul și abordăm problema fizio-kinetoterapiei și a serviciilor conexe și vreau să vă spun de la bun început că propunerea CNAS este nefezabilă pentru specialitatea de ortopedie pediatrică și este chiar inacceptabilă, generând niște probleme fabuloase de sănătate pacienților care nu vor mai avea deloc acces la servicii de recuperare decât prin fonduri proprii, ceea ce este inacceptabil pentru o patologie pediatrică. Vreau să vă spun că medicii de reabilitare pe care CNAS îi introduce între medicul ortoped și fizio-kinetoterapeut nu are meritul de reabilitare, nu are nicio competență în ortopedia pediatrică, neavând nici o oră de pregătire în curricula domniilor lor. Ca urmare, pe lângă faptul că sunt foarte puțini, iar numărul pacienților pediatrici care au nevoie de servicii de fizio-kinetoterapie este foarte mare, nici măcar nu au competența de a stabili un plan terapeutic sau de a aprecia dacă un tratament kinetoterapeutic este sau nu este util în o anumită afecțiune despre care nu știe nimic medicul de reabilitare. Gândiți-vă că pe lista actuală de servicii a medicilor de recuperare nu există afecțiuni deosebit de severe pentru care pacienții minori primesc tratament kinetoterapeutic, cum ar fi de exemplu, piciorul strâmb congenital valgus echin, cum ar fi torticolis-ul muscular congenital sau alte afecțiuni la fel de severe. Ca urmare, din punct de vedere al ortopediei pediatrică, interpunerea unui medic care nu are competență în această specialitate nu va face decât să excludă un lot imens de pacienți din România de la servicii extrem de importante de tratament. Gândiți-vă că este vorba de pacienți pediatrici. Prin Constituție, tratamentul copilului este garantat în România și este gratuit în marea majoritate a cazurilor, iar interpunerea unei alte verigi în acest lanț, nu va face decât să scadă serviciile medicale acordate. Eu atât am vrut să spun din punct de vedere al ortopediei pediatrică, această propunere nu este fezabilă. Vă mulțumesc!

Doamna Elisabeth BRUMĂ – Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi! Îi invităm pe domnul Prof. Dr. Mihai Berteanu, Președinte al Comisiei de Medicină Fizică și de Reabilitare de la nivelul Ministerului Sănătății. Vă rugăm, poate ne și lămurii cu privire la aceste aspecte ridicate de domnul Conf. Dr. Alexandru Ulici.

Domnul Prof. Dr. Mihai BERTEANU, Președinte al Comisiei de Medicină Fizică și de Reabilitare de la nivelul Ministerului Sănătății: Bună dimineața tuturor! Vă mulțumesc pentru organizarea acestei debateri publice. Doresc să menționez că atât Comisia de Specialitate cât și Societatea Profesională, Societatea Română de Reabilitare Medicală, este de acord cu propunerea CNAS de eliminare a serviciului conex de kinetoterapie și colegii mei care vor urma vor aprofunda acest subiect. Eu am să vreau să-i răspund domnului Conf. Ulici pe care îl respect în mod deosebit și cred că ne cunoaștem destul de bine. Aș vrea să-i răspund punctual la anumite afirmații ale dânsului. În primul rând a declarat că sunt puțini medici de reabilitare: să știți că sunt 1500 de specialiști în toată țara, fără rezidenți, rezidenții mai sunt încă vreo 400. Referitor la faptul că nu au pregătire în reabilitare pediatrică, este eronat, pentru că în cadrul rezidențiatului toți rezidenții de reabilitare au un stagiul de 6 luni într-un serviciu de reabilitare pediatrică și spre sfârșitul listei am văzut că este și doamna Conf. Univ. Liliana Pădure care conduce un astfel de centru de reabilitare pediatrică și care poate confirma cele spuse. Deci la fel cum dumneavoastră susțineți că medicul de reabilitare nu are pregătire și eu v-am argumentat că are în mod oficial și legal pregătire, vă pot spune că la fel nici medicul ortoped pediatru nu are nici un fel de pregătire

în domeniul Medicinii Fizice și a Reabilitării Medicale și aceasta se poate vedea din curricula celor 2 specialități. Iar limitarea accesului pacienților minori, din contră, cred că putem să extindem accesul pacienților minori, oferindu-le servicii care sunt mai complexe decât doar kinetoterapie, iar kinetoterapia la piciorul strâmb congenital, e adevărat o trază și eu, în clinică la noi, ce-i drept la copii mai mari, nu pentru copii foarte mici, dar este o abordare pe care noi, în majoritatea centrelor, cel puțin universitare, dacă nu și din orașele mari din țară, o abordăm. Deci, opinia Comisiei și a Societății este contrară celor afirmate de domnul Conf. Ulici. Eu sunt convins că dincolo de această inflamare pe mediile sociale și pe canalele de televiziune, cred că decizia aceasta trebuie lăsată în mâna experților, într-o discuție relaxată fără inflamări și sunt convins că, din punctul nostru de vedere vă stăm oricând la dispoziție pentru informații clare, științifice și profesionale. Vă mulțumesc foarte mult!

Domnul Conf. Dr. Alexandru ULICI – medic primar ortopedie pediatrică, Președinte al Comisiei Naționale de ortopedie Pediatrică a Ministerului Sănătății: Dacă-mi permiteți un minut pentru că mi s-a pronunțat numele de către domnul Prof. Berteanu pe care și eu îl respect foarte mult, o întrebare mică de câteva secunde că oricum nu a vorbit 5 minute, dacă se poate vă rog.

Doamna Elisabeth BRUMĂ – Director Reglementări și Norme de Contractare: Vă rugăm!

Domnul Conf. Dr. Alexandru ULICI – medic primar ortopedie pediatrică, Președinte al Comisiei Naționale de ortopedie Pediatrică a Ministerului Sănătății: Deci, în primul rând vreau să reamintesc că în curricula de pregătire a medicului de recuperare nu apare nici o oră de ortopedie pediatrică, repet, nici o oră de ortopedie pediatrică. Doi la mână, ortopedul pediatru nu are a explica cum se face fizio-kinetoterapia, dar ce metode de tratament sunt utile pentru o anumită afecțiune, alegerea momentului terapeutic și a tipului de tratament, este doar apanajul ortopedului pediatru. Ca urmare, nu are ce să recomande medicul de reabilitare, kinetoterapie sau alt tratament pentru afecțiune pe care nu știe să o diagnosticheze și nu știe despre evoluția ei și care este posibilitatea de evoluție în astfel de afecțiuni, iar participarea într-un serviciu de reabilitare pediatrică 6 luni de zile nu este echivalent cu participarea la un stagiu de ortopedie pediatrică de măcar o oră. Deci, vă rog frumos din punctul acesta de vedere, în mod clar, medicul de reabilitare nu are capacitatea și nu are competența de a diagnostica și evident de a trata pacienți de ortopedie pediatrică.

Domnul Prof. Dr. Mihai BERTEANU, Președinte al Comisiei de Medicină Fizică și de Reabilitare de la nivelul Ministerului Sănătății: Vă contrazic din nou! Medicul de reabilitare, printr-un stagiu de rezidențiat de 6 luni vede. Pe de altă parte un kinetoterapeut care face 3 ani de pregătire de multe ori în facultăți care nu sunt arondate facultăților de medicină care n-au văzut în 3 ani niciun pacient, de niciun fel nu numai pediatric, nu cred că are o competență sporită în acest sens. Putem oricând să discutăm... Dacă avem acum un dialog cred că blocăm discuția pentru tot grupul.

Doamna Elisabeth BRUMĂ – Director Reglementări și Norme de Contractare: Vă mulțumim frumos. Lăsăm discuția între specialiști și o invităm pe doamna Alina Lăcătuș, de la AbbVie SRL

Alina LĂCĂTUȘ – DLA Piper Dinu SCA-Legal Counsel AbbVie: Bună dimineața! În numele AbbVie doresc să vă mulțumesc în primul rând pentru organizarea acestei dezbateri publice, pentru a permite audierea punctului nostru de vedere cu privire la propunerea de a introduce noul art. 156¹ privind prescrierea medicamentelor biosimilare. Intervenția mea va fi limitată la 5 minute și voi acoperi pozițiile 11-17 de pe ordinea de înscrieri la cuvânt. În primul rând, doresc să subliniez că Proiectul de HG publicat în 22 noiembrie 2022 nu cuprinde nicio analiză de impact detaliată privind acest nou articol propus. Nota de fundamentare care a fost publicată după postarea proiectului de HG în Transparență Decizională se rezumă la a include o afirmație generală, fără nicio analiză concretă de impact financiar și socio-economic. În mod specific nu există nicio evaluare a impactului prevederilor propuse, în contextul în care drepturi legal existente sunt afectate sau chiar eliminate și mă refer aici în primul rând la dreptul medicilor la libertatea și independența deciziei medicale și dreptul de prescriere, apoi dreptul pacienților de a fi informați și de a fi de acord cu tratamentul prescris așa cum ați auzit la ante-vorbitorii mei și nu în ultimul rând, dreptul unei companii de a comercializa în România, un medicament biologic de referință compensat în vederea acoperirii nevoilor de tratament ale pacienților din România. Voi detalia fiecare dintre aceste aspecte. Este esențial ca libertatea și independența medicului

prescriptor să fie menținute. Aceasta include dreptul medicului de a prescrie tratamentul pe care îl consideră adecvat pentru fiecare pacient în considerarea opțiunilor terapeutice potrivite pentru starea de sănătate a acestuia și în baza protocoalelor de prescriere și a RCP-urilor medicamentelor conform prevederilor art. 380 și art. 381 din Legea 95/2006. În mod specific la nivelul acestei legi este consacrată prin art. 381 datoria medicului față de pacienți de a prescrie și a recomanda tot ceea ce este necesar din punct de vedere medical pentru pacient. Aceste drepturi legale ale medicilor trebuie menținute în beneficiul pacienților cărora le este garantat și protejat dreptul la sănătate conform art. 34 din Constituția României. Voi detalia în continuare faptul că propunerea acestui art. 156¹ elimină complet dreptul pacienților de a fi informați și de a agreea tratamentul terapeutic. Această cerință legală este prevăzută și în alte țări ale UE și mă refer ca exemplu la Germania și Irlanda unde un pacient care a fost informat decide dacă trebuie să urmeze un tratament, în sensul că acesta trebuie să înțeleagă starea sa de sănătate precum și beneficiile și riscurile posibilelor tratamente și opțiuni rezonabile. Având în vedere prevederile legale aplicabile în România, pacienții au dreptul de a fi informați despre tratament. În acest sens aduc în atenție prevederile art.6 din Legea nr. 46/2003. Acest drept legal al pacienților are corelativ obligația medicilor de a lua în considerare acordul pacienților cu privire la deciziile de tratament. La nivelul UE avem un principiu fundamental care stabilește că considerente de ordin economic, nu pot avea prioritate față de sănătatea publică. Jurisprudența constantă unională confirmă că protecția sănătății publice trebuie fără îndoială să prevaleze asupra considerentelor economice. AbbVie împărtășește obiectivul de a asigura nevoile de sănătate ale pacienților întrucât tot ceea ce face de la cercetare la dezvoltare până la producție și comercializare, precum și dialogul „colaborativ” cu autoritățile pun în mod real pacienții ca obiectiv principal. În al treilea rând doresc să subliniez faptul că AbbVie are o datorie etică față de pacienți de a pune pe piața din România medicamente necesare pentru acoperirea nevoilor pacienților din România. Măsura propusă elimină în mod brusc și complet dreptul AbbVie de a comercializa un medicament biologic de referință în România, medicament care îndeplinește toate condițiile pentru a fi în beneficiul pacienților în cadrul Sistemului Național de Asigurări Sociale de Sănătate. Această propunere pe care o considerăm abruptă și complet disproporționată poate afecta în final pacienții din România, în special cei care au atins și menținut obiectivele din protocoalele terapeutice. Pe baza punctului de vedere argumentat pe care l-am prezentat care arată caracterul excesiv și disproporționat al măsurii propuse AbbVie consideră că această propunere trebuie să fie analizată în mod detaliat, concret și pe o perioadă mai lungă de timp împreună cu toate părțile implicate. Discuțiile între autorități și toți subiecții implicați care ar fi afectați de această măsură excesivă sunt necesare pentru a permite o analiză concretă a situației existente, a obiectivelor pe care autoritățile le doresc să le atingă, cu respectarea drepturilor pacienților și medicilor. Voi încheia prin a exprima poziția AbbVie întemeiată pe argumentele care le-ați ascultat și anume aceea de a nu fi adoptat art. 156¹ propus în cadrul Proiectului de HG de modificare a contractului-cadru și de a fi format un grup de lucru pe acest subiect cu toate părțile implicate, reprezentanți ai industriei, autorități publice, asociații de pacienți și societăți medicale și cu respectarea drepturilor garantate legal și constituțional. Vă mulțumesc!

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi. Înțeleg că ați vorbit pentru poziția 11 și 17. Vă mulțumim! O invităm pe doamna doctor Bălan Dumitra, medic primar Diabet, Nutriție și Boli Metabolice, Societatea Civilă Medicală, doctorul Bălan Mihai și Asociații.

Doamna Dr. Balan Dumitra medic primar Diabet, Nutriție și Boli Metabolice, Societatea Civilă Medicală, doctorul Bălan Mihai și Asociații: Bună ziua. Mulțumesc! Vă mulțumesc pentru oportunitatea de a ne expune părerile. Nu sunt singură, sunt cu un grup de medici, 170 de specialiști diabetologi, medici primari, specialiști și prescriem biosimilare, insulină și analogii de gen pion, de fapt produse biologice de referință, prescriem, avem doar un biosimilar deocamdată. Probabil că vor urma și altele. Ghidul european care adaugă și aduce lămuriri privind biosimilarele și cât de importante sunt astfel încât toți pacienții să fie tratați cu aceste produse biologice. Noi susținem că acest articol 156 în forma actuală ne dezavantajează ca medici. Ca și specialiști avem nevoie să instruiem pacientul și să îi explicăm despre produsul biologic de referință, produsul biosimilar. Dorim ca pacientul să ia decizia informat fiind de către noi. Ca atare nu mai dorim să fim noi cei care facem ajustării de calcul contabil și să prescriem produsul cel mai ieftin în favoarea, Casei Naționale de Asigurări de Sănătate a statului. Noi suntem pentru pacienți și atunci dorim să fie prescripție în cadrul nostru, pe diabet, la denumire

comună internațională. Adică dorim să fie scoasă din lista din prescripție denumirea comercială, astfel încât pacientul informat de către noi, să meargă la farmacie și să își aleagă preparatul pe care și-l dorește chiar dacă este o coplată. Și, așa cum a spus și domnul profesor Codreanu, este o coplată mică și la biosimilarul nostru. Între biosimilarul nostru și produsul de referință care îl avem pe diabet, care nu explică această obligativitate de a scrie atât la inițiere, cât și la continuare în biosimilare. Dacă ar fi o diferență semnificativă de preț, poate că v-am da dreptate dumneavoastră, dar noi considerăm că este foarte mică diferența și nu ne explică rolul nostru de a convinge pacientul că trebuie să ia biosimilare. Noi trebuie să convingem pacientul că are nevoie de o medicație care îi asigură o stare bună de sănătate, nu că trebuie să ia produsul mai ieftin. Ca atare, susținem prescripția produsului biologic pe Denumire Comună Internațională, scoțând din calcul denumirea comercială. Vă mulțumim!

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi. O invităm pe doamna Iliescu Mădălina Gabriela, Societatea Română de Reabilitare Medicală.

Doamna Iliescu Mădălina Gabriela, Societatea Română de Reabilitare Medicală

Bună ziua tuturor! Sunt secretarul general al Societății Române de Reabilitare Medicală și vorbesc în numele colegilor care reprezentăm boardul societății, în primul rând, și colegii în societate un număr de aproape 500 de medici de reabilitare, de medicină fizică și de reabilitare. Salutăm din punct de vedere al subiectului de servicii conexe, propunerea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru eliminarea serviciilor conexe de kinetoterapie din pachetul de servicii de bază pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice. Avem un consens în privința faptului că acest lucru va facilita accesul pacientului la serviciile medicale și la alegerea furnizorului de servicii medicale și, de asemenea, pot să afirm cu tărie că va exista un element de control în sistem al sumelor cheltuite din banii publici, în sensul că această decontare nu este condiționată în acest moment, de semnarea cu cardul de sănătate și propunem inclusiv pentru acest lucru eliminarea acestui serviciu. Serviciul conex de kinetoterapie care este raportat în acest moment, nu necesită semnarea cu cardul, deci nu există element de control prin folosirea cardului. De asemenea, aș putea să completez această afirmație cu faptul că furnizorul de kinetoterapie care semnează un contract de colaborare cu diverse clinici, să zicem, cu alte specialități, nu are evaluarea casei de asigurări de sanătate ca furnizor acreditat, astfel cum au bazele de tratament. Salutăm în acest sens și creșterea tarifară a pachetului de servicii decontate din plafonul RECA, și anume Pachetul de 42 de lei pe zi, care cuprinde kinetoterapie, a crescut la 80 de lei pe zi, ceea ce aduce un surplus de bani în această zonă, iar kinetoterapia, ca și serviciu, se regăsește între aceste proceduri ambulatorii pe care le prescrie medicul de medicină fizică și de reabilitare în baza planului de proceduri specifice. Atât am avut de spus. O să mai completeze și domnul Conferențiar Bighea. Menționez de asemenea și sunt în acordul domnului profesor Berteanu, cu privire la curricula de pregătire și aici țin să afirm că în cadrul curriculei de pregătire a medicului de medicină fizică și de reabilitare există și stagiul de ortopedie și stagiul de reabilitare pediatrică, iar între subiectele și în bibliografia de examen pentru susținerea examenului de medic de specialitate medicină fizică și reabilitare există carte de ortopedie pediatrică, iar kinetoterapia, ca și metodă terapeutică, face parte de fapt din recomandarea medicului de medicină fizică de reabilitare; este de fapt metodologie terapeutică în cadrul serviciilor de medicină fizică și de reabilitare. Vă mulțumesc!

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: O invităm pe doamna Olga Rodica Cridland, președinta Asociației P.A.V.E.L

Doamna Olga Rodica Cridland, președinta Asociației P.A.V.E.L.: Bună dimineața! Mulțumesc pentru posibilitatea de a-mi exprima punctul de vedere vizavi de discuția de astăzi. Sunt președinta Asociației Părinților cu Copii Bolnavi de Cancer. De 26 de ani sunt membră a Ligii Române contra Reumatismului. Fiind pacientă cu poliartrită reumatoidă de 17 ani, iar în ultimii 5-6 ani tratată cu tot infliximab original. De ce am menționat toate aceste roluri pe care le am? Ca să înțelegeți că am o vedere de ansamblu asupra modului cum a evoluat tratamentul nu numai a bolilor reumatice, ci și a altor boli grave. Toată lumea știe că am trecut o perioadă foarte neagră în tratamentul pacienților în România, pe care cu greu am depășit-o și în mare parte datorită multor organizații de pacienți. Mi se pare incredibil că se dorește schimbarea unui tratament care s-a dovedit eficient

pentru pacienții cu poliartrită reumatoidă pe motive presupun financiare. De faptul că tratamentul unui pacient cu cancer trebuie să l aducă la condiția cea mai bună ca să fie funcționabil. Eu am devenit în urma celor 17 ani, funcționabilă abia în ultimii cinci ani de când am început acest tratament. Ajunsesem să fiu blocată în pat, cu dureri incredibile și dorindu-mi să mor. Deci nu accept ca reprezentant al unor organizații ca un pacient să fie tratat în acest fel. Apreciez extraordinar de mult modul profesional în care medicii de la Centrul de Reumatologie se ocupă de pacienți. Cum puteți să hotărâți în numele pacienților? Mă refer la cei care au dat această hotărâre sau propunere. Cum puteți hotărât numele lor fără să i discutați și să aveți aprobarea pacienților și a medicilor? Deci nu e posibil așa ceva. Gândiți-vă cât costă concediile medicale, pensionările timpurii, îngrijirile suplimentare pe care un pacient trebuie să le facă ca să poată să supraviețuiască în astfel de condiții. Nu știu câți dintre cei care iau astfel de decizii au suferit ca noi. Dumneavoastră ar trebui să ne reprezentați într-un mod în care să nu fie posibilă o adăugare de suferință la ceea ce se întâmplă acum. La articolul 2 de la drepturile pacienților spune că pacienții au dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate de care societatea dispune, conform cu resursele umane, financiare, materiale. Avem resursele financiare, umane și materiale. Dumneavoastră însă trebuie să fiți de acord că trebuie oferit pacienților și nu numai cu boli autoimune, ci tuturor pacienților, cele mai bune condiții. Deci sper, sper că în urma discuției de astăzi să luați deciziile astfel încât pacienții să se simtă protejați și ajutați. Mulțumim din toată inima cadrelor medicale care ne-au întins o mână de ajutor și ne au sprijinit pe tot parcursul tratamentului nostru. Mulțumesc.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Și noi vă mulțumim pentru intervenție și vă comunicăm că draftul de propunere al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate are în vedere comunicarea Agenției Europene a Medicamentului, care verifică rezultatele tratamentului și stabilește faptul că cele două tipuri de produse au același efect terapeutic. Astfel, Casa Națională de Asigurari de Sanatate, având în vedere resursele limitate de care dispune, a propus folosirea produselor biosimilare în intenția ca beneficiarii acestor tipuri de terapii să fie cât mai mulți. Deci, ne-am dorit să ajutăm cât mai mulți pacienți în condițiile în care E.M.A., în urma studiilor efectuate a comunicat faptul că au același efect terapeutic. Aceasta a fost intenția CNAS, însă, cum spuneam, în urma dezbaterii publice de astăzi se va decide o eventuală modificare a proiectului de HG și de Ordin, ce va fi postată în draftul următor, după analiza tuturor celorlalte propuneri, nu numai pe cele două subiecte aflate în dezbatere. Mulțumim și invităm la cuvânt pe domnul președinte al Asociației Profesionale a Medicilor din Ambulatoriu, domnul doctor Cosmin Alexandrescu. Vă rugam.

Domnul Dr. Cosmin Alexandrescu președinte al Asociației Profesionale a Medicilor din Ambulatoriu A.P.M.A. : Bună ziua! Cosmin Alexandrescu, președintele A.P.M.A. Pentru cei care nu știu, Asociația Profesională a Medicilor de Ambulator a fost înființată în 2006. Reprezintă cea mai mare asociație a medicilor specialiști care lucrează în ambulator din țară, cu reprezentanți în toate județele țării și în majoritatea orașelor. Asta ca să se știe în ce calitate vorbim și expertiza pe care o avem. În al doilea rând, cum v-am mai spus și la alte întâlniri, ar fi bine ca atunci când Casa Națională de Asigurari de Sanatate și Ministerul Sănătății pun în dezbatere publică diverse documente, să ia în considerare că pacienții sunt oameni și nu doar CNP-uri, iar deciziile pe care le iau, să le ia din acest punct de vedere. În ceea ce privește dezbateră publică de astăzi, restul minutelor le aloc doamnei vicepreședinte Irina Bantaș, care va prezenta punctul de vedere al APMA în subiectele discutate astăzi. Vă mulțumesc.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi și vă asigurăm că pacientul este în centrul preocupărilor noastre. Dacă într-o reglementare apare o menționare a CNP-ului, acest lucru este doar ca urmare a necesității dezvoltării corecte a aplicației informatice.. Invităm pe doamna doctor Irina Bantaș, vicepreședinte al APMA. Mulțumim!

Doamna doctor Irina Bantaș, vicepreședinte al A.P.M.A.: Bună ziua! Mă bucur să pot vorbi astăzi aici. Voi schimba și eu subiectul și voi vorbi despre serviciile conexe de kinetoterapie. Aș vrea să fac un mic istoric ca lumea să înțeleagă despre ce este vorba cu aceste servicii conexe. Deci ele, din ce am căutat eu, au fost puse în contractul cadru înainte de 2016. Eu am intrat în contract în 2006 și ele erau deja în contractul cadru și au fost gândite ca un ajutor pentru medicul specialist. Au fost două tipuri de servicii conexe, și au fost legate de anumite

specialități ai căror pacienți au nevoi crescute de astfel de servicii, respectiv neurolog, neurologul pediatru, ortoped și reumatolog. În anul 2021, aceste servicii de kinetoterapie au fost extinse și la alte specialități pe fondul pandemiei, adică la pneumolog și la cardiolog. Iar în 2022, când recuperarea a intrat în pachetul de servicii clinice, atunci sau au fost puse și la specialitatea de recuperare. Serviciile conexe nu se pot semna cu cardul, nu s-au putut semna cu cardul nici la psiholog, nici la kinetoterapeut, pentru că doar medicii care au contract cu CAS pot semna cu cardul serviciile medicale. Am întrebat Casa de Asigurari de Sanatate dacă există posibilitatea pentru transparentizare a furnizării acestor servicii, dacă avem posibilitatea să le semnăm și pe ele cu cardul și ni s-a spus de fiecare dată că nu. Menționez că mai sunt foarte multi medici specialiști care nu semnează cu cardul. Toți medicii care au copii, medici pediatri, ortopezi pediatri, neurologi pediatri, nu își semnează consultațiile cu cardul. Deci, lipsa cardului nu reprezintă un moment de fraudă. Al treilea lucru care vreau să îl menționez este că aceste servicii conexe sunt plătite din bugetul de clinice și nu din bugetul de recuperare. Casa de asigurari de sanatate are bugete diferite pentru cele două segmente. Faptul că bugetul de clinice a crescut an de an prin creșterea punctului, iar bugetul de recuperare este din anul 2015 cu aceeași valoare a creat un dezechilibru între plata serviciilor conexe și cele din recuperare. Intre condițiile de acordare, medicul de recuperare nu a fost niciodată exclus. Încă din 2015 există prevedere în contractul cadru că aceste servicii conexe nu se pot acorda decât pe baza unui plan de recuperare efectuat de către medicul de recuperare. Deci, niciodată nu am trecut peste recomandările specialistului în domeniu. Un punct sensibil pe care vreau să îl mai ating este despre cum s-a făcut plata, cum s-a ajuns ca serviciile din kinetoterapie să fie mult mai bine plătite decât cele din recuperare. Serviciile clinice sunt plătite pe puncte. O ședință de kinetoterapie este 30 de puncte. Când ele au fost puse în contract, punctul era 0,64 lei. Dacă înmulțim 30 cu 0,64 lei, aveam 19 lei pe un serviciu conex. De aici faptul că an de an punctul a crescut și acum a ajuns 4 lei și că o ședință de kinetoterapie a ajuns să fie 120 de lei. Există această discrepanță între kinetoterapia care este plătită din fondul de recuperare și al cărui buget nu au mai crescut din 2015. Am solicitat casei de asigurari de sănătate în nenumărate rânduri normarea acestor servicii. De asemenea, normarea ca timp și ca bază, ca bază de dotare. De ce au fost utile pentru noi, ca specialiști, aceste servicii? În primul rând am putut oferi ceea ce oferă și spitalul - o recuperare pe termen lung. Știm că recuperarea are două pachete de recuperare/asigurat/an. În aceste specialități avem oameni care dacă nu le dăm recuperare în primele 1-2-3 luni de la producere, de exemplu accidentul vascular, nu mai recuperăm după aceea. Iar aceste servicii ne permit să lăsăm un pacient în recuperare pe un termen mai lung. Nu suntem limitați la două săptămâni, putem să-l lăsăm și o lună jumătate ca să îl putem recupera. Asta a dus ca pe termen lung presiunea pe internări, pe spital să scadă. În contextul în care bugetul de recuperare nu a crescut timp de șapte ani de zile, aceste servicii conexe ne-au ajutat să recuperăm mai mulți pacienți decât dacă rămâneam doar cu cei de la recuperare. Cum în anul 2023 bugetul de recuperare nu crește, dar tarifele s-au dublat, consecința este scăderea la jumătate a numărul pacienților pe care îi vom putea recupera prin sistemul de recuperare. De aceea, susținem continuarea serviciilor de kinetoterapie, care este un avantaj pentru pacient. În al doilea rând, dorim să reglementăm aceste servicii mai bine, să reglementăm atât timpul, cât și dotarea bazei. Se permite ca aceste servicii să fie realizate într-un cabinet sau să fie executate într-o bază, prin urmare trebuie să existe o concordanță de prețuri între serviciile acordate prin kinetoterapie ca serviciu conex în ambulatoriul clinici cu cele de kinetoterapie în baza de recuperare. De asemenea, am dori ca prin această metodă să nu restrângem drepturile pacienților. Aceste servicii există de aproape 15 ani. Noi le-am folosit. Deoarece casa de asigurari de sanatate a constatat că sunt nerespectări la efectuarea unui serviciu conex, că nu s-au făcut cu plan de recuperare, considerăm că aceste lucruri se pot rezolva printr-o discuție constructivă. De aceea, solicit ca pentru aceste reglementări să facem un grup de lucru cu colegiul kinetoterapeuților, societatea de recuperare, cu medicii specialiști și să reglementăm toate aceste servicii conexe. În caz contrar, în anul 2023 nu ne așteptăm decât scăderea numărului de pacienți care se vor putea recupera prin servicii de kinetoterapie. Vă mulțumesc.

Intervenție a Domnului Prof. Dr. Mihai BERTEANU: 10 secunde. Dumneavoastră ați susținut ceva foarte interesant aici. Adică un nespecialist în reabilitare poate recomanda kinetoterapie nelimitat, iar un specialist care are un curriculum Kinetoterapia, bazele fiziologice bio mecanică nu are voie decât 21 de zile. Vă mulțumesc. Și Scuze.

Doamna doctor Irina Bantaș, vicepreședinte al A.P.M.A.: Domnule doctor, cu tot respectul. Tocmai am spus ca sunt niște limitări ale reglementărilor, nu ale noastre și ale dumneavoastră. Sunt limitări ale contractului cadru care ne limitează ca pe ambulatoriul de recuperare să nu putem acorda decât două pachete de recuperare pe an. Nu este recomandarea noastră. Faptul că pe serviciile conexe nu am avut nici o limitare, ne-a permis să putem recupera mai bine pacienții.

Intervenție a Domnului Prof. Dr. Mihai BERTEANU: Corect, dar făcute de un nespecialist. Aceasta este problema: curriculum, reabilitarea sau recuperarea.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: O să intervin aici și o să vă reamintesc următorul lucru: chiar dacă recomandarea pentru servicii conexe este realizată de medicul neurolog, planul este facut de medicul cu specialitatea medicină fizică și de reabilitare și aceste prevederi nu se vor modifica în noul contract cadru și normele de aplicare ale acestuia, astfel cum este reglementat și în prezent și cum au fost reglementările și până acum. Va mulțumim, domnule profesor! Mulțumim doamnei doctor pentru prezentare. Într-adevar, dacă în urma dezbaterii publice se va hotărâ reintroducea kinetoterapiei în pachetul de bază din asistența medicală pentru specialitățile clinice, se va avea grijă ca tariful decontat în recuperare să fie la fel și ca cel decontat din fondul pentru ambulatoriul clinic. Și într-adevar, s-a ajuns la o sumă de 120 de lei pentru kinetoterapia individuală în clinic, datorită creșterii succesive a valorii punctului pe serviciu în clinic, ceea ce a condus la o inechitate față de nivelul decontării procedurilor de kinetoterapie în asistența de recuperare și care va trebui remediată. Invităm pe doamna doctor Alina Mândroi, vicepreședinte APMA.

Doamna doctor Irina Bantaș, vicepreședinte al A.P.M.A.: O să reiau tot eu, două cuvinte mai am de spus pe timpul doamnei Alina Mândroi.

Alina Mândroi vicepresedinte A.P.M.A. Mulțumesc foarte mult, Irina și eu mulțumesc ca ne-ați dat această posibilitate de a exprima punctul de vedere al asociației noastre. Și o las pe doamna doctor Bantaș dacă mai are ceva de adăugat. Mulțumesc.

Doamna doctor Irina Bantaș, vicepreședinte al A.P.M.A.: Dorim să mai facem o propunere casei de asigurari de sanatate, în sensul că salutăm faptul că a crescut tarifele în ambulatoriul de recuperare după 7 ani și le-a aliniat la prețurile care sunt practicate astăzi, dar decontarea în acest moment a pachetelor este inechitabilă. Deci Casa de Asigurări de Sanatate spune că pentru patru proceduri electrice va plăti 50 de lei asta înseamnă că avem 12,5 lei pe procedură de electrice, iar la pachetul care are kinetoterapie va deconta 80 de lei. Dar dacă se scade numărul de proceduri, va deconta proporțional. Eu consider că acest lucru nu este corect. Deci, dacă casa a stabilit că o procedură de electrice este 12,5 lei atunci, dintr-un calcul simplu ne reiese că o ședință de kinetoterapie este 42,5 lei. Astfel încât dacă acordăm kinetoterapie cu o procedură electrică să fie 55 lei cu o procedură de kinetoterapie, cu două electrice, 67,5 lei, o procedură de kinetoterapie cu 3 electrice 80 de lei. În felul acesta ajungem la o plată corectă a serviciului de kinetoterapie. Mulțumim!

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Deci propunerea dumneavoastră este ca pentru serviciul conex de kinetoterapie în loc de 30 de puncte, să fie decontat un echivalent a celor 42,5 lei, cât ar fi decontarea în baza de recuperare.

Doamna doctor Irina Bantaș, vicepreședinte al A.P.M.A.: Trebuie să facem deci o reglementare o dată a timpului, o dată a prețului și o dată a dotării cabinetului în care facem serviciul. De exemplu, dacă în serviciu cu un copil poți să lucrezi pe un pat de recuperare în cabinet și atunci lucrezi cu un singur copil, dar dacă lucrezi într-o sală, atunci poți să lucrezi concomitent cu doi adulți sau cu trei adulți și să faci programe individualizate. Sunt mai multe lucruri care, dacă ne vom așeza la masă, sunt sigură că vom ajunge la un consens în privința aceasta. Niciodată nu am trecut, încă o dată spun, nu am trecut în aceste servicii conexe peste părerea specialistului medic de recuperare. Ne-am sfătuit cu el și am recomandat aceste servicii doar persoanelor care au avut nevoie și astfel am recuperat pe partea de neurologie nenumărați pacienți care au avut nevoie de de aceste servicii. Mulțumesc foarte mult.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim frumos! Propunerea dumneavoastră o să o înaintăm și Comisiei de medicină fizică și de reabilitare de la nivelul Ministerului Sănătății. O invităm o pe doamna Bogdan Andreea Manta, SC GOKINETIK SRL!

Doamna Bogdan Andreea Manta, SC GOKINETIK SRL: Buna ziua, reprezint o clinică în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate din județul Bihor. Eu de meserie sunt kinetoterapeut. În cadrul clinicii avem medic de specialitate de reabilitare medicală și medic specialist neurolog. Trebuie să îi mulțumesc doamnei doctor Bantaș pentru această introducere pe care a făcut-o. A punctat foarte bine ceea ce am dorit și eu să punctez. Noi suntem în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate de 5 ani de zile. Într-adevăr, medicul specialist neurolog recomanda 3 servicii conexe. În baza unei scrisori medicale pe care medicul de reabilitare a făcut planul de tratament al pacientului, noi, kinetoterapeuții, lucrăm în baza planului recomandat de medicul de reabilitare. Și eu sunt de acord ca dacă în recuperare, serviciul de kinetoterapie este propus a fi 42 de lei, să fie la fel și în clinic. Să rămână o posibilitate de a recomanda servicii conexe de către medici nespecialisti de medicină fizică și reabilitare - argumentez prin adresabilitatea și facilitarea pacientului de a se putea adresa către mai mulți kinetoterapeuți. Sunt mai puține baze de tratament cu medici de reabilitare decât clinic în contract cu CAS. Nu s-a încălcat această colaborare cu medicul de reabilitare. Cel puțin la noi în clinică. As dori să propun un grup de lucru în care să se discute acest lucru, deoarece sunt foarte mulți pacienți care nu necesită electroterapie - sunt copiii cu scolioze, sunt pacienții post-operator cu hernii de disc, sunt pacienții post-operator cu operații de ligamente încrucișate, unde necesită tratament aproape opt luni de zile, sunt pacienți, de exemplu, cu plex brahial, pentru care beneficiază de cele douăzeci și una de zile în pachetul de recuperare. Ulterior, mai are nevoie de cel puțin un an, doi ani de recuperare, acești pacienți unde se vor adresa? În momentul de față, aceste conexe pentru acești pacienți le foloseam în cadrul clinicii noastre. Un copil cu scolioză nu necesită electroterapie, necesită de trei ori pe săptămână kinetoterapie. Toate acestea vor putea fi oferite doar contra cost. Noi suntem o clinică particulară. Motivul pentru care am făcut contract cu Casa de Asigurări de Sănătate a fost ca pacientul să beneficieze și de servicii gratuite. Nu cred că am abuzat de acest lucru. Ceea ce eu aș mai dori să întreb de ce și de la specialistul de reabilitare medicală se iau aceste servicii conexe, deci se iau în momentul de față ca propunere, se iau de la ceilalți medici specialiști, dar și de la cel de reabilitare medicală, unde accesibilitatea și facilitarea pacientului de a putea deservi pe loc, pentru o entorsă, un caz de scolioză puteau fi accesate din aprilie încoace. Propun ca în cadrul pachetului de recuperare să avem posibilitatea de a recomanda doar kinetoterapie într-o anumită valoare, nu neapărat să fie concret un pachet. Aceste pachete și bugetul pe recuperare este un buget plafonat în funcție de acele punctaje pe care fiecare bază de tratament le atinge din punct de vedere al personalului și a aparaturii pe care o are. Aceste punctaje ne dau nouă un anumit buget pe trimestru. Dacă aceste pachete, mulțumim, vor crește la 50 adecvat 80 pe pachet, bugetul va fi direct proporțional crescut. Vă întreb eu, pentru că în momentul de față eu am 25.000 de lei pe lună în care puteam deservi, să zicem, 50 de pacienți. Dacă din punct de vedere financiar acest buget nu va crește pe furnizor. Nu știu dacă am punctat ce ar trebui. Vă mulțumesc mult pentru atenție! Propun un grup de lucru format din mai mulți medici specialiști și kinetoterapeuți.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Noi am înțeles propunerea dumneavoastră și o vom lua în considerare. Mulțumesc. Pastrăm legătura cu comisia, cu medicii și cu fizioterapeuții, astfel încât să se realizeze o decontare, cum spuneam, egală în baza de tratament pentru kinetoterapie și în ambulatoriul clinic, dacă se va decide reintroducerea serviciilor conexe de kinetoterapie. Un pacient care are nevoie doar de kinetoterapie s-ar putea adresa bazei de tratament sau folosind această supapă care există în pachetul de clinic ar beneficia de servicii conexe de kinetoterapie. Acum am dat posibilitatea medicilor de medicina fizică și reabilitare să se concentreze doar pe contractul din ambulatoriul clinic. Am reglementat ca fizioterapeutul să fie practicianul cu programul obligatoriu de o normă pe zi în bază, tocmai pentru a recunoaște rolul acestuia în baza de tratament. Însă, pentru anumite patologii nu sunt suficiente cele 21 de zile de tratament în bază, nu este suficient. Prin urmare, s-ar justifica să mai facă niște ședințe de kinetoterapie plătite din fondul pentru clinic. Am reținut aceste aspecte.

Doamna Bogdan Andreea Manta, SC GOKINETIK SRL: Scuzați-mă, s-ar putea propune un set de diagnostice pentru care aceste conexiuni în clinică să poată fi recomandate, gen accidente vasculare cerebrale, picior strâmb congenital. Mulțumesc frumos.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Domnul Ștefan Busnatu, Comisia de Cardiologie a Ministerului Sănătății.

Domnul Ștefan Busnatu, Comisia de Cardiologie a Ministerului Sănătății: Buna ziua, Vă mulțumesc mult pentru includere printre vorbitori. Noi am trimis o poziție generală și cu elemente de fundamentare apropos de cele menționate anterior, cu serviciile pe partea de neurologie. Comisia de Cardiologie a analizat propunerile pe subiectul kinetoterapiei și, având în vedere ghidurile europene de prevenție cardiovasculară, care reglementează foarte clar modul de desfășurare și de organizare a programelor de recuperare, considerăm oportună menținerea serviciilor conexe furnizate de fizioterapeuți și psihologi pe specialitatea clinică cardiologie pentru a putea dezvolta aceste programe în România, pentru că la momentul actual recuperarea cardiovasculară nu există în România. Ar trebui făcută și mențiunea suplimentară că, cardiologiei i-ar trebui să fie practic specialitatea care generează un plan de recuperare cardiovasculară, prin recomandarea făcută prin scrisoarea medicală de către cardiolog. Prin urmare, susținem propunerea Colegiului Fizioterapeuților de menținere a celor două modalități de efectuare a programelor de fizio și kinetoterapie pentru specialitatea cardiologie, deoarece în această specialitate programele trebuia întocmite de către medicul cardiolog și nu necesită aprobare de către medicul din specialitatea medicină fizică și reabilitare, ci doar sprijin în cazul în care se identifică o necesitate de colaborare pe componenta locomotorie și conform celor menționate anterior și de doamna doctor Bantaș. Discuția nu trebuie purtată pe excluderea acestor servicii, ci pe o reconfigurare coerentă a acestora, astfel încât pacienții, în primul rând, să aibă acces la servicii de calitate și totodată să poată beneficia de cele mai bune servicii medicale, conform ghidurilor profesionale în vigoare. Vă mulțumesc frumos!

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi. În ceea ce privește serviciile de kinetoterapie efectuate și decontate până acum și probabil și în continuare din ambulatoriul clinic de specialitate, medicii cu specialitatea cardiologie pot să recomande astfel de servicii pentru determinările post-COVID sau agravări post COVID. Îl invit pe domnul Dragoș Toma. Asociația Producătorilor de Medicamente Generice din România.

Domnul Dragoș Toma Asociația Producătorilor de Medicamente Generice din România: Bună dimineață! Mulțumesc pentru oportunitatea de a lua cuvântul. Reprezint APMGR, grupul de lucru de medicamente biologice. Întorcându-ne către acest aspect, aș vrea să spun că ne bucurăm pentru inițiativa Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aceea de a crea un acces sporit pacienților, înțelegând că aceasta este ceea ce acest ordin își dorește - o adopție crescută de medicamente biosimilare, înseamnă exact acest lucru. Înseamnă faptul că mai mulți pacienți vor avea acces la tratament, iar acest lucru este demonstrat atât în România, de exemplu în piața de oncologie, unde astfel de medicamente au o adopție de sută la sută. Vorbim acum de un număr de cinci șase ori mai mare de pacienți am o colegă care va expune acest lucru cu dovezi. Ne putem uita, de asemenea, în statele din jurul nostru, din Uniunea Europeană și o să vedem că acolo unde astfel de măsuri au fost luate, accesul la tratament al pacienților a crescut semnificativ, de la 3, 4, 5 ori mai mare. Nu în ultimul rând, credem că este binevenit un cadru legislativ, tocmai având în vedere faptul că în România accesul la medicamente biologice în general este unul crescut și suntem pe ultimele locuri din Europa în ceea ce privește accesul la medicamente biologice. Probabil că unul dintre motivele acestui fapt sunt date de bugetul nostru, care este unul, așa cum știm, în procente, vorbind, printre cele mai mici din Uniunea Europeană. Înțelegând și considerând acest lucru, suntem conștienți de faptul că trebuie să luăm măsuri care să permită medicamentelor care costă mai puțin să vină să trateze mai mulți pacienți. Asta este ceea ce fac biosimilare. Și există dovezi din toate țările din Uniunea Europeană, dovezi pe care de-a lungul timpului, atunci când ne-a fost solicitată, le am depus la dumneavoastră sau la minister. Credem că sunt absolut suficiente și sunt foarte relevante, ca să răspund doar câtorva lucruri pe care le-am auzit, cred că înaintea mea. Cred că un lucru important este faptul că și ar trebui să spunem asta răspicat, vorbim de medicamente biologice, fie că ele sunt biosimilare sau sunt medicamente biologice de

referință. Să discutăm despre riscul de reacții adverse. Despre inter schimbare. Despre eficiență și eficacitate. Consider că este oarecum desuet, pentru că sunt entități care se ocupă cu asta, respectiv EMA sau Agenția Națională a Medicamentului local, care au specificat foarte clar despre ce este vorba. De aceea și dovezile sunt incontestabile. Deci vorbim despre aceleași medicamente, deci nu vorbim despre un medicament mai bun și unul mai puțin bun, ci despre același medicament, cu mențiunea că cele din urmă costă mai puțin. Cred că despre asta este vorba. Și asta avem nevoie pentru un acces crescut al pacienților. Nu în ultimul rând, am auzit foarte des, mai devreme vorbindu-se despre pacienții dintr-o anumită arie terapeutică, un număr de 5.000 de pacienți și așa mai departe. Dar aș vrea să spun că, din punctul nostru de vedere, discuția excede această categorie și privește absolut toate categoriile de pacienți. Auzim de multe ori că nu este acces la inovație în România și că pacienții nu au ultimile tratamente. Trebuie să înțelegem că pentru acest lucru este obligatoriu să facem economii într-o țară în care avem probleme cu mari, cu bugete mai mari decât în alte țări. Ca să dau un exemplu, s-a mai spus că 20% nu este semnificativ. Dacă iau 20%, care este cel mai mic procent ca diferență? Vă pot spune că 20% dintr-un medicament care costă trei mii de lei înseamnă 600 de lei. Ca să traducem, poate mai pe înțelesul tuturor 600 de lei înseamnă, de exemplu, 60 de pacienți tratați cu amoxicilină, medicament esențial ca să trăiești. De exemplu, 1.000 de cutii înseamnă 6.000 de pacienți. Deci cred că trebuie să ne uităm la lucruri și în felul acesta să înțelegem mai bine contextul. Să fim aliniați și să înțelegem foarte bine că în orice țară din Uniunea Europeană ordonatorul de credite este cel care face politici de sănătate. Ca un ultim cuvânt, ne poziționăm clar în favoarea faptului ca medicii să poată alege tratamentul biologic în acest cadru legiferat. Vă mulțumesc foarte mult!

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi pentru precizări. Este important să aducem la cunoștința publicului și tuturor celor implicați ce înseamnă medicament biologic, ce înseamnă medicament biosimilar și despre faptul că vorbim despre aceleași rezultate la teste clinice. Invitam pe doamna doctor Stamate Mihaela Irina, medic specialist recuperare, medicină fizică și balneologie, Centrul Medical Fortius.

Doamna Dr. Stamate Mihaela Irina medicină fizică și balneologie, Centrul Medical Fortius: Bună ziua! Mulțumesc! Aș vrea să încep de la un scurt istoric care s-a făcut mai devreme legat de serviciile conexe. În primul rând, faptul că noi, medicii de recuperare, susținem eliminarea serviciilor conexe și într-adevăr, cred că ele au apărut ca o nevoie a faptului că la un moment dat nu au existat suficienți medici de recuperare și pentru a putea fi oferite totuși serviciile necesare pacienților, a fost concepută această modalitate de furnizare prin servicii conexe, pe lângă acele specialități care într-adevăr aveau foarte mare nevoie de aceste servicii. Între timp, numărul de medici de recuperare a crescut. Așa cum spunea și domnul profesor Berteanu, suntem aproape 1500 de medici, un număr relativ suficient pentru a acoperi nevoile din întreaga țară. De ce credem că aceste servicii conexe sub această formă, kinetoterapia sub formă de servicii conexe, așa cum este acum, nu mai este utilă, sau nu este cea mai bună soluție pentru pacienți. Pentru că majoritatea pacienților au nevoie și de alte proceduri de recuperare, nu doar de kinetoterapie și nu știu de ce ar fi conexe doar acestea. De exemplu, au nevoie de masaj și termoterapie, foarte mulți au nevoie poate de hidro-kinetoterapie oferită în baze de tratament mai mari, mai bine dotate și, bineînțeles, de fizioterapie. Așa cum spunea și cineva mai devreme, nu toate cabinetele de kinetoterapie organizate pe lângă cabinetele de alte specialități respectă toate cerințele cerute pentru bazele de tratament evaluate, acreditate, evaluate de CAS. Mă refer aici la spații, la o dotare complexă, la personalul, programul de 7 ore și așa mai departe. Există multe alte specialități ale căror bolnavi au nevoie de recuperare, de kinetoterapie. De exemplu, oncologia. După o mastectomie este nevoie de kinetoterapie, cu siguranță, dar este nevoie și de drenaj limfatic și alte proceduri. Deci, ideea este că pacienții, în general au nevoie de mai multe proceduri, nu doar de kinetoterapie și este bine să fie aceste servicii oferite în bazele de tratament, care au o dotare complexă și personal adecvat. Vreau să aduc aminte încă o dată curriculum de pregătire pentru medicii de recuperare cuprinde stadii în mai multe domenii cardiologie, neurologie, ortopedie, pediatrie, reumatologie, pneumologie. Aceste stadii bineînțeles că nu ne dau dreptul să operăm un pacient cu fractură sau să tratăm un pacient cu infarct miocardic, dar ne permit să avem o imagine globală a pacientului care necesită recuperare medicală și, având în vedere toate aceste diagnostice pe care le are pacientul și, de asemenea, de indicații, contraindicațiile, beneficiile și riscurile procedurilor de recuperare, putem elabora un plan de tratament pentru

recuperarea sănătății, care să țină cont de toate diagnosticele pacientului. Așa cum s-a spus mai devreme, este foarte corect, medicul din orice altă specialitate trebuie să recomande un tratament de recuperare, însă acest lucru nu este sinonim cu întocmirea unui plan de tratament. Dacă acest plan de tratament este elaborat de orice altă specialitate decât medicul de recuperare, practic se poate pune în pericol sănătatea, siguranța sau chiar viața bolnavului. Suntem cu totul de acord ca fondurile de pe serviciile conexe să treacă pe baza de tratament, astfel încât să se asigure fonduri suficiente pentru ca toți pacienții care au nevoie sau cea mai mare parte a pacienților care au nevoie de servicii de recuperare să poată beneficia și să nu scadă accesibilitatea pacienților la servicii de recuperare. O altă sugestie ar fi ca medicul de recuperare să poată avea contracte cu mai multe baze de tratament, deoarece, știm, este acest lucru necesar ca să poată să poată evalua pacientul, să poată elaborat planul de tratament pentru toți pacienții din baza de tratament, să facă o ajustare la nevoia tratamentului dacă tratamentul nu merge așa cum se așteaptă și, bineînțeles, să facă o evaluare finală a pacientului și să recomande conduita terapeutică ulterioară. Astfel, practic se poate asigura nevoia de consultații pentru întreaga țară.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim frumos doamna doctor, Îl invităm pe domnul doctor Călin Bejan, Sandoz SRL.

Domnul doctor Calin Bejan SC SANDOZ SRL: Stimată doamnă Președinte, onorată audiență, vă mulțumesc pentru organizarea acestei dezbateri publice pe un subiect atât de important precum este prescrierea medicamentelor biosimilare. Ne bucurăm să vedem o propunere de reglementare a prescrierii medicamentelor biosimilare, așa cum există și în alte țări vest europene și sperăm ca această propunere legislativă să se și materializeze. Susținem că decizia de prescriere trebuie să-i aparțină medicului curant, deoarece el este cel mai în măsură să știe ce anume trebuie administrat pacientului. De asemenea, susținem dreptul la informare al pacienților, dar, de asemenea, considerăm că este obligația autorității să gestioneze bugetul existent într-un mod cât mai eficient. În țările vest europene asta se întâmplă, s-au introdus măsuri de reglementare diverse pentru accesul la medicamentele biosimilare, realizându-se economii de cost importante, reușind astfel să se subvenționeze inovația, introducerea de noi molecule, dar și creșterea accesului pacienților la tratamente biologice. Înțelegem importanța acestei dezbateri, deoarece acum se va seta sau nu viitorul unui sistem de sănătate sustenabil. În următorii 5 ani vor expira exclusivității a 23 molecule biologice. Apreciem propunerea domnului Zaharescu de a crea un grup de lucru, dar doresc să-i reamintesc că am mai avut un grup de lucru pentru prescrierea medicamentelor biosimilare în urmă cu trei ani și discuțiile au rămas la nivel de discuții. Am constatat cu uimire pledoarii pentru faptul că biosimilare nu aduc economii sau că acestea ar fi ridicole. Libera concurență în sine aduce economii. Fiecare companie își va face propria strategie de preț pentru a fi competitivă. Un exemplu prețul pentru adalimumab biologică de referință era în 2019 de 3700 de RON pe cutie la momentul apariției primului biosimilare, acum prețul acesteia este de 1980 RON, fiind în zona de preț al medicamentelor biosimilare existente aproape la jumătate după 3 ani, dar vorbim că nu se fac economii substanțiale. Pe de altă parte, dacă vom folosi biosimilare doar ca biologie, biologicul de referință să-și dea prețul în jos, nu va fi sustenabil. Companiile producătoare de biosimilare nu vor mai veni în piață. De aceea unele au decis să se retragă în lipsa unor reglementări clare. Dacă vom păstra modul curent, care de fapt nu este decât o barieră în calea prescrierii biosimilarelor, trebuie să ne fie tuturor clar că bugetul, nefiind un sac fără fund, va colapsa. Dacă ne dorim un sistem de sănătate sustenabil și cu acces pentru cât mai mulți pacienți la medicamente biologice, atunci trebuie să fim cu toții cointeresați și de către economiile ce pot fi realizate la buget. În concluzie, salutăm inițiativa CNAS și sperăm să se găsească voința de a trece mai departe. Vă mulțumesc!

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim! O invit pe doamna Alida Gogescu, membru al Consiliului Director PALMED.

Doamna Alida Gogescu, membru al Consiliului Director PALMED: Bună ziua. Mă voi referi la necesitatea păstrării sau eliminării serviciilor conexe din ceea ce înseamnă ambulatoriu clinic de specialitate. Consider că kinetoterapia, locul kinetoterapiei, este în baza de tratament și nu în sectorul clinic. Cred că serviciile conexe au fost foarte utile în istoria aplicării acestora, dar suntem în acest moment în care, fie că ajung serviciile prin intermediul serviciilor conexe, fie că ajung pe baza biletului de trimitere pentru recuperare, ele oricum trec spre

aprobare către medicul specialist de reabilitare medicală. Și dacă se întâmplă lucrul acesta, care mai este utilitatea păstrării serviciilor conexe în ambulatoriu clinic? Probabil că rezolvarea ar fi nu păstrarea serviciilor conexe în ambulatoriu clinic, ci suplimentarea listei de diagnostice, așa cum au spus unii antevorbitori, găsirea unei modalități ca medicul specialist de alte specialități să-și trimită punctul de vedere către medicul de reabilitare medicală. Poate scrisoarea medicală ar putea fi o soluție și bineînțeles că ar trebui suplimentat fondurile serviciilor de recuperare și de reabilitare medicală cu suma corespunzătoare preluării serviciilor conexe din sectorul de ambulatoriu clinic. Cred că dacă s-ar găsi soluții la aceste lucruri, am duce kinetoterapia acolo unde este locul ei, adică în baza de tratament. Atât am vrut să spun.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim frumos! O invităm pe doamna conferențiar doctor Mariana Rotariu, Universitatea de Medicină și Farmacie Grigore T. Popa, Facultatea de Bioinginerie Medical.

Doamna conferențiar doctor Mariana Rotariu, Universitatea de Medicină și Farmacie Grigore T. Popa, Facultatea de Bioinginerie Medical: Bună ziua tuturor! Sunt, așa cum mi-ați spus, conferențiar doctor, dar sunt și fizioterapeut. Reprezint Universitatea de Medicină și Farmacie Grigore T. Popa, Facultatea de Inginerie, Secția de Balneofiziokinetoterapie și Recuperare Medicală, care pregătește fizioterapeuți. Intervenția mea este în sensul susținerii menținerii kinetoterapiei ca serviciu conexe și am să aduc câteva argumente în favoarea acesteia, dar în primul rând aș vrea să asigur medicii de recuperare medicală de tot respectul pe care îl am față de domniile lor, dar prin poziția mea de cadru didactic la o unitate de învățământ care pregătește fizioterapeuții, sunt dator să fac apel la o colaborare și la o unitate în folosul pacienților. Discutând la nivel de facultate, de universitate, am să propun o soluție de compromis care să vină în folosul pacienților și asta înseamnă o diferențiere clară. Încercarea de a realiza o diferențiere clară între programul de recuperare întocmit de medicii de recuperare medicală, de programul de exerciții fizice, kinetoterapie întocmit de fizioterapeut, fizioterapeut care are totală responsabilitate pentru programul de exerciții fizice întocmit. Această solicitare, eventual în realizarea unui grup de lucru care să reușească să aducă pace în acest controversat subiect pe care îl dezbaterem. Această solicitare are la bază mai multe argumente: faptul că în planurile de învățământ aprobate și validate de Ministerul Învățământului prin intermediul ARACIS-ului, facultățile care pregătesc fizioterapeuți, kinetoterapeuți oferă competențe pentru absolvenți care trebuie recunoscute și respectate; competențele specifice, dar și cele generale ale absolvenților, au permis legiferarea fizioterapiei ca meserie liberală, implicit au stat la baza înființării asociației noastre, a Colegiului Fizioterapeuților din România. Pe scurt, în mailul prin care solicitam acces la această dezbatere am atașat două documente care susțin competența fizioterapeutului terapeuților pentru program și asumarea pentru responsabilitatea pentru programul de exerciții fizice kinetice. Cele două documente sunt descrierea domeniului programului de studii prin competențe profesionale și competențe transversale, dar și suplimentul de diplomă eliberat la absolvirea facultăților de profil, care atestă competențele fizioterapeuților asigurate prin programul de studii. Aceleași competențe se regăsesc și în descrierea meseriei de fizioterapeut din clasificarea ocupațiilor din România, la poziția 2.2.6.4 Dacă ar fi și nu o să insist foarte mult să enumăr câteva din competențele acordate sau obținute de fizioterapeuți la finalizarea studiilor sunt evaluarea din punct de vedere kinetic, fără a deranja și a ne asuma competența de a pune un diagnostic, ci doar un diagnostic din punct de vedere kinetic al pacienților. Elaborarea și implementarea exercițiilor planului terapeutic de exerciții pentru a atinge obiectivele pe care le asumăm aplicarea de programe, cunoașterea și folosirea limbajului de comunicare verbal și nonverbal în relația pacientului, cât și cu ceilalți membri în echipă. Este extrem de importantă munca în echipă și, foarte importantă, cunoașterea și respectarea regulilor de etică și deontologie medicală. Toate competențele absolvenților arată capacitatea fizioterapeuților de a gestiona programe de recuperare kinetic în echipe multidisciplinare. Aș mai puncta un lucru și doar un minut vă rog să mă iertați. Dat fiind că mai devreme era o discuție și, n-aș vrea să deranjez pe nimeni, legată de existența modulelor de pregătire a specialităților pentru specialitățile de recuperare medicală sau invers, în cursul rezidențiatului și alte specialități clinice au module care cuprind capitole de reabilitare, cum ar fi neurologia, cardiologia, pneumologie, reumatologie, ortopedia și nu numai. Și atunci parcurgerea acestor module înseamnă competență în a recomanda proceduri de kinetoterapie. Asta înseamnă că dacă se aplică pentru unii, se aplică și pentru ceilalți. În contextul prezentat celor prezentate, consider că este nevoie de a permite un acces crescut la

serviciile de kinetoterapie individuală în ambulatoriu clinic de specialitate pentru pacienți care necesită doar kinetoterapie, nu și electroterapie.

Mulțumim! Timpul a expirat!

Un minut, un minut și voi incheia, vă rog.

Diaconu Claudia Iuliana, Fizioterapeut: Pot să predau eu timpul meu, sunt Diaconu Claudia și eu doresc să predau din timpul meu doamnei.

Conferențiar doctor Mariana Rotariu, Universitatea de Medicină și Farmacie Grigore T. Popa, Facultatea de Bioinginerie Medical: Doar două cuvinte mai am de spus și vă mulțumesc pentru atenție, numai două minute mai am de spus un lucru. În contextul socio-economic în care populația țării este din ce în ce mai sedentară și obezitatea devine un flagel social, și afecțiunile cardiovasculare devin din ce în ce mai întâlnite în populația din România, acțiunea fizioterapeuților în asistența medicală în ambulatoriu este extrem de importantă pe două paliere și așa pune accentul foarte tare pe acțiunea de profilaxie, dar și cea de terapie, care este extrem de necesară și posibilă prin competențele descrise mai sus. Scoaterea kinetoterapiei ca serviciu conex în pachetul de servicii de bază pentru asistența medicală de ambulatoriu ar reprezenta o mare pierdere pentru pacienți, societate, implicit pentru fizio terapeuți, dar și pentru unitățile de învățământ care pregătesc acești specialiști. Vă mulțumesc!

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi. Invit pe domnul Mihai Fugarevici, Director general compania Stada MND, Romania SRL.

Intervenție a Domnului Prof. Dr. Mihai BERTEANU: Dacă îmi permițeți două secunde o intervenție, Doamna Rotariu a spus că există și în alte specialități în curricula de pregătire reabilitarea medicală. Vă rugăm să ne aduceți documente în acest sens. Din câte știm noi, cei care facem curricula de pregătire la reabilitare, nu există acest modul în alte specialități. Vă mulțumesc și îmi cer scuze.

Intervenție a Domnului Dr. Stefan Busnatu Comisia de Cardiologie a MS, UMF Carol Davila, Societatea Romana de Cardiologie: Buna ziua! Pot să vă precizez eu, în cardiologie există stadiu de recuperare cardiovasculară. Pentru rezidenții din cardiologie.

Intervenție a Domnului Prof. Dr. Mihai BERTEANU: Si cu cine se face, face domnul doctor, ma scuzati? Cu cardiolog?

Intervenție a Domnului Dr. Stefan Busnatu Comisia de Cardiologie a MS, UMF Carol Davila: Cu mine se face, dacă există reabilitare cardio vasculară, înseamnă că medicul de reabilitare trebuie să îndrume acest stadiu, asta e o chestiune pe care ar trebui să vă dau ghidurile de profil din cardiologie și europene să le vedeți. Să mai discutăm aici acest subiect.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Multumim. O sa fac apel la colegii de la Ministerul Sanatatii sa medieze această discuție între Comisia de cardiologie și Comisia de medicină fizică și de reabilitare. Acum o sa îl invit pe domnul Mihai Fugarevici, să ia cuvântul. Mulțumesc!

Domnul Mihai Fugarevici Director General STADA M&D Romania SRL (companie farmaceutică): Buna ziua! Mulțumesc mult în primul rând pentru invitație și în al doilea rând pentru organizarea acestei dezbateri. Stada este o companie farmaceutică europeană care eu cred că este una dintre puținele care are în portofoliu atât produse generice, cât și produse biosimilare și mai important de atât, are și produse inovative și atunci lucrul acesta ne ajută să avem o privire de ansamblu asupra dinamicii produselor în piața farmaceutică. Cu toate astea, categoric salutăm faptul că Casa Națională de Asigurări de Sănătate se uită către industria generică, se uită către produsele biosimilare și către soluții pentru găsierea unor resurse și a unor economii în

finanțarea industriei farmaceutice. Eu însă, ca să fiu un pic mai exact, am să vă dau un exemplu, un exemplu de produs biosimilar. Este vorba de molecula xxx este o moleculă generic vizată în anul 2020. Penetrarea produselor biosimilare până în anul 2022 a ajuns la 73% din această piață. Mai mult de atât, cu toate că pe această piață s-a vizat creșterea pieței, un estimat de 2022 față de 2019, când nu exista produs bio similar, creșterea a fost undeva în jur de 16 -19 în volume în unități, deci practic cu 16% mai mulți pacienți au avut acces la această medicație. Acum, cu toată această creștere de acces a pacienților, constatăm că prețul pe care îl plătește CNAS, care bineînțeles este unul estimat, este undeva în jur de 2.700.000 de euro pentru aceste terapii, în condițiile în care, dacă noi am face un calcul la costul inovativ-ului din anul 2019, înaintea genetiicii, costul pe care casa l- ar fi plătit ar fi fost în jur de 4.700.000 de euro. Bineînțeles, e o molecula destul de mică comparativ cu subiectele pe care le avem astăzi în discuție. Dar trebuie să punctăm că din trei ani de existență a biosimilar- ului în piață, CNAS a făcut o economie de 2 milioane de euro, respectiv 74%, adică 74% ar fi plătit mai mult CNAS dacă nu ar fi existat aceste produse biosimilare. Mai mult de atât, faptul că piața a crescut după generalizare eu cred că dă un semn destul de important că industria de biosimilare și industria generică poate susține volumele necesare pieței, în așa fel încât terapia pacienților să nu fie întreruptă. Acum, ca să fiu în acord cu colegii mei, trebuie să punctăm și un aspect extrem de important. Decizia privind prescripția unui produs farmaceutic trebuia să rămână la medic. Trebuia să rămână în pixul medicului, în special în zona acestor produse biologice și biosimilare, terapii destul de sensibile din punctul nostru de vedere. Dar sa nu uitam că totuși ordonatorul de credit trebuia să facă politicile de sanatate și acestea trebuie făcute în așa fel încât să existe sustenabilitatea bugetului și sustenabilitatea continuării terapiei pentru cât mai mulți pacienți. Am încercat să fiu pragmatic și la obiect. Eu atât am avut de spus. Punctez încă o dată. Produsele biosimilare sunt o soluție terapeutică care aduce economie de buget. Ele trebuie să fie prescrise la decizia medicului și ordonatorul de credite este cel care trebuie să decidă politicile de sănătate. Mulțumesc.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi! Îl invităm pe domnul Adrian Bighea, Societatea Română de Reabilitare Medicală. Va rugăm frumos! Doamne doctor.

Domnul Dr. Adrian Bighea, Societatea Română de Reabilitare Medicală: Fără a repeta prea mult din ce s a spus, țin neapărat să îi mulțumesc doamnei director Bantaș pentru felul în care s-a aplecat asupra prevederilor din contractul cadru care se referă la specialitatea noastră. Puțini o fac și puțini o fac de mulți ani, chiar dacă pozițiile par un pic divergente. Astăzi noi am colaborat bine cu APMA și le mulțumim pe această cale, țin să precizez că noi suntem pe anexele de kinetoterapie de vreo 7 luni, avem în echipa noastră o echipă la care ținem foarte mult: kinetoterapeutul și fizioterapeutul. Dar să trecem la subiectul care este menținerea sau scoaterea serviciilor conexe. Ne-am pronunțat într-un material care a fost trimis Casei Naționale de Asigurări de Sanatate că suntem pentru scoaterea acestor servicii conexe de kinetoterapie din pachetul pentru ambulatoriul clinic, cel puțin în forma în care sunt ele acum prevăzute. Invitația la dezbateri nu s-a referit la modificarea paragrafelor, ci doar la scoaterea sau menținerea așa cum sunt ele acum. Noi considerăm că este mai bine să fie scoase. O să aduc alte argumente decât cele care au fost deja aduse de colegii mei, cu care sunt absolut de acord. Haideți să luăm lucrurile practic un pic, un medic de o anumită specialitate face un contract cu un kinetoterapeut ca sa poată să dea aceste conexe. Noi considerăm că acest lucru îngreșește foarte mult accesul pacientului asigurat la servicii medicale, pentru că, conform unui principiu de bază al contractului cadru, pacientul trebuie să poată să și aleagă furnizorul de servicii medicale și nu să fie obligat să facă reabilitare medicală. De fapt, kinetoterapia trebuie să fie într-un singur loc, indicat în mod direct de cel care este parte într-un contract financiar, asta pe de o parte, pe de altă parte, mai fac o precizare, țineți cont că de anul trecut, planul de proceduri pe care îl întocmim noi, după ce examinăm un pacient, este la îndemâna pacientului și poate să plece cu el oriunde în țară, la orice furnizor de servicii de medicină fizică și de reabilitare. Deci, în privința aceasta, deschiderea specialității noastre este maximă, dar deschiderea altor specialități este minimă. Pe de altă parte, avem tot mai mulți pacienți care ni se adresează pentru servicii de specialitate de medicină fizică și de reabilitare, după ce au primit servicii conexe de kinetoterapie, fără a se întocmi planul de proceduri specifice de către un medic de medicină fizică și de reabilitare. Nu este peste tot, nu dau cu piatra în toată lumea. Poate că sunt puține cazuri, dar sunt destule. De ce? Pentru că o parte dintre acești pacienți ajung din nou la noi pe calea normală, cu bilet de trimitere și ne spun că au fost nemulțumiți de serviciile pe care le-au primit. Și iată cum cheltuim banii de două ori și în sfârșit, dar poate că cel mai important, sper ca sunteți de acord cu mine, este că peste 90% din afecțiunile neurologice sau

ortopedice necesită o perioadă de reabilitare medicală. Cred că pentru Neurologie se apropie de 100%/ 99 %. Și, contrar celor menționate de doamna Rotaru Mariana, aceste două specialități nu au în curricula de pregătire nici o oră de medicină fizică și de reabilitare, nici stagiu, nici nimic. Repet, este vorba de două specialități de la care pentru încheierea terapiei la medicul de specialitate trebuie să se facă o recomandare de reabilitare medicală. Ce vreau să spun? Chiar ghidurile de practică în aceste specialități recomandă la un moment dat includerea pacientului într-un program de reabilitare medicală. Cu alte cuvinte, a recomanda reabilitare medicală la un pacient este echivalent cu finalizarea actului medical. Nu vedem un motiv pentru care acel medic, încasează bani de la CAS doar pentru că își face corect meseria față de pacient, mai ales că oricum medicul primește bani pentru consultație și pentru serviciile făcute în timpul consultației. Bani trebuie să ajungă la cel care face serviciul, nu la cel care recomandă și acest lucru este valabil pentru toate specialitățile. Vă mulțumesc foarte mult pentru atenție.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi. Este adevărat că pacientul este liber să se adreseze oricui medic de specialitate din Romania. De asemenea, se poate adresa oricărei furnizor de servicii de medicină fizică și de reabilitare din țară, deci, nu este obligatorie a se conecta cele doua recomandări. Dau cuvântul domnului profesor doctor Mircea Diclescu, profesor de gastroenterologie, Clinica de Gastroenterologie și Hepatologie al Institutului Clinic Fundeni. Domnule profesor, vă rog, aveți cuvântul!

Domnul Prof. Dr. Mircea Diclescu, Profesor de Gastroenterologie Clinica de Gastroenterologie și Hepatologie al Institutului Clinic Fundeni: Bună ziua! Aș vrea în primul rând să mulțumesc Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru oportunitatea de a participa la această dezbatere. Să spun că, după părerea mea, este un exercițiu de democrație și de transparență pe care CNAS ni-l dă. Am asistat cu mare plăcere la toată dezbateră până acum. Poate o sugestie ar fi fost să separăm cele două entități, dar în clipa de față beneficiul acestei discuții este foarte important. Eu voi vorbi în calitate de medic gastroenterolog și în calitate de președinte fondator al Asociației Române de Boli Inflamatorii și voi face referire aproape exclusiv la patologia pe care eu o tratez, adică boli inflamatorii trebuie apărute de la început. Ideea de biosimilare/generic sunt noțiuni total diferite și nu trebuie să vorbim decât despre biologice și biosimilare. Eu am fost greu convins că biosimilarele sunt realmente medicamente cu eficacitate și toxicitate similară cu cea a produsului original. Și în fapt, infliximabul din anul 1999 este un biosimilar al infliximabului. Vorbim de produsul original din 2022. Deci, moleculele se schimbă. Conform tehnologiei pentru patologia inflamatorii intestinale, lucrurile stau puțin diferit, pentru că aici rata de remisiune, în funcție de ce criterii folosim, este destul de redusă, în jur de 30 - 45 %, depinde de ce criteriu folosim, motiv pentru care pacientul este foarte instabil. Nu vorbim de ceea ce s-a obținut cu antivirale directe, hepatite virale, ci la care obținem rate. Răspunsul virusului este obținut de 99%. Vorbim de situații instabile. În aceste circumstanțe, dacă luăm și analizăm doar pe patologii inflamatorii digestive, care sunt produsele biologice de referință pe care le mai folosim în clipa de față, descoperim că, pe de o parte, sunt doar două produse de referință care se mai folosesc și la care prețul este la ora actuală, din cunoștința mea, identic cu cel al produsului/al produselor biosimilare. Deci nu există un impact bugetar semnificativ pe patologia digestivă. Vă spuneam că pacientul cu boală inflamatorie intestinală este foarte instabil și costurile pe care le-ar incumba o destabilizare a pacientului prin schimbarea unui biosimilar cu alt biosimilar sau schimbarea originalului cu un biosimilar ar putea să aibă un impact bugetar important, pacientul fiind nevoit să treacă pe o altă clasă de medicamente și, de asemenea, să fie operat, lucruri care i-ar afecta în mod decisiv calitatea vieții pe tot toți anii ce vor urma. În aceste circumstanțe, eu cred că la ora actuală trebuie să lăsăm la decizia medicului și a pacientului, de comun acord, bineînțeles, cu un consimțământ informat semnat de a se decide dacă se începe sau dacă se menține tratamentul cu produsul original sau cu un biosimilar. Ne considerăm că este un impact bugetar foarte mare pe patologia pe care o tratăm și considerăm că cheltuielile care le-ar incumba destabilizarea unui pacient cu boală inflamatorie intestinală ar putea să însemne pentru Casa Națională de Asigurări de Sănătate cheltuieli mult mai mare în această patologie. Vă mulțumesc pentru atenție!

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim, domnule profesor pentru precizări. Invităm pe doamna Milea Florența, kinetoterapeut principal.

Doamna Milea Florența, kinetoterapeut principal: Buna ziua, Florența Milea, mă numesc, kinetoterapeut principal. Lucrez în spital de 21 de ani ca și kinetoterapeut pe secția A.T.I. Aș avea câteva lucruri de spus. Bineînțeles că doresc ca aceste servicii conexe să rămână așa cum sunt acum, ba mai mult, să se adauge și alte specializări medicale, și anume oncologia. Pentru că nu putem să uităm de cancerul de sân și că postmastectomie, este nevoie de drenaj limfatic. De multe ori se face, este bine să se facă preventiv, dar mai ales atunci când apare edemul brațului. Este obligatoriu, de asemenea, să se adauge și chirurgia plastică și reparatorie, pentru că o reimplantare de deget sau o sutură de tendon sau în cazul pacienților arși, este esențială kinetoterapia în recuperarea lor pentru recuperarea funcțională a membrului sau a pacientului în întregime. De asemenea, să se adauge și geriatria, pentru că și acolo sunt afecțiuni care pot fi tratate strict doar prin kinetoterapie, și medicina sportivă. Ce pot să spun în susținerea acestor lucruri? În anumite specializări, cum ar fi pe ortopedie, colaborarea cu medicul ortoped este esențială într-o bună recuperare. Spre exemplu, în cazul unei proteze. Sau în cazul plastiei LIA. Este esențial să vorbesc cu ortopedul și pașii în care trebuie făcută încărcarea, când să încep flexia sau alte lucruri pe care medicul de recuperare nu cred că are cum să le știe mai bine decât medicul care a operat și a lucrat pe membrul respectiv. Toată lumea spune că pacientul va avea de câștigat. Nu văd cum, având în vedere că se elimină serviciile conexe, deci pacienții nu mai pot ajunge acolo ca să facă kinetoterapie, sunt trimiși la cabinetele de Reca. Acestea sunt, nu au crescut peste noapte, nu s-au dublat, ba mai mult, înțeleg că bugetul lor este același, deci nu vor putea trata la jumătate numărul de pacienți pe care îl tratează acum și o să ne trezim cu niște liste de așteptare care acum sunt de o lună, două, de 3, 4, 5 luni. Care este beneficiul? Un pacient cu AVC trebuie să înceapă recuperarea imediat. Trebuie făcută în primele șase luni, nu după șase luni. Apoi, alt aspect ar fi kinetoterapeuții, fizioterapeuții afectați prin încetarea acestor servicii conexe care vor rămâne fără job-uri. Deci sunt o groază, mulți, sute, mii, poate, care vor rămâne fără un job de a doua zi. Nu cred că CNAS dorește acest lucru. Economia la buget nu se va face pentru că specialistul va putea da în continuare conexe pe psihologie. Deci banii tot se vor cheltui. Apoi, ce mai este de spus ar fi că, dacă cineva a spus că un medic de recuperare va putea supraveghea mai multe cabinete și să vadă mai mulți pacienți, dar întrebarea este cum mai supraveghează pacientul per se, cum îl vede, dacă este bine sau cum spun dânsii, îi fac asta și îl evaluează, dacă sunt mai multe cabinete și dânsul se plimbă de colo colo, cum poate să fie? Se dublează? Nu, nu are cum. Și atunci iarăși nu este benefic pentru pacient. Ce aș putea să mai zic. Kinetoterapia este un serviciu conex, nu este o procedură a medicinei fizice. Asta trebuie să fie foarte clar și asta este stipulat în legea 229 a fizioterapeutului. Iar conform articolului 4 și 13, noi putem lucra cu diagnostic de la medic specialist. Ori, această încercare de scoatere a serviciilor conexe, a kinetoterapiei, a fricii de conexe înseamnă o încălcare a unei legi care nu cred că dorește nimeni să o facă. Și să nu uităm că în spitale, aici unde lucrez eu, se lucrează peste zi cu medici specialiști de zeci de ani de zile, în condiții foarte bune și se recuperează pacienți. Și nu a fost nicio problemă. În final, dacă totuși nu suntem lămuriți la final, poate se face un grup de lucru cu medicii specialiști, cu Colegiul Fizioterapeuților, cu medici de Recuperare Medicală, în care să putem stabili exact interesul pacientului, care trebuie să primeze. Vă mulțumesc mult!

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Vă reamintesc că este vorba despre serviciile conexe din pachetul de ambulatoriu de specialitate clinic și nu ne referim la kinetoterapia care se face în spital. Medicina sportivă nu este printre specialitățile clinice care încheie contract în ambulatoriul clinic cu CAS și vă reamintesc și faptul că pachetul de bază suportat din fond este un pachet de bază în care trebuie să avem grijă să aibă acces fiecare asigurat. Învit pe doamna **Iulia Arif-Percă Director Executiv Local American Working Group – LAWG**

Doamna Iulia Arif-Percă Director Executiv Local American Working Group – LAWG: Bună ziua! Reprezintă Asociația local American Working Grup, care susține dezvoltarea politicilor publice în sprijinul unui sistem de sănătate eficient, centrat pe pacient și cu acces la terapii inovatoare. Asociația cuprinde în prezent 13 membri companii producătoare de medicamente cu o importantă prezență în domeniul cercetării și biotehnologiei. Membrii **LAWG** reprezintă aproximativ 42% din piața de medicamente din România, fiind companii producătoare de medicamente biologice originale, cât și de medicamente biosimilare. Menționez încă de la început faptul că Long susține poziția expusă de ARPIM, transmisă către CNAS și minister, cu privire la impactul proiectului de hotărâre asupra pacienților din România, sistemului de sănătate și pieței de medicamente din România. Impactul asupra pacienților din România. Considerăm că este necesară acoperirea adecvată și

continuă a nevoilor de tratament ale pacienților prin asigurarea disponibilității continue a medicamentelor pentru tratamentul pacienților, iar în acest sens măsura propusă în actualul proiect de HG ar putea genera disfuncționalități în cazul în care medicamentele biosimilare nu sunt disponibile pe piața din România în cantități suficiente și adecvate nevoilor pacienților, amplificând astfel problemele de acces deja existente, în defavoarea tuturor pacienților. De asemenea, este foarte importantă respectarea drepturilor pacienților de acces la tratament adecvat și continuu. În plus, considerăm că există un impact asupra sistemului de sănătate din România, de aceea este importantă fundamentarea acestei propuneri legislative în baza unui studiu de impact, conform prevederilor legale în vigoare. La acest moment, nu există un studiu din care să rezulte beneficiile implementării modificărilor propuse, beneficii pentru pacienți sau pentru sistemul de sănătate din România. Tot din punctul de vedere al politicii publice, considerăm necesară corelarea proiectului de modificare a HG cu politica actuală în domeniul prețurilor pentru medicamente, a prețurilor de rambursare, cât și a obligațiilor de prescriere. Prevederile propuse sunt de natură să limiteze prescrierea medicamentelor biologice la o gamă restrânsă, care este posibil să nu se găsească tot timpul sau să se găsească în cantități limitate în piață. În mod evident, este impactat și piața de medicamente din România. Considerăm că proiectul de modificare a HG nu creează premisele unui mediu concurențial echitabil și va conduce la excluderea de pe piață a produselor biologice inovative, cu impact pe termen scurt și lung. În privința disponibilității medicamentelor biologice inovative pentru pacienți și a posibilității medicului curant de a prescrie sau continua tratamentul adecvat pacientului, generând astfel costurile ulterioare pentru sistemul de sănătate. Suntem de părere că modificările propuse reprezintă măsuri disproporționate ce ar elimina dreptul companiilor farmaceutice inovatoare de a continua să comercializeze pe piața din România terapii biologice inovative, iar acest aspect va impacta dreptul producătorilor de a comercializa un medicament deja existent pe piața din România, cu efecte asupra nevoilor de tratament ale pacienților. În acest sens, având în vedere potențialul efect major al acestor propuneri de modificări legislative asupra pacienților din România, asupra dreptului specialiștilor din domeniul medical de a prescrie sau continua tratamentul adecvat pentru fiecare pacient în parte, precum și impactul imediat asupra pieței de medicamente și producătorilor de medicamente inovatoare, propunem realizarea unui grup de lucru tehnic care să adreseze acest segment de legislație din proiectul de modificare a HG, așa cum s-a procedat și în alte situații de modificări legislative. Credem că un astfel de grup de lucru ar trebui să reunească atât reprezentanți ai autorităților din sănătate, cât și ai producătorilor de medicamente, reprezentanți ai pacienților, respectiv ai societăților medicale, pentru a identifica împreună soluțiile adecvate și necesare pentru o bună continuitate a accesului pacienților la medicamentele de care au nevoie, iar în acest sens ne exprimăm disponibilitatea de a participa în cadrul unui astfel de grup de lucru. Vă mulțumesc!

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim pentru disponibilitate, o invităm pe doamna doctor Totorean Alina, medic primar medicină fizică și reabilitare, membră a Comisiei de specialitate de la nivelul Ministerului Sănătății.

Doamna Totorean Alina medic primar MEDICINA FIZICA si REABILITARE MEDICALA, membră a Comisiei de Specialitate MFR din Ministerul Sănătății: Bună ziua, Mulțumesc pentru invitație. Eu nu o să intervin foarte mult. Reprezentanții Societății de Medicină Fizică și de Reabilitare au făcut toate precizările legate de eliminarea serviciilor conexe din ambulatoriul de specialitate și cred că acest lucru s-a făcut argumentat și profesional profesionist. Vă mulțumesc!

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi. O invităm pe doamna doctor Munteanu Ciornohuz Adriana, medic specialist primar în specialitatea reumatologie SC. **RKMED CENTER S.R.L IASI.**

Niciun răspuns

O invit pe doamna doctor inginer Poenaru Maria Magdalena, Mișcarea Română pentru Calitate.

Doamna Dr. ing. Poenaru Maria Magdalena Mișcarea Română pentru Calitate: Bună ziua! Mulțumesc mult pentru invitație și pentru oportunitatea de a spune părerea, ascultând toate părerile celor care au vorbit

inaintea mea. Consider că nu mai este necesar să vin cu completări, punctele mele de vedere fiind atinse anterior. Din acest motiv aş dori să dau cuvântul persoanei următoare.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim frumos și o invit pe doamna Diaconu Claudia Iuliana, fizioterapeut. Vă rugăm aveți 3 minute (*2 minute au fost cedate*).

Doamna Diaconu Claudia Iuliana, fizioterapeut: Bună ziua! O singură precizare, centrul atenției trebuie să rămână asupra accesibilității pacientului la servicii medicale. Scoaterea kinetoterapiei din serviciile medicale conexe o să întârzie și mai mult recuperarea pacientului și acesta, din păcate, va fi mutat pe o listă de așteptare, pentru că se știe că centrele de recuperare medicală în continuare sunt plafonate. Ce se întâmplă cu acel plafon? Puteți să îmi răspundeți ce se întâmplă cu acel plafon după ce vor fi scoase serviciile conexe? Unde? Cum se mai pot primi pacienți? Deci pentru serviciile de kinetoterapie. Nu există plafon în ambulatoriu clinic. Contractul de RECA funcționează pe plafon, este un plafon alocat.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Dacă vă referiți la contractul pe care îl încheie furnizorii de servicii de medicina fizică și reabilitare în ambulatoriu de recuperare, acest aspect nu are legătură cu subiectul dezbaterii. După cum s-a spus în cadrul dezbaterii și ați văzut și în proiect, tarifele sunt ajustate și am făcut demersuri la Ministerul Finanțelor pentru majorarea fondului alocat acestei asistențe medicale. Toți participanții au dreptul să și exprime punctele de vedere, iar CNAS va lua act de părerea fiecăruia și va ajusta proiectul de contract cadru și norme în consecință.

Doamna Diaconu Claudia Iuliana, fizioterapeut: Eu m am gândit că scopul este să se lucreze ca o echipă medicală și nu trece nimeni peste nimeni. Scopul trebuie să fie prioritizarea pacientului și necesităților pacientului. Vă mulțumesc!

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Este necesar ca în cadrul întâlnirii să asigurăm aplicarea Legii transparenței decizionale. Nu ne putem pronunța la mijlocul ședinței. Dăm cuvântul doamnei Nica Liliana, Asociația Laboratoarelor din Romania Rolab.

Doamna Nica Liliana, Asociația Laboratoarelor din Romania Rolab: Bună ziua! Intervenția noastră era legată de articolul 156¹, care a tot fost prezentat de specialiști, insist asupra dreptului medicilor de a prescrie ceea ce este cel mai eficient pentru pacienți, ceea ce consideră că este eficient pentru pacienți și, de asemenea, pe dreptul pacienților de a beneficia de medicamente de cea mai înaltă calitate. De asemenea, este necesar să se obțină acordul informat al pacienților privind toate posibilitățile terapeutice privind afecțiunile lor. Cam atât. Mulțumesc!

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim. O invit pe doamna Izabela Grosu de la Asociația Persoanelor cu Boli Inflamatorii Intestinale din Romania. Vă rugăm.

Doamna Izabela Grosu de la Asociația Persoanelor cu Boli Inflamatorii Intestinale din Romania: Bună ziua! Vă mulțumesc mult pentru posibilitatea de a expune punctul de vedere al pacienților cu boli inflamatorii intestinale, pacienți cu boli de fapt cronice, dizabilitate. Cum arăta domnul profesor Diculescu, ne vom referi la articolul 156¹ legat de prescrierea biologice și biosimilare. În primul rând vreau să identific și să spun părerea pacienților cu boli inflamatorii intestinale pe care îi reprezintă vizavi de biosimilare, pentru că noi, de-a lungul anilor, am înțeles și le înțelegem foarte bine. Participăm, cred că de prin 2016 -2017 la dezbateri în cadrul Comisiei Europene și îmi amintesc încă de atunci cu profesorul Guido Erase, dacă nu greșesc, era directorul Agenției Europene a Medicamentului. Ne spunea și ne ajuta să înțelegem de la primul ghid, apărut în 2006, că are un cadru solid reglementat de Uniunea Europeană privind aprobarea și dezvoltarea biosimilare lor, despre ghidul care arăta după 10 ani de studii paralele de siguranță și eficiență. Deci, din acest punct de vedere, și în această lună pacienții cu boli inflamatorii intestinale salută faptul că în România există posibilitatea, mai multor terapii. Biosimilare, ceea ce, indubitabil, echivalează cu posibilități mai multe de abordare a bolilor inflamatorii intestinale, asta ca să fie foarte clară. Punctul nostru de vedere referitor la biosimilare, aplicându-ne cu atenție și obiectivitate asupra Articolului 156¹: noi vrem să aducem în atenție două aspecte. La subpunctul 3 se

vorbește despre niște motive specifice care sunt acele motive specifice, cine, cum le identifică, ce înseamnă? Specific ar fi, de exemplu, și solicitarea pacientului, dacă aș solicita în mod specific neacordarea, consimțământul unui pacient ar fi considerat un motiv specific. În general, noi ne aliniem și susținem punctul de vedere al antevorbitorii lor și mai ales ale Domnului profesor Codreanu și Domnul profesor Diculescu. De aceea susținem dreptul medicilor de a prescrie tratamentul adecvat, fără constrângeri și sancționări, pentru că în mod sigur acestea ar conduce la o distorsionare a actului medical în dezavantajul pacientului. Susținem dreptul pacientului la consimțământ informat și decizia trebuie să fie neapărat a pacientului și a medicului și considerăm că asupra acesteia nu poate, nu se poate impune sau dispune prin niciun alt mijloc decizional sau acte normative și câteva secunde să revin la ceea ce spuneau domnii profesori că pacienții cu boli inflamatorii intestinale necesită o atenție sporită, grijă și responsabilitate. De ce? Pentru că aici intervine factorul chirurgical. În cazul în care aceștia sunt destabilizați, iar dacă analizăm, repet, cu obiectivitate apariția acestei nevoi de chirurgie, costurile sunt mult, mult mai mari. Nu neapărat actul medical, costurile spitalicești, dar dacă ne gândim puțin mai departe la pacientul care ar rămâne, de exemplu stomizat pentru toată viața. Asta va genera costuri clare atât pentru a-i furniza lunar dispozitivele medicale tot din Buget, nu-i așa? Dispozitivul de protezare a stomelor. În anumite condiții, pacientul respectiv se încadrează deci la un grad de handicap de viață. Iarși niște facilități nu foarte mari, niște facilități financiare pe care le primește. Deci iarși un impact, dacă luăm în analiză și acest aspect. Atât am avut eu de spus. Vă mulțumesc.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi. Referitor la ce ați prezentat, apreciem că medicul este cel care poate să decidă asupra tratamentului și nu pacientul, datorită asimetriei evidente de informații. Am mai reținut aspectul propus, referitor la evitarea sancționării medicilor, în contextul în care medicii vor conștientiza faptul că, în condițiile unui buget limitat, intenția este de a trata cât mai mulți pacienți. Mulțumim pentru propunere! O invităm pe doamna președinte Lepădatu Rozalina Elena Asociația Pacienților cu Afecțiuni Autoimune.

Doamna președinte Lepădatu Rozalina Elena Asociația Pacienților cu Afecțiuni Autoimune: Bună ziua și mulțumesc pentru că îmi dați ocazia să prezint punctul de vedere al Asociației Pacienților Cronici, Asociațiilor Pacienților cu Afecțiuni Autoimune și a Alianței Pacienților Cronici din România. În scrisoarea pe care v-am adresat-o, primul punct la care vreau să fac referire, este la punctul 1.8.1 și să rog ca în lista medicilor ce recomandă servicii conexe actului medical mă refer la serviciile de psihologie, să fie incluse și specialitățile medicale de dermatologie și de reumatologie, pentru că, consider că, în special la dermatologie, pacienții suferă foarte mult prin lipsă de încredere și suport. Sunt afecțiuni care sunt vizibile și afectează stima de sine și modul în care sunt judecați pacienții. Deci, vă rog frumos să includeți dreptul de recomandare și pentru medicii dermatologi și pentru adulți, pediatrii și reumatologi. Punctul 2 pentru care v-am scris este faimosul articol 156¹. Ascultând toate punctele de vedere, pot să spun că tratamentele biologice sunt într-adevăr foarte utile. Tratamentele biosimilare sunt foarte utile pentru că ele vin cu o reducere importantă de preț, dar nu trebuie să uităm pacientul, că noi spunem că facem totul în beneficiul pacientului. Să nu uităm că o schimbare de terapie fără acordul lui implică și efectul nocebo. Eu am mai vorbit despre efectul nocebo, dar se pare că nu mă crede nimeni și nu mă ia nimeni în seamă. Pur și simplu pacientul nu mai are încredere și spune că nu răspunde la terapie. De aceea, mi se pare foarte important ca orice modificare de terapie să se facă cu acordul pacientului. Și eu cred că trebuie să purtăm un dialog ca să ajungem la un numitor comun, pentru că modificările așa, pe repede înainte și cu obligativitate nu ajută nimănui. Dacă nu avem această obligativitate în prescrierea medicamentelor generice, de ce să o avem în prescrierea medicamentelor biosimilare? Și atunci vă propun o idee să vă gândiți și să o analizați. Poate fi utilă ca și în cazul tratamentelor biologice acea prescriere pe denumire comună internațională și pacientul să aleagă dacă își plătește diferența de preț către tratamentul original sau nu. Vreau să vă atrag atenția că Agenția Europeană a Medicamentului într-adevăr recunoaște că aceste tratamente sunt interschimbabile, dar nu cred că fac bine nimănui ca aceste tratamente să fie interschimbabile pe termen lung. Și aici vreau să fac referire la medicamentele biosimilare care s-au retras în mai puțin de un an din România chiar dacă existau pacienți, poate nu mulți care foloseau acele medicamente. Și nu vreau să fim în situația în care să fim obligați să facem aceste schimbări la un interval de două trei luni, pentru că nu avem siguranța medicamentelor în piață. Deci, trebuie să primeze decizia medicală, factorul financiar este important și mă așteptam ca astăzi să văd prezentate de casă cheltuieli, o analiză a cheltuielilor și cât ar economisi casa dacă

aceste modificări ar avea loc. Dar, din păcate, așa cum s-a spus medical, conform Ordinului 615, medicamentele biologice se aliniază la medicamentele biosimilare ca preț și aceste economii nu apar. Deci mi-ar place să văd acces la date financiare, să văd un calcul cu cât ar însemna această economie și cum ar putea fi făcută ea, inclusiv cu molecule, nu doar la modul general. Și să nu uităm că țările acelea care au făcut modificările obligatorii, de pe biologice pe biosimilare sunt țările unde biosimilare le-au autorizat cu 23.5 din prețul medicamentului biologic. Deci, dacă vorbim de bani, vreau să vedem economii serioase, pentru că e foarte important ca aceste economii să se producă la nivelul casei. Faptic, nu doar pe vorbe, ca sa spun așa.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Vă mulțumesc. Calcule sunt făcute la nivelul direcției de specialitate, însă prezentarea lor nu face obiectul dezbaterii publice. Îl invităm pe domnul Răzvan Ștefan Popescu, **SC KINO MED CENTER SRL**.

Doamna președinte Lepădatu Rozalina Elena Asociația Pacienților cu Afecțiuni Autoimune: Îmi cer scuze că intervin, dar vă dați seama că e absurd să faceți referire la o lege a transparenței și să nu prezentați transparent prețurile. Deci cred că trebuie, vă dați seama de absurdul situației. N-am spus să dați calculele de preț pe companii. V-am spus să dați pe categorii. Deci puteți da biologic/biosimilare cu toate biosimilarele care sunt într-o categorie. De exemplu, dacă a făcut profesorul Diculescu referirea la infliximab. Putem spune toate biosimilare de infliximab. Ce economie fac față de originalul de infliximab? Mă rog, e tardiv pentru că originalul de biocide nu apare.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim pentru propunere și nu se va realiza acum, în cadrul dezbaterii publice de astăzi. În momentul acesta se desfășoară o dezbaterie publică în care fiecare persoană care s-a înscris la cuvânt trebuie să ia cuvântul și să și expună punctul de vedere.

Doamna președinte Lepădatu Rozalina Elena Asociația Pacienților cu Afecțiuni Autoimune: Vă rog frumos, data viitoare, în astfel de propuneri de acte normative, când puneți referatele să puneți și aceste informații. Deci să știm cu toții.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Vă rugăm, domnule Răzvan Ștefan Popescu, dacă sunteți.

Domnul Răzvan Ștefan Popescu, SC KINO MED CENTER SRL: Bună ziua! Vă mulțumesc pentru cuvânt și felicit pe această cale Casa Națională de Asigurări de Sănătate pentru inițiativă. Încep alocuțiunea mea prin a-i felicita și a-i susține pe doamna doctor Alina Stamate, doamna doctor Iliescu Mădălina și domnul profesor Berteanu, Noica și Clinica de recuperare pentru pacienți cu patologii neurologice și ortopedice. Fără să avem astăzi, în 2022, fără să avem un contract de decontare cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, susținem eliminarea serviciilor conexe. De asemenea, susținem evitarea ca un asistent de fizioterapie sau un fizioterapeut să poată recomanda conduita terapeutică și avem următoarele considerente: din punct de vedere legislativ, medicul sau clinica răspund în fața legiuitorului din punct de vedere medical. Ajustarea terapiei se face de către medicul de specialitate. Recomandarea de specialitate poate cuprinde, după finalizarea programului, și o componentă de prevenție, ceea ce fizioterapeutul nu poate să facă asta. Ba mai mult de atât, nu există argument medical prin care un asistent de fizioterapie să poată recomanda un plan de recuperare coerent și sigur pe baza studiilor academice. Este nepotrivit să pui în balanță un plan de tratament cu care pacientul pleacă din cabinetul unui medic de recuperare versus un plan de tratament gândit de către un fizioterapeut. Și ne întărim punctul de vedere prin următoarele considerente: accesul limitat al unui fizioterapeut ca și persoană fizică la o bază materială nu va face decât să văduvească, dacă pot să spun așa, să limiteze ca pacientul să aibă acces la echipamente de înaltă performanță care au inteligență artificială și biofeedback. Vă mulțumesc mult și aștept punctele dumneavoastră de vedere. De asemenea, vă doresc sărbători fericite pe această cale!

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și urăm și noi tuturor participanților Sărbători fericite și o invităm pe doamna Mara Ileana Galat **Accord Healthcare**.

Doamna Mara Ileana Galat Accord Healthcare: Buna ziua, Reprezint compania **Accord Healthcare** chiar și în această calitate, mă bucur să susțin inițiativa Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în ceea ce privește prescripția de produse biologice, inclusiv biosimilare. Aș dori să aduc în plus față de ceea ce s-a discutat aici, experiența pe care noi o avem. Portofoliul nostru este predominant în piața de oncologice și se adresează pacienților oncologici. Din acest punct de vedere, unul dintre biosimilare pe care noi le comercializăm oferă un exemplu despre maniera în care biosimilare le pot aduce, mai ales creșterea accesului pacienților la tratament. Și ceea ce aș dori să spun, mă refer la xxx. Ceea ce aș dori să spun este că dacă acum 4 ani în piață era prezent doar produsul biologic de referință și tratați erau aproximativ 1000 și ceva de pacienți, cam între 5.000 - 6.000 de flacoane flacoane se comercializau într un an. Astăzi, la patru ani distanță, în piață continuă să fie prezent produsul biologic de referință și sunt prezente și patru produse biologice biosimilare. Numărul de fiole pe an este de 45.000 aproximativ. Asta înseamnă de opt ori mai mult pacienți tratați în felul în care noi socotim. Credem că aceasta este puterea principală pe care produsele biologice care sunt biosimilare o au aceea de a crește accesul pacientului la tratament cu costuri cumva scăzute. Acum, desigur, decizia despre prescriere este important sa rămână la medicul prescriptor. Cadrul în care această decizie se desfășoară pentru a putea permite accesul atât pacienților care sunt astăzi în tratament, dar și pacienților care urmează să vină în tratament. Noi credem că sta la decizia ordonatorului de credit, care este cel care ar trebui să hotărască maniera în care se combină aceste lucruri. Cam atât. Vă mulțumesc.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi pentru că ne-ați adus tuturor în atenție aceste indicii vis-a-vis de diferența de costuri și până la urmă de diferența de acces a pacienților la tratament și o invitam pe doamna fizioterapeut practicant, Ramona Pavel Szekeres. Sper că am pronunțat bine. Mulțumim!

Doamna Ramona Pavel Szekeres fizioterapeut practicant: Bună ziua! Da, ați citit bine. Vă mulțumesc în primul rând pentru invitație și acceptarea acestei cereri la participarea la dezbateri privind acest contract cadru. Vreau să mulțumesc tuturor, antevorbitorilor și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru această dezbateri publică, mai mult ca necesară în ziua de astăzi. O să reamintesc că suntem aici împreună, grație acestei transparenței decizionale care este Legea 52/2003 în administrația publică, care trebuie să sporească gradul de responsabilitate a administrațiilor publice față de cetățean, ca beneficiar al deciziilor, al deciziilor și politicilor de sănătate, rezolvarea politicilor publice. O să revin imediat la subiectul principal al ședinței rezolvarea politicilor publice din care Colegiul de Fizioterapie face parte deja din 2016. Conform capitolului 2 Secția 1, articolul 7, trebuie să ținem cont de faptul că excesul de putere poate fi înlăturat și în justiție, conform articolului 4, iar articolul 5 spune că prin excesul de putere concretizat în emiterea unui act administrativ normativ, se vatămă un interes public, acela al pacientului despre care, antevorbitorii mei nu-l consideră un CNP. Eu vă vorbesc din punctul de vedere al unui fizioterapeut care a terminat în România acum 20 de ani și care a plecat din motive familiale, nu pentru că nu am avut de lucru în Franța de 10 ani. Profesez în ambele țări, respectând legile ambelor țări și cotizațiile ambelor țări. Așadar, vreau să vă aduc la cunoștință eliminarea, pentru mine, eliminarea și scoaterea acestor servicii conexe de kinetoterapie, fizioterapie din serviciul de bază pe ambulator este un prejudiciu adus pacienților. Pentru că recuperarea prin mișcare reprezintă un mijloc nu numai de recuperare funcțională adecvată, ci și un mijloc de prevenție. Cuvânt pe care Uniunea Europeană, practicând și în Franța, vi-l prezint și din acest punct de vedere, în rapoartele de țară pe care le face anual, îl cere în permanență României, de la înființarea legală a Colegiului de Fizioterapie, sub care fizioterapeuții, practică sub articolul 11, cu diplome validate și echivalente în Europa. Da, România prezintă dificultăți de dialog interprofesional, are acces îngrădit pentru convențiile cu casele de sănătate. Așa se vede, se observă și din afară și există un abuz de terminologie. Observ aici un amestec între servicii de fizioterapie, respectiv kinetoterapie și proceduri de kinetoterapie, se vor scoate procedurile sau serviciile? În același timp, vreau să vă mărturisesc că trăiesc cu niște paradoxuri. Eu, ca fizioterapeut în Franța, cu diplomă validată odată cu intrarea României în Uniunea Europeană, sunt abilitat, prin competențele pe care mi le oferă această diplomă obținută în România și pentru care m-am supraspecializat apoi în Franța, împreună cu medicii din specialitate, să formăm medicina de familie pentru a oferi servicii și acces rapid pacienților printr-o medicină de familie foarte activă, lucru care nu se întâmplă în România. Un alt paradox pe care îl am este cum se poate și cum este posibil ca din sistemul de educație românesc să plece patru mii de terapeuți în Franța. Actualmente, începând din 2010, conform documentelor găsite pe

colegiile medicale, există o cerere de 40.000 de cereri de plecare în Franța pentru medici specialiști și probabil și medicină de reabilitare. Pentru mine, aceste activități conexe sunt mult mai mult ca benefice și respectă cadrul european al practicării tuturor specialităților și cred că elementul principal este pacientul și trebuie să fie. A venit momentul să formăm un grup de lucru și să putem să discutăm respectuos despre beneficiul pacientului. Aceste servicii conexe nu trebuie să dispară. Este ceea ce am avut de spus și mulțumesc tuturor specialiștilor și medicilor de reabilitare cu care dialogăm și există un dialog absolut minunat și în Franța, și în România. Trebuie numai să găsim mijloacele prin care aceste cuvinte să nu mai fie îngrădite în anumite reguli și reguli, spre beneficiul pacientului și sper că, casa de asigurări de sănătate va face un efort în acest sens. Vreau să menționez că în Franța terapuii sunt plătiți direct de case, au o limită de număr de ședințe și au contracte direct cu casele de sănătate. Sunt plătiți și în privat, și în spital. Vă mulțumesc!

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim frumos! Dacă îmi permiteți, nu se poate compara cu bugetul pentru sănătate din Franța cu cel din România și suntem limitați în plus de anumite restricții. Sistemele de sănătate sunt diferite. Ținem să vă asigurăm că înaintea publicării draftului de proiect de contract cadru și norme, Casa Națională de Asigurări de Sănătate a avut un schimb de informații cu comisiile de specialitate de la nivelul Ministerului Sănătății referitor la lărgirea spectrului de specialități ce pot recomanda diverse servicii conexe, cum sunt cele psihologice, apropo de ce spunea doamna Lepădatu, însă datorită restricțiilor financiare a trebuit să ne limităm pentru 2023. La nivelul CNAS se fac eforturi, se adună informații, însă ceea ce nu se poate într-un an realiza datorită alocărilor bugetare pe diferite segmente de asistență insuficiente, rămâne în baza de date de la nivelul CNAS-ului și vedem în anul următor dacă se poate extinde pachetul.

Intervenție din partea Doamnei Conferențiar Dr. Mădălina Gabriela Iliescu, Societatea Română de Reabilitare Medicală: Vreau să precizez legat de ce a spus doamna Pavel, ca să nu existe confuzii. Există un ordin al Ministerului Sănătății 361/ 2013 care dă toate aceste definiții pentru serviciile de MFR și procedurile specifice de MFR. Și insist să se înregistreze acest lucru pentru că noi vorbim de proceduri specifice de MFR și vorbim de tot ce înseamnă această succesiune în care intră și kinetoterapia. Atât am vrut să precizez.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim frumos! Invităm pe doamna Dr. Sorina Dîngă (Petrușan), Medic Specialist Recuperare, medicină fizică și balneologie, Spitalul Județean de Urgență Bistrița

Doamna Dr. Sorina Dîngă (Petrușan), Spitalul Județean de Urgență Bistrița: Cu mare drag, doamna conferențiar! Voi fi cât se poate de scurtă și mă voi referi aici la activitatea colegilor fizioterapeuți care sunt membri în echipa de recuperare și nici într-un caz înlocuitorul medicului de recuperare. Suntem de acord cu propunerea casei și considerăm un lucru benefic scoaterea procedurilor conexe de kinetoterapie de la alte specialități. Faptul că orice specialitate poate recomanda kinetoterapia nu este sinonim cu întocmirea unui plan terapeutic. Ortopedul, cu tot respectul, colegii reumatologi, cardiologii, că a tot discutat colegul nostru, domnul doctor Busnatu, nu are competență și nu există la nivelul țării noastre și nici în lume, din ce știu, pentru că și eu am profesat în multe țări din Uniunea Europeană, o competență în specialitatea noastră este o specialitate de sine stătătoare. Bolnavul, prin aceste decizii ale casei de asigurări, va efectua tratament de recuperare, în speță și kinetoterapie și fizioterapie, aici vorbim de electroterapie, de termoterapie, de hidroterapie, sub coordonarea unui medic specialist recuperare medicală. S-a eliminat această șuntare a noastră care s-a produs. Avem foarte multe scrisori medicale de la colegii neurologi și de la colegii reumatologi, care indică în mod explicit ce tip de proceduri să punem noi, fără a avea o competență în acest domeniu. Dragi colegi, depășirea de competențe reprezintă malpraxis! Dacă eu acum, în afara unei urgențe, vreau să îl înlocuiesc pe domnul conferențiar sau profesor universitar Ulici, respectiv pe domnul doctor cardiolog, îmi voi depăși competența. De asemenea, nu este în măsură un alt coleg să decidă în specialitatea noastră, cum nu suntem nici noi în măsură. Faptul că luăm în derâdere această specialitate și o considerăm cu băi, cu masaje, nu este așa. Și îi spun și domnului doctor cardiolog, au trecut anii în care medicul de recuperare se ocupa de oase și de reumatisme degenerative. Avem și noi pregătire în cardiologie, facem și medicină internă, facem două luni, domnule doctor de cardiologie, recuperarea cardiovasculară nu o puteți face dumneavoastră și nici un alt coleg, trebuie să o facem noi, și ați

supărat colegii de la Covasna, unde este un centru de recuperare cardiovasculară. De asemenea, bolnavul poate efectua consultul, că au zis colegii fizioterapeuți că este restrâns, nu este restrâns, la ce medic de recuperare dorește. Eu sunt medic într-un spital județean, în cadrul Spitalului Județean de Urgență Bistrița. Timpii de așteptare sunt de patru cinci zile pentru consult, poate să vină și cu fișa de proceduri pe care eu o întocmesc, poate să meargă de la stațiuni, poate să meargă în alte baze de tratament; numărul de medici specialiști recuperare medicală clar va fi mai mic decât cel al fizioterapeuților. Este absolut normal. Pe secția pe care eu mi-am desfășurat activitatea aveam 20 de asistente. Asta înseamnă că mă pot înlocui, nu. Prin faptul că este inclus acum în formularea casei cu exclusivitate. Medicul specialist reabilitare medicală este un lucru benefic. De asemenea, cu tot respectul pentru componentul echipei noastre, fizioterapeutul, la fel și cu respect mă adresez și eu lor și le spun că și asistentul medical BFK este tot un membru al echipei de recuperare, deci nu trebuie să ne deranjeze și să ne jignească comparația cu el. Medicii, îi spun și doamnei kinetoterapeut Florența, discută între ei. Nu trebuie ortopedul să discute cu fizioterapeutul, nici cu maseurul. Discută cu medicul de recuperare. Iar eu voi decide ce proceduri va efectua. De asemenea, discuția între medici se poartă între medici. Ați făcut apel la Franța, respectiv am lucrat și eu în Franța, în Marseille. Acolo vă pot spune cu siguranță recomandările generale atât ale Asociației Americane de Recuperare Medicală, sunt să fie medicul cel care decide și fizioterapeutul cel care execută datorită unor cheltuieli care au fost aduse.

Speaker: *La Marsilia, unde ați lucrat dumneavoastră, pacientul poate merge la fizioterapeut cu trimitere de la ortoped la kinetoterapeut?*

Speaker: *Pregătirea, pregătirea fizioterapeuților în aceste țări este alta.*

Doamna Dr. Sorina Dîngă (Petrușan), Spitalul Județean de Urgență Bistrița: Fiecare țară, este recomandarea asociației internaționale, să își facă pe specificul ei. De asemenea, doamna conferențiar Rotariu, Kinetoterapeut, a vorbit foarte frumos și cu respect, fizioterapeutul nu poate decide referitor la diagnostic și la tratament. Diagnosticul dumneavoastră este evaluarea din punct de vedere kinetoterapeutic. O respect. Colaborarea cu dumneavoastră este foarte importantă pentru mine. Nu mă pot lipsi de dumneavoastră, dar nu ne puteți înlocui.

Speaker: *Asta este adevărat, așa am spus, dar am văzut că și fizioterapeutul își asumă răspunderea pentru programul de exerciții.*

Speaker: *Cu tot respectul. Al meu de cabinet își asumă responsabilitatea.*

Speaker: *Trebuie respectate competențele și reglementările din țara unde ne aflăm. Intervenția mea a fost strict pentru competențele din România. Mulțumesc!*

Doamna Elisabeth BRUMĂ, Director Direcția Reglementări și Norme de Contractare: Invităm pe Doamna doctor Dantis! Dacă nu este doamna doctor Dantis, invităm pe doamna Tulpan Anca Eugenia, fizioterapeut. Doamna Tulpan!

Doamna Anca Tulpan, fizioterapeut: Bună ziua! Sunt Anca Tulpan, sunt fizioterapeut, lucrez de 20 de ani în recuperare pediatrică, de doi ani în contract cu casa de asigurări pe servicii conexe în colaborare cu medici. Sunt împotriva eliminării serviciilor conexe, și asta nu doar din punctul meu de vedere, ca și kinetoterapeut, ci din punctul de vedere al pacienților. În primul rând, ar trebui să punem în beneficiul pacienților să primeze și mă refer aici la copii. Lucrez în principal pe bebeluși. Nu știu câte drumuri ar trebui să facă părinții cu bebelușii de o lună care au plagicefalii, care au torticolis și așa mai departe. Merg la pediatru, merg la neurolog, recomandă kinetoterapie, Ar trebui să meargă și la un medic de recuperare medicală. Nu știu. Din fericire, rezultatele au fost foarte bune până acum cu acești copii. Cel care evaluează evoluția pacienților este medicul neurolog cu care colaborez. Din păcate, mie mi se pare aici o luptă. Pur și simplu pe bani. Asta este părerea mea. În ceea ce privește fizioterapeuții și medicii de recuperare medicală. Probabil este o problemă că noi câștigăm mai mulți bani pe o ședință de kinetoterapie. Nu știu. De asemenea, dacă s a făcut un calcul, câți pacienți care vin de la celelalte specialități medicale, respectiv ortopedie, neurologie către noi, ca și servicii conexe, pot ajunge și vor avea loc la medicii de recuperare medicală ca și consultație. Probabil asta ar întârzia intervenția precoce, ori în

cazul copiilor și în general al pacienților, intervenția precoce mi se pare de bază. A amâna și mai mult intervenția la un copil cu plagicefalii, cu torticolis sau ce vrei dumneavoastră nu face decât să înrăutățească starea lui și să ducă la o intervenție pe termen mult mai lung. În altă ordine de idei, a limita numărul de ședințe pentru recuperarea unui pacient. Ce facem cu pacienții care au paralizii cerebrale, care vor avea nevoie toată viața de recuperare medicală? Cineva trebuie să gândească la asta. În 21 de ședințe nu o să faci absolut nimic cu pacientul, va fi o îmbunătățire de moment și atât. Este pur și simplu o bătaie de joc în ce privește munca noastră și în ce privește recuperarea pacientului. Asta mi se pare mie. De asta sunt pentru menținerea serviciilor conexe de kinetoterapie, într-adevăr, sub supraveghere și reevaluare medicală. Cred că este foarte important de văzut și părerea pacienților sau, mă rog, a părinților care au copii cu probleme pe cap.

Doamna Dr. Elisabeth BRUMĂ, Director Direcția Reglementări și Norme de Contractare: Doamna Tulpan, ca o precizare, CNAS nu va fi de acord cu eliminarea planului întocmit de medicul cu specialitate medicină fizică și de reabilitare. E suficient un singur accident să existe, atunci toți vor întreba cine a fost de acord cu eliminarea planului? Tocmai pentru că principala noastră grijă este siguranța pacientului. În ceea ce privește paralizii cerebrale sper că ați observat că în cazul serviciilor de medicina fizică și de reabilitare din ambulatoriu a fost dublat numărul zilelor de tratament, inclusiv pentru adultul cu aceste afecțiuni, precum și pentru alte afecțiuni. Din păcate suntem obligați să ne încadrăm într o alocare bugetară. Invit pe doamna Arabela Acalinei să ia cuvântul!

Doamna Arabela Acalinei, Asociația Neuro Move CMT, Alianța Europeană a Asociațiilor de Pacienți cu Boli Neuromusculare: Mă numesc Arabela Acalinei, sunt președinta Asociația Neuro Move CMT, Alianța Europeană a Asociațiilor de Pacienți cu Boli Neuromusculare, o asociație care se ocupă de pacienți cu boala Charcot-Marie-Tooth, o boală neuromusculară și alte patologii neuromusculară, dar sunt totodată și membru în Comitetul Executiv al Federației Europene de Charcot-Marie-Tooth și sunt președinta Alianței Europene a Asociațiilor de Pacienți cu Boli Neuromusculare. Cunoscut puțin situația pacienților cu boli neuromusculare în context european și mă confrunt personal cu provocările pe care noi, pacienții cu boli neuromusculare, pentru că și eu sunt pacient cu Charcot-Marie-Tooth, le avem în contextul medical românesc. Doresc să îmi exprim pe această cale dezamăgirea profundă legată de faptul că propunerea de eliminare a serviciilor conexe de kinetoterapie din pachetul de servicii de bază pentru asistența medicală ambulatorie nu are în vedere beneficiile pacienților cu boli neuromusculare, ci mai degrabă mai degrabă aduce prejudicii grave sănătății acestora. Și, mai exact, cele 21 de zile de recuperare oferite în baza de tratament sunt insuficiente pentru bolile neuromusculare. Multe dintre ele, precum știți de altfel, sunt boli fără tratament, kinetoterapia fiind cea mai eficientă modalitate de contracarare a celor mai majore afectări aduse de aceste boli. Pe lângă aceasta, medicii de recuperare nu au întotdeauna expertiza neurologului, spre exemplu. Și vă dau aici caz concret boala Charcot-Marie-Tooth, care afectează în jur la opt mii de pacienți din România cu boala la care, din păcate, eu nu am găsit expertiză în țara aceasta în multe baze de tratament, ceea ce a fost un lucru extrem de dureros pentru mine. Vă dați seama că este un prejudiciu enorm adus sănătății noastre în momentul în care noi nu avem dreptul la aceste servicii de kinetoterapie la care apelăm în ambulatoriu și o să vă pun o întrebare foarte directă: care este modalitatea compensatorie pe care ați găsit-o și pe care sunteți dispuși să o aplicați acum, în contextul în care doriți să scoateți aceste servicii conexe pentru a mă asigura pe mine pacient a cărei singură sursă de venit sunt cei 495 de lei pe luna aferent gradului doi de handicap accentuat. Cum aș putea eu personal să merg în privat să plătesc servicii de kinetoterapie pentru o boală pentru care am nevoie săptămânal constant de kinetoterapie? Pentru că cele 21 de zile de recuperare aferente bazelor de tratament nu îmi sunt suficiente. Și atunci vă întreb concret: ați venit cu un plan compensatoriu pentru bolnavii cu boli neuromusculare, care reprezintă un număr foarte mare de pacienți? În contextul în care ați ales să scoateți sau doriți să scoateți aceste servicii care pentru noi erau vitale. V-aș ruga foarte mult să îmi răspundeți și mulțumesc pentru oportunitate.

Doamna Dr. Elisabeth BRUMĂ, Director Direcția Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi pentru intervenție! Așa cum precizam și antelocutorilor, aici suntem să vă auzim părerea. Am reținut că doriți să nu se renunțe la kinetoterapie ca serviciu conexe. Totuși, ne permitem să sugerăm faptul că acest cuvânt „prejudiciu” nu ar trebui să fie folosit în acest context. Suntem de acord că numărul de 21 de zile de care beneficiază o parte dintre asigurați nu este suficient pentru afecțiunea lor. Cu asta suntem toți de acord și empatizăm cu toții. Pachetul de servicii este unul de bază prin care trebuie asigurat accesul atât cât se poate,

limitat, pentru toți pacienții, iar acest număr este impus de restricțiile bugetare pentru anumite tipuri de afecțiuni. După cum ați văzut, începem să creștem acest număr de 21. L-am dublat pentru anumite tipuri de afecțiuni, atât cât s-a permis, în funcție de buget. Am reținut că vă doriți menținerea serviciilor conexe de kinetoterapie și în pachetul de ambulatoriu pentru a prelungi durata de tratament cu servicii de kinetoterapie pentru anumite tipuri de patologii. Mulțumesc și o să o invit pe **doamna Mariana Ștefan, Societatea Română de Reumatologie Pediatrică**. Vă rugăm!

Doamna Mariana Ștefan, Societatea Română de Reumatologie Pediatrică: Voiam întâi să mulțumesc organizatorilor și să îi salut în același timp și pe participanți. Și să le mulțumesc pentru oportunitatea de a participa la această dezbatere publică pentru a exprima punctul de vedere al medicilor pediatri, precizând că sunt președinta Societății de Reumatologie Pediatrică. De la bun început subliniez faptul că sunt total de acord cu cei doi antevorbitori ai mei în ceea ce privește reumatologia, dar nu reumatologie pediatrică, recte profesorul Codreanu și doamna profesor Rezuș al căror expozeuri au fost absolut sută la sută cu părerile Societății noastre de Reumatologie. Așa cum știe toată lumea, pediatrii tratează copiii. Copiii reprezintă o categorie cu totul și cu totul aparte în patologia generală și faptul că tratăm copiii este un lucru, dar noi tratăm în același timp și pe aparținătorii acestora, care sunt cei mai aplecați și interesați spre suferința copiilor lor chiar mai mult decât spre suferința proprie. În acest context, impunerea trecerii absolut automate a terapiei biologice existente până la acest moment sau a uneia noi, introduse direct pe terapia biologică, pe terapia cu biosimilare, nu ni se pare că este un lucru fezabil în totalitate, evident, și iarăși subliniez faptul că nu avem nimic împotriva terapiei cu biosimilare, dar sigur în niște limite. În acest context, introducerea și switch-ul care se va face, în condițiile punerii în practică a hotărârilor acestea, Hotărârile 856. Mi se pare absolut esențial ca să avem consimțământul celor trei factori care intervin în tratamentul bolilor reumatologice ale copiilor, recte pacientul, dacă este un pacient mai mare și care uneori se opune și terapiei per os, darmiter terapiei injectabile, a părintelui acestuia și să avem părerea profesionistului. Deci nu putem impune unui medic să treacă automat toate terapiile biologice existente la acest moment, mai ales dacă ele sunt la un pacient de mai lungă durată și care au și dat rezultate. În plus, solicităm forurilor competente precizarea situațiilor în care medicul poate menține medicația biologică existentă, aceasta pentru a nu fi supus presiunilor care se vor face ulterior nerespectării trecerii în totalitate pe terapia biologică, pe terapia cu biosimilare. Mă rog, nu vreau să lungesc pentru că s-au spus destul de multe lucruri înainte de antevorbitorii mei, dar aceste lucruri trebuiesc subliniate. Și cam atâta vă rețin eu ca timp. Urez și eu un an bun, cu idei bune, cu sănătate și numai lucruri bune să auzim! Mulțumesc!

Doamna Dr. Elisabeth BRUMĂ, Director Direcția Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi! O invitam pe doamna Carmen Maximilian!

Doamna Carmen Maximilian: Buna ziua, sunt Carmen Maximilian, mama unui băiețel care are paralizie cerebrală. De la naștere a avut 3 accidente vasculare cerebrale. Primul a fost la 8 zile de la naștere. După aceea a mai făcut încă două. Deci, vă dați seama că situația lui privind kinetoterapia este la ordinea zilei, în sensul că are 3 ședințe de kinetoterapie. Cele mai multe sunt făcute prin serviciile conexe în ambulatoriu și mai puține pentru că nu sunt locuri în centrele de reabilitare pentru copii și sunt pentru menținerea acestor servicii conexe de kinetoterapie în ambulatoriu, pentru că altfel nu ne am fi descurcat de niciun fel, este îngrozitor de greu. El este hemofilic și, în plus de asta are și epilepsie, deci vă dați seama în ce situație este. Și în prezent avem 3 zile pe săptămână cu kinetoterapie. Deci vă dați seama că eliminarea acestor servicii ar fi pentru noi un dezastru. Am înțeles că se dublează zilele, în loc de 21 vor fi 42, sau așa. Dar pentru el este permanent. El are vârsta de 16 ani și excluzând perioadele în care a avut internare la Terapie intensivă pentru aceste accidente vasculare cerebrale, noi am făcut cu el kinetoterapie toți acești 16 ani. Deci cred că nu mai este nimic de spus și eliminarea acestor servicii ar fi pentru noi un lucru foarte grav și rău. Deci, nu știu, ați spus de multe ori că este în interesul pacientului. Nu știu ce să mai să cred! Dacă interesul pacientului este să nu facă o activitate, o terapie care se impune. Atât am vrut să vă spun. Vă mulțumesc și să sperăm în zile mai bune. Sărbători fericite și numai bine!

Doamna Dr. Elisabeth BRUMĂ, Director Direcția Reglementări și Norme de Contractare: Doamne ajută! Sănătate! Vă mulțumim că ne-ați adus un inside și din problemele cu care vă confrunțați zi de zi. Și tocmai despre aceste cazuri vorbeam când spuneam că poate pentru anumite patologii, pentru anumiți pacienți este nevoie să se mențină aceste servicii de kinetoterapie în ambulatoriul clinic. Sunt și părți bune și părți rele ale

oricărei propuneri și vă asigurăm că toate sunt analizate în urma acestei dezbateri publice și vom lua o decizie în urma acestei dezbateri. Mulțumim! Invităm pe **doamna Viorica Preduna, Zentiva Company**.

Doamna Viorica Preduna, Zentiva Company: Bună ziua! Viorica Predună mă numesc, vă mulțumesc și eu pentru această oportunitate. Reprezint compania Zentiva, țin să menționez că are două fabrici de medicamente în România. O să revenim la subiectul biologice sau biosimilare. Noi respectăm toate opiniile care au fost prezentate înainte, însă considerăm că trebuie noi, ca și societate, să dăm o șansă și biosimilarelor. De foarte multe ori am auzit astăzi spunând că pacientul are dreptul de a primi medicamente eficiente și de înaltă calitate, ceea ce ne duce cu gândul la invalidarea biosimilarelor. Un lucru care nu este corect pentru aceste produse, pentru Agenția Europeană a Medicamentului și pentru companiile producătoare de generice și biosimilare. Și, în plus, în ce calitate putem spune noi că biosimilarele nu sunt eficiente dacă nu le dăm șansa de a ne arăta cât sunt de eficiente? S-a vorbit la fel despre consimțământul informat al pacientului. Depinde ce ne informează pacientul și în ce direcție, pentru că dacă va asculta o singură opinie de o singură parte, evident că va fi informat numai pe jumătate. Și pentru că s-a vorbit mai devreme despre valori și sume, da, putem să spunem că primele biosimilare au apărut în România, dacă nu mă înșel, undeva în 2009, 2010 și vorbim de Filgrastim și de Epoetine care au fost relativ repede adoptate de către medicii oncologi. Astăzi Filgrastimele mai sunt doar biosimilarele pe piață și nu am auzit ca ele să fie ineficiente sau ca medicii prescriptori să completeze fișe de reacții adverse către ANMDM sau de ineficiența acestora. Dacă ne referim la Epoetine, ele sunt toate pe piață, inclusiv medicamentul biologic, însă biologic se prescriu. Anul acesta s-au prescris 9.000 de rețete pentru 9.000 de pacienți, în timp ce Epoetine ieftine biosimilare s-au prescris pentru 33.000 de pacienți. Așa cum spuneau și colegii noștri, colegii mei mai devreme, iacăță, pe lângă faptul că sunt eficiente și de înaltă calitate prin economiile pe care le aduc, căci am uitat să precizez că epoetinele sunt ieftine, epoetinele generice, sunt de trei ori mai ieftine decât epoetina biologică tratează mai mulți pacienți decât ar putea să o facă medicamentele biologice. Deci cumva aceste economii pe care CNAS dorește să le aducă la buget prin încurajarea folosirii biosimilarelor, pot fi folosite pentru moleculele noi de care pacienții chiar au nevoie. Și tot cu cifre putem să vă spunem că sunt cinci molecule inovative care anul acesta, inovative și sigure pe piață, care anul acesta salvează viața a mii de pacienți, însă impactul bugetar este de aproape 1 miliard de roni. De la începutul anului și până atunci. Și atunci, cumva, în felul acesta susținem și noi inovația prin încurajarea prescrierii biosimilarelor și salutăm și susținem inițiativa C.N.A.S. Vă mulțumesc!

Doamna Dr. Elisabeth BRUMĂ, Director Direcția Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi și mulțumim și pentru aceste cifre. Practic, economia nu e o economie pentru CNAS, ci permite tratarea mai multor pacienți și permite intrarea în decontare a mai multor molecule. O invit pe doamna Teodorescu Aurelia, director Direcția Acreditare Laboratoare Medicale RENAR.

Doamna Teodorescu Aurelia, Director Direcția Acreditare Laboratoare Medicale – Asociația de Acreditare România – RENAR: Bună ziua și vă mulțumesc mult de tot! Am să fiu foarte scurtă, nu pot să îmi dau cu părerea pe punctele de pe ordinea de zi care fac obiectul dezbaterii dumneavoastră. Demersul pentru care am dorit să participăm la aceasta dezbateră este că RENAR, organismul național de acreditare cu recunoaștere europeană, la fel ca și celelalte organisme naționale din Europa, este preocupat tot timpul de reglementările date de autorități și nu numai, de CNAS și de Ministerul Sănătății, cu care ne dorim o colaborare bună, în folosul în beneficiul amândurora, dar în general și pentru celelalte categorii de autorități cum ar fi Ministerul Economiei, Agriculturii, Ministerul Dezvoltării, cu care RENAR are o colaborare foarte bună. De aceea eu vă mulțumesc! V-am urmărit dezbateră de la început, mi s-a părut extraordinar de interesantă. Nu pot să îmi dau cu părerea ca persoană fizică, cum a zis un celebru contemporan al nostru pentru că sunt în calitate de director de acreditare, atât pentru acreditarea laboratoarelor de analize medicale, cât și a laboratoarelor de încercări etalonări și o vastă paletă de activități, las minutele care mai sunt disponibile persoanelor care au competența să discute aceste puncte și vă mulțumesc mult de tot!

Doamna Dr. Elisabeth BRUMĂ, Director Direcția Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi! Mulțumim pentru precizarea privind competențele RENAR și invit pe doamna Magdalena Ciobanu, medic primar pneumolog, Institutul de Pneumoftiziologie "Marius Nasta".

Doamna Dr. Magdalena CIOBANU, Institutul de Pneumoftiziologie "Marius Nasta": Bună ziua și vă mulțumesc mult pentru această deschidere de a discuta două probleme foarte importante pentru practica medicală, respectiv pentru pacienți. Aș vrea să fac precizarea că astăzi reprezintă un grup de practică medicală formată din medici specialiști pneumologi, cardiologi, medici de medicină fizică și recuperare și kinezoterapeuți, grup care a tratat în ultimul an foarte mulți pacienți, câteva sute, pacienți cu sindromul post covid-long covid grație acestor servicii medicale conexe, practic noi am fost și suntem în continuare o echipă. Practic, fiecare dintre membrii acestei echipe își exercită competențele profesionale. Colaborăm între noi și ne sprijinim profesional, totul pentru ca pacientul să beneficieze cât mai repede de niște servicii medicale, conform ghidurilor atât ale cardiologilor, cât și ale medicilor pneumologi și celor de medicină fizică și medicină fizică și reabilitare. Aș vrea să aduc o perspectivă nouă față de cele menționate până acum, cu care, de altfel, sunt foarte de acord și pe care le susținem cu toții, și anume perspectiva responsabilității actului medical. Pacientul cu sindrom post covid este frecvent sau cel puțin cei care apelează la noi sunt pacienți cu simptome respiratorii, cu simptome cardiace, care sunt trimiși medicului de recuperare, care îi evaluează, îi consultă și care medic realizează acel plan de acel plan terapeutic. Pacientul are toată libertatea să se adreseze și medicului de recuperare pe care îl dorește și mai departe kinezoterapeutului, întrucât de la medicul pneumolog sau de la medicul cardiolog pacientul primește o scrisoare medicală cu recomandarea de kinezoterapie. Prin urmare, nu este niciun fel de restricționare a dreptului pacientului sau, și mai grav, nu se pune problema vreunei direcționări a pacientului către un anumit kinezoterapeut sau un anumit medic de medicină fizică și reabilitare. Așadar, în timpul kinezoterapiei, pacientul, eu mă refer strict la pacienții postcovid, deoarece pe aceștia îi cunosc și pe aceștia îi tratez și pe aceștia am nevoie astăzi să îi tratez prin serviciile conexe. Așadar, acest pacient poate avea și să știți că frecvent au avut simptome respiratorii în timpul exercițiilor de kinezoterapie. Evident că medicul de medicină fizică și recuperare știe foarte bine, are competențele cum să gestioneze aceste manifestări, însă interesul pacientului este ca să îl vadă medicul pneumolog, medicul cardiolog care i-a făcut recomandarea, medic care cunoaște boala și care are toate instrumentele terapeutice pentru a interveni rapid. De fapt, aici este cuvântul cheie rapid, experiența noastră a tuturor și de altfel accentuată și de antevorbitorii mei. Experiența noastră arată că există timpi de așteptare obiectivi, pentru că sunt foarte mulți pacienți care au nevoie de serviciile de recuperare, de reabilitare medicală. Prin urmare, aceste servicii conexe au fost și și- au dovedit utilitatea inclusiv în a scade timpii de acces ai pacientului la serviciile medicale. Nu în ultimul rând, este vorba și de un aspect legat de un aspect juridic. Dar pentru că este timpul foarte înaintat, cu permisiunea dumneavoastră, vă voi transmite în scris toate aceste obiecții. Și nu aș vrea să închei înainte de a sublinia care a fost de fapt gândul legiuitorului în anul 2000, atunci când a introdus serviciile conexe actului medical, și anume gândul a fost de a facilita colaborarea, de a facilita lucrul împreună al medicului specialist, al medicului de recuperare și al celorlalți profesioniști care vin și ne ajută pe noi, medicii, pentru ca pacienții să aibă un beneficiu mai rapid și mai mare pentru sănătatea lor. Deci nu vorbim, iar actualul contract cadru, de fapt asta și face, și anume obligă medicul pneumolog obligă medicul cardiolog să trimită pacienții către medicul de medicină fizică și reabilitare. De aceea cred cu tărie că aceste actuale prevederi ale contractului cadru referitoare la serviciile conexe evident că pot suferi modificări, pot suferi îmbunătățiri, pentru ca să nu mai existe acele fraude pe care aceasta le-a sesizat și salut această activitate de control dar nu cred că trebuie să îndepărtăm toate serviciile conexe doar pentru că poate unele persoane, din neștiință, nu au respectat într-un totu regulile. Vă mulțumesc mult și încă o dată felicitări pentru tot acest maraton pe care l-ați găzduit!

Doamna Dr. Elisabeth BRUMĂ, Director Direcția Reglementări și Norme de Contractare: Am reținut propunerea de menținere a serviciilor de kinezoterapie, dar cu anumite reglementări care să împiedice eventuale fraude despre care spuneți. Doamna Anca Babeș, director executiv al RPR, s-a retras. O invităm pe Doamna Arina Mihaela Gholmieh, director general al EGIS Rompharma SRL. Dacă nu este, o să trecem la doamna Diana Turturică Pricing and Market Access Manager, Novartis Romania.

Doamna Diana Turturică Pricing and Market Access Manager, Novartis Romania: Da, bună ziua! Eu am doar o scurtă precizare cu privire la articolul 156 indice 1. În mod deosebit, situația în care există mai multe inovative utilizate într-o anumită patologie, dar dintre acestea numai unele au biosimilar, iar altele nu. Iar în formularea actuală a articolului 156 indice 1, practic, în această situație este eliminată din start posibilitatea

prescrierii inovativului fără biosimilar. Și voiam să vă rugăm să aveți în atenție la momentul la care se refacează articolul în urma dezbaterii. Vă mulțumesc!

Doamna Dr. Elisabeth BRUMĂ, Director Direcția Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi! Îl invităm pe Domnul doctor Roșu Manuel Florin, managerul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase "Sfânta Parascheva" Iași. Dacă nu este, o invităm pe doamna Luminița Vîlcea, Director Executiv al Coaliției Organizațiilor Pacienților cu Afecțiuni Cronice din România – COPAC

Doamna Luminița Vîlcea, Director Executiv al Coaliției Organizațiilor Pacienților cu Afecțiuni Cronice din România – COPAC: Bună ziua! Mulțumesc și eu pentru ocazia de a ne spune punctul de vedere. O să fiu foarte scurt. A fost într-adevăr un maraton. Poziția noastră ca reprezentanți ai pacienților cu boli cronice și boli rare este evident ca ei să beneficieze de cea mai bună opțiune terapeutică, iar aceasta este stabilită de medic pe baza unor criterii și cu consimțământul pacientului. Credem că acesta este un drept esențial și așa trebuie să rămână. Aș vrea să vă aduc în discuție și acei pacienți care sunt deja pe un tratament biologic și merg bine. Avem colegi care înainte să intre pe pacient biologic nici nu se puteau ridica din pat și acum sunt foarte ok. Trebuie să ne gândim că, așa cum au spus și distinșii profesori înainte, aici există un risc de remisie în cazul unora dintre ei și nu știm să contorizăm care vor fi cheltuielile cu ei prin spitalizări, prin concedii medicale și știți mai bine, lista poate continua. Ne-am dori și noi, așa cum a spus și doamna Lăpădatu mai devreme, să vedem care este această diferență de preț. Dacă ați făcut un studiu, vă rugăm frumos, faceti-l public, pentru că e foarte important. De multe ori se vorbește despre diferențele de acces, dar nu știm practic, dacă vorbim de o economie de 10% sau mult mai mare, iar în privința kinetoterapiei ne-am dori ca acest serviciu să urmeze pacientul, să găsim împreună cele mai bune căi pentru ca el să poată beneficia de maximul pe care îl oferă bugetul alocat și nu să-l punem pe drumuri luni de zile. Ca să parafrazez pe cineva care ne spunea mai devreme, eu cred că e important să dăm o șansă pacientului și să-i oferim cea mai bună cale în condițiile date. Mulțumesc frumos!

Doamna Dr. Elisabeth BRUMĂ, Director Direcția Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim! O invităm pe doamna Esther Mary Darcy, președinte al World Fisiotherapy Europe Region, din partea Colegiului Fizioterapeuților din România. Vă rugăm!

Doamna Esther Marry Darcy, de la Confederația de Fizioterapie, regiunea Europa: Good morning! My name is Esther Marry Darcy, I'm the Chair of the Europe region of the World Physiotherapy. Thank you for the opportunity to present this morning, this afternoon for you, as it is. I'm sorry that I do not speak Romanian! Our professional organisation in Europe, that I Chair, as part of World Physiotherapy, represents 200.000 plus physiotherapists across Europe. I have serious concerns about the proposed legislation, primarily for the patients, and I would like to speak on the impact from a physiotherapy perspective, the patient, the public and physiotherapists. Looking from the outside this seems like a strange legislation, appears to me as a retrograde step, for patient, and patient care, and generally in your patient with self prepare to physiotherapy, so this issue does not arise elsewhere, it is not like any other legislation in Europe and as I said I'm deeply concern. Patients presenting with a physical condition symptom will be delayed to get treatment. We know that the patient / doctor ratio are among the lowest in Europe in Romania. And this will only increase the patient waiting list. Patients with symptoms and conditions untreated while waiting physiotherapy may become chronic unnecessary, this will then take longer to treat and cost more distress to the patient, with the possibility of not reaching the full recovery that they will have if treated sooner. It is also win more expensive for the health services and I'm sure the Health Ministry in Romania, like every other health ministry, is not any different, and is trying to reduce healthcare costs, not increase them. My concerns also that this will ultimately lower the standard of care for the patient and the public in Romania, you certainly do not want that, and certainly the people of Romania deserve better than this anti-patient legislation. Also looking from outside the country but within Europe this look and could be perceived as anti-competitive and as well will be reducing patient choice. It may also impact, and it likelihood will, the physiotherapist how are working with orthopedic surgery, rheumatologist, and other specialist. I do support the idea that was mooted this morning, about the establishment of a cross representational group to explore all angles of the impact, both short and long term, and to work to find a solution before this

legislation is introduced. I can and will make myself available to be part of that group if required. And finally I just think that physiotherapist must be the providers of physiotherapy services.

Mulumesc!

Traducere: Bună dimineața! Numele meu este Esther Marry Darcy, sunt președintele regiunii Europa a World Physiotherapy. Vă mulțumim pentru oportunitatea de a vă prezenta în această dimineață, în această după-amiază de fapt pentru voi. Îmi pare rau ca nu vorbesc romana! Organizația noastră profesională din Europa, a cărei președinte sunt, ca parte a World Physiotherapy, reprezintă peste 200.000 de kinetoterapeuți din Europa. Am serioase îngrijorări cu privire la legislația propusă, în primul rând pentru pacienți, și aș vrea să vorbesc despre impactul din perspectiva kinetoterapiei, pacientului, publicului și kinetoterapeuților. Privind din exterior, aceasta pare o legislație ciudată, mi se pare un pas retrograd, pentru pacient și îngrijirea pacientului și, în general, pentru pacientul dumneavoastră cu auto-pregătire pentru fizioterapie, așa că această problemă nu se pune în altă parte, nu este ca oricare altă legislație din Europa și, așa cum am spus, sunt profund îngrijorată. Pacienții care prezintă simptome și afecțiuni netratate vor fi amânați de la primirea tratamentului. Știm că acoperirea cu medici este printre cele mai mici din Europa din România. Și asta nu va face decât să mărească lista de așteptare a pacienților. Pacienții cu simptome și afecțiuni netratate în așteptarea kinetoterapiei pot deveni cronici în mod inutil, acest lucru va conduce la necesitatea de a-l trata mai mult timp și va costa mai mult suferința pacientului, cu posibilitatea de a nu ajunge la recuperarea completă pe care o vor avea pacienții dacă sunt tratați mai devreme. De asemenea, este mai costisitor pentru serviciile de sănătate și sunt sigură că Ministerul Sănătății din România, ca orice alt minister al sănătății, nu este diferit și încearcă să reducă costurile cu sănătatea, nu să le mărească. Preocuparea mele este, de asemenea, că acest lucru va scădea în cele din urmă standardul de îngrijire pentru pacient și populație în România, cu siguranță nu doriți asta și cu siguranță oamenii din România merită mai mult decât această legislație anti-pacient. Privind și din afara țării, dar în interiorul Europei, acest aspect ar putea fi perceput ca fiind anticoncurențial și, de asemenea, va reduce alegerea pacienților. De asemenea, poate avea un impact, și probabil va avea, pe fizioterapeutul care lucrează cu chirurgul ortoped, reumatologul și alți specialiști. Sustin ideea care a fost discutată în această dimineață, despre înființarea unui grup de reprezentare transversală care să exploreze toate unghiurile de impact, atât pe termen scurt, cât și pe termen lung, și să lucreze pentru a găsi o soluție înainte de introducerea acestei legislații. Pot și mă voi face disponibilă să fac parte din acel grup dacă este necesar. Și în sfârșit, cred că fizioterapeutul trebuie să fie furnizorul de servicii de fizioterapie.

Doamna Dr. Elisabeth BRUMĂ, Director Direcția Reglementări și Norme de Contractare: Thank you very much! O să dau cuvântul doamnei Nicoleta-Daniela Stanca din partea Colegiului Fizioterapeuților din Romania.

Doamna Nicoleta-Daniela Stanca din partea Colegiului Fizioterapeuților din Romania: Bună ziua și mă bucur să mă alătur acestei dezbateri publice. Le mulțumesc tuturor antevorbitorilor, chiar dacă au fost pentru susținerea serviciilor, chiar dacă nu au fost pentru susținerea serviciilor. Cred că faptul că ați menționat de mai multe ori că ați luat act de faptul că ne dorim să păstrăm aceste servicii în cel mai bun interes al pacientului, este suficient să ne dăm seama că ați înțeles că dacă se vor elimina aceste servicii, accesul rapid sau pacientul va pierde accesul rapid la servicii de kinetoterapie. Deci, dacă lista de pacienți va fi și mai aglomerată pentru bazele de tratament și aș vrea, de pe listele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, să ne gândim că în acest moment, de exemplu, în județul Argeș sunt doar 4 baze de tratament ReCa. În județul Bacău sunt doar 10 baze de tratament ReCa la o populație de 562.687 de indivizi, de exemplu, cu siguranță că ne-am dat seama că pacienții sunt sub riscul de a li se agrava anumite afecțiuni care pot beneficia de kinetoterapie, de exercițiu fizic terapeutic, care este ieftin și neinvaziv, care s-a demonstrat și se demonstrează în continuare, prin studii nenumărate studii, că reduce costurile statului și bugetului dacă sunt făcute la timp, pentru că altfel, agravându-se afecțiunile, statul nu va face altceva decât să cheltuiască mult mai mulți bani pentru spitalizare, pentru supra medicație, pentru intervenții chirurgicale. Sunt într-un totu de acord cu toate motivele prezentate de colegii mei și de doamna doctor vicepreședinte Bantaș și de domnul doctor Buznatu, dar mai vreau să mai menționez un aspect, dacă atunci când s-ar elabora un proiect s-ar consulta și s-ar negocia, așa cum este menționat în Legea 229. Deci vă rog să luați act de faptul că în Legea 229 există un articol în care se menționează expres că activitățile de fizioterapie sunt negociate între Colegiul Fizioterapeuților din România, între Ministerul Sănătății și între Casa Națională de

Asigurări de Sănătate. Deci, această lege 229 este ierarhic superioară unui ordin de ministru în care sunt menționate procedurile de reabilitare și pentru armonizarea legislației. Consider că este nevoie de colaborarea tuturor specialiștilor. Deci nu este vorba despre competențe aici, aici nu este vorba despre cine știe mai multe, aici este vorba despre pacient și despre adunarea eforturilor tuturor specialiștilor pentru a ajunge la cele mai bune decizii în interesul pacientului. Deci, sunt într-un tot de acord să se formeze și acest grup de lucru, dacă este necesar, dar vă solicit pe această cale, de acum înainte, să fim incluși în lista specialiștilor. Și noi suntem specialiști, nu doar medicii sunt specialiști și noi avem pregătirea pe baza căreia putem să stăm la discuții atunci când este vorba despre pacienți. Deci aveți obligația și toți avem obligația, în interesul pacientului, să colaborăm și să ajungem la rezultatele cele mai eficiente. Deci, vă rog foarte frumos, ca să nu mai luăm, adică să luăm în considerare inclusiv prevederile din Clasificatorul ocupațiilor din România, care menționează ce anume desfășoară fizioterapeutul și este în concordanță cu reglementările europene. Și dacă ne dorim să fim țară europeană, într-adevăr trebuie să ne adaptăm legislației din România, trebuie să ne adaptăm nevoilor și posibilităților pe care România le are, dar nu nerespectând niște directive europene. Văd că m-am încadrat în cele 5 minute. Vă mulțumesc foarte frumos!

Intervenție Speaker: *Dacă îmi permiteți, este necesară o observație pentru că Doamna Dana Stanca, care varsă venin de o vreme pe toate canalele media împotriva medicilor de medicină fizică și de reabilitare. Din nou denaturează adevărul, așa cum a făcut-o și la B1 TV, unde a spus că sunt numai 4 medici în județul Gorj. Așa spune și acum. Are numai doi medici, așa spune și acum de județul Argeș, că ar fi patru medici. Sunt doisprezece furnizori de servicii medicale, de medicină fizică și de reabilitare numai în contract cu casa. Vă rog, nu mai induceți în eroare pe toată lumea. Nu se desființează, nu se scoate gratuitatea kinetoterapiei pentru pacienți, așa cum ați afirmat. În acele petiții pe care le-ați lansat către bolnavi, care nu înțeleg ce vreți să spuneți și, mai ales, mi se pare foarte interesant tonul dumneavoastră către casa de sănătate, reprezentanții ministerului, reprezentanții tuturor specialităților prin care le spuneți că au obligația; așa cum v-am spus și anul trecut, sunteți profesiune conexasă a actului medical. Vă ascultăm părerile, dar dacă ele sunt suficient de politicoase și respectuoase! Și noi am vrea să colaborăm, așa cum ați văzut că s-a vorbit aici. Cu respect, nu avem obligația „să facem” și „să dregem”, pentru că așa nu ajungem nicăieri. Mulțumesc!*

Doamna Nicoleta-Daniela Stanca din partea Colegiului Fizioterapeuților din Romania: Vă rog să îmi permiteți două secunde să răspund pentru că a făcut apel la numele meu. Am anunțat că sunt 12 baze de recuperare în județul Argeș și sunt de pe site-ul CNAS.

Doamna Dr. Elisabeth BRUMĂ, Director Direcția Reglementări și Norme de Contractare: Ați spus patru.

Doamna Nicoleta-Daniela Stanca din partea Colegiului Fizioterapeuților din Romania: Atât am spus. Nu. Scuzati, au fost 12. Da, Sunt 4 în Brăila, în Argeș sunt 12, în Bacău sunt 10. Și lista poate continua.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim frumos! O să vă răspundem și la faptul că ați afirmat când ați venit la Casa Națională de Asigurări de Sănătate că în Gorj nu ar fi medici de medicină fizică și de reabilitare. Să știți că sunt 23 de medici de medicină fizică și de reabilitare în contract cu CAS Gorj și lista poate continua. Și nouă ni s-a înaintat petiția dumneavoastră pe care ați adresat-o Administrației Prezidențiale, Comisiei de Sănătate a Camerei Deputaților și, într-adevăr, dacă domnii, doamnele la care a ajuns petiția dumneavoastră, pacienții, nu știu despre ce e vorba și care sunt reglementările aplicabile în România, poate ar fi induși în eroare de cele afirmate în petiție, dar Comisia de Sănătate și Administrația Prezidențială ne-a cerut punctul de vedere și o să ne exprimăm vis-a-vis de fiecare punct invocat de dumneavoastră, inclusiv partea de consultări și negocieri care sunt reglementate de articolul 229, alineatul (2) și (4) din Legea nr. 95/2006. Referitor la acestea, vă informăm că încă nu s-au desfășurat. Ceea ce dezbatem este un prim draft publicat pe site-ul CNAS și noi am organizat acum o dezbatere publică pentru a lămurii anumite aspecte pro și contra, pentru a vă pune față în față profesioniștii din toate domeniile implicate în cele două subiecte supuse dezbaterii publice, să aflăm părerea dumneavoastră, dar cu menținerea unui ton de respect din partea tuturor și vă asigurăm că luăm în considerare absolut tot ce este necesar în beneficiul pacientului și în limita fondurilor alocate pe cele două domenii de asistență medicală. Și acum îl invităm pe **domnul Tiberiu Lucian Galoș de la Colegiul Fizioterapeuților din România**. Vă rugăm.

Domnul Tiberiu Lucian Galosi Colegiul Fizioterapeutilor din Romania: Bună ziua! De formare sunt fizioterapeut și fac recuperarea mâinii printre primii din țară. Recuperarea mâinii am început-o la Timișoara, împreună cu specialiștii de chirurgie plastică de la Casa Austria. Prin eliminarea kinetoterapiei din activitățile conexe automat, pacienții care beneficiază acum de recuperare prin recomandarea medicului de specialitate chirurgie plastică, mă gândesc că vor trebui să fie văzuți și de un medic de recuperare, ceea ce pe mine nu mă deranjează neapărat. Întrebarea e dacă ați făcut un mic calcul vizavi de lista orașelor din România, care are 320 de orașe și 103 municipii. Și dacă ați făcut o mică împărțeață, să vedeți dacă medicii de recuperare pot face față la volumul acesta de muncă și dacă nu e o formă de monopol, în condițiile în care nu cred că pentru chirurgie plastică sau pentru marii arși un medic de recuperare se regăsește neapărat. Eu având experiență de 20 de ani, n-am văzut nici un medic de recuperare. Nu am nimic împotriva lor, sub nicio formă, și asta voiam neapărat să vă spun, că văd foarte multă obidă, văd foarte multă ură, văd foarte multe, în condițiile în care noi diseară și mâine dimineață ne vedem la spital, ne vedem la cabinete. Nu știu de ce e ura asta și nu știu de ce credeți că noi suntem de vină cu ceva, noi, fizioterapeuții. Noi n-am venit decât pur și simplu să vă spunem că nu credem că e o idee bună ca să ne scoateți din activități conexe, dacă considerați că e oportun pentru pacient noi n-avem decât să ne supunem și tonul pe care îl folosiți. Nu cred că e un ton care se va regăsi mâine dimineață, când vom vedea împreună aceași pacienți. Fiindcă exact așa cum noi nu putem să lucrăm fără dumneavoastră, am o suspiciune că nici dumneavoastră nu puteți fără noi. Si atunci propunerea cu cu grupul de lucru nu e ca să ucidem nimic în fașă, ci pur și simplu ca să ajungem la un consens în beneficiul pacientului, fiindcă dacă nu veți da acces pacientului în ambulator, pacientul va merge în privat, iar cei care au privat și nu au neapărat contract cu casa de asigurari de sanatate nu vor câștiga mai mult decât până acum. Perspectiva din care s-a vorbit astăzi... s-a vorbit doar din perspectiva orașelor mari. Medicii de recuperare care au mulți pacienți, au multe cabinete de fizioterapie, dar cred că trebuie să vă gândiți și la orașele care sunt mici, unde nu se regăsesc foarte mulți medici. Nu vreau să dau exemple, ca să nu existe din greșeală, vreun medic de recuperare pe acolo și suntem toți conștienți de faptul că există orașe mici, exceptând faptul că există chiar și comune care au cabinete în care nu există medici de recuperare și din punctul meu de vedere, asta înseamnă o limitare și o constrângere a pacientului la accesul de recuperare. Vă mulțumesc foarte mult. Vă doresc sărbători frumoase și haideți să ne liniștim totuși și să găsim un consens. Mulțumesc foarte mult!

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Multumim și noi! Cu siguranță în urma dezbaterii publice, la nivelul CNAS, ne vom întâlni și vom lua o decizie cu privire la serviciile de kinetoterapie din asistența medicală pentru specialități clinice, astfel încât, dacă ele se mențin, să fie clar reglementate și ca durată și ca punctaj, să nu fie absolut nicio problemă de inechitate sau o discriminare. Noi nu putem renunța la planul întocmit de medicii de medicină fizică și de reabilitare, pentru că în primul rând contează siguranța pacientului. **Invităm pe domnul Ilie Onuț din partea Colegiului Fizioterapeuților din România.** Vă rugăm.

Domnul Tiberiu Lucian Galosi Colegiul Fizioterapeutilor din Romania: Bună ziua! Reprezint dublă afiliere nu numai din partea colegiului, ci și din partea U.M.F. Iași. Exact ceea ce a spus doamna conferențiar Rotariu vin să întăresc pe această cale. Este un pic frustrant faptul că o parte din antevorbitorii mei sunt cadre didactice universitare tot la fel la medicină și, oarecum aplatizează competențele fizioterapeutului. Ne dorim un grup de lucru în care să discutăm cu medicii de reabilitare pentru a găsi o cale comună pentru a face corp comun și a veni în beneficiul pacientului, dar și a costurilor și a impactului în această zonă. Eu sunt pentru a rămâne cu actul conex medical, cum a fost și până acum, cred că este o îngrădire și o limitare pentru pacienți, dar aceste lucruri ar putea fi discutate într-un cadru cu specialiști, pentru că și noi ne ocupăm de pacienți alături de medicii de reabilitare suntem parte a echipei, precum și asistenții medicali și am putea să găsim o soluție optimă pentru ca medicii de reabilitare să se exercite fără nici un fel de restricție, dar și fizioterapeut în aceeași măsură, în condițiile în care fizioterapeutul oricum, conform legii 229/2016 lucrează cu un medic și aici, nu cum am fost pe grup. Fizioterapeutul nu se sustrage de la a lucra cu un medic. A nu se înțelege greșit. Dar nici nu suntem asistenți medicali, pentru că sunt competențe diferite și meserii diferite. Să sperăm că vom găsi o cale comună, chiar dacă nu va fi în momentul acesta implementată de Casa Națională de Asigurări de Sanatate. Dar eu cred că discuția ar putea fi extinsă pentru a găsi o cale comună în interesul pacientului și în interesul exercitării celor două profesii. Mulțumesc foarte frumos și sărbători cu bine!

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim! Înțeleg că s-a conectat domnul doctor Roșu Emanuel Florin, manager al Spitalului Clinic de Boli Infecțioase pentru Parascheva Iași.

Domnul doctor Roșu Emanuel Florin, manager al Spitalului Clinic de Boli Infecțioase pentru Parascheva Iași: Multumesc foarte mult. Îmi cer scuze pentru întârziere și că am intervenit mult mai târziu. Problemele despre care vreau să discut nu țin neapărat de topicul discuției noastre, dar țin de sistemul medical în general. Si vorbesc în momentul de față, evident, despre Spitalul Clinic de Boli Infecțioase din Iași. Așa cum bine știți, nu sunt cuvinte mari în ceea ce reprezintă medicina în zona Moldovei și nu numai. Am acceptat și am admis pacientul, îngrijindu-ne în toate zonele Moldovei pe fondul pandemiei. Din nefericire, în momentul de față ne găsim din punct de vedere financiar într-o situație financiară nu precară, ci foarte precară. Mergem în continuare pe excedent, serviciile medicale nu au avut de suferit. Spitalul funcționează în parametri normali, dar vin cu propuneri, pentru că asta este pretenția mea. Specialitatea mea este anestezie terapie intensivă, și am urmat și cursurile rezidențiatului în medicina de familie și boli infecțioase, dar asta nu are nicio legătură. Am văzut că se poartă în discuția asta, să spunem fiecare ce facem. Sunt cadru universitar la fel, nu are nicio legătură, dar pentru a ieși din impas, iar în momentul de față atrag atenția întregii comisii care este formată în cadrul Casei Naționale de Asigurari de Sanatate, vizavi de situația financiară a Spitalului Clinic de Boli Infecțioase din Iași dacă nu vom implementa anumite direcții financiare, spitalul va intra într-un anumit moment în incapacitate de plată. În momentul de față reușim să-l ținem doar și accentuez. Vă rog, ca fiecare dintre dumneavoastră să mă sprijiniți în acest demers. Spitalul este susținut doar din excedent pentru a funcționa. Spitalul Clinic de Boli Infecțioase din Iași Sfânta Parascheva are nevoie de trei milioane de lei pentru a funcționa într-un mod normal sau într-un mod fără pretenții deosebite, într-un mod decent. În momentul de față datorită noii legi de trecere de la perioada pandemică în perioada post pandemic, noi am fost multumiti, dar normele de aplicare au fost dezastruoase, am avut și avem în continuare sprijinul Casei Județene de Asigurări de Sănătate sunt sigur că și din partea Casei Naționale de Asigurari de Sanatate, dar vă aduc în vedere două aspecte foarte importante și anume: primul și cel mai important este vorba despre Centrul Antirabic. Spitalul Clinic de Boli Infecțioase din Iași este centrul regional în ceea ce reprezintă patologia antirabică din tot județul, iar din punct de vedere financiar anvelopa asupra bugetului nostru este peste 25 %. Am primit într-adevăr o propunere, am venit și noi cu o propunere, dar ca să putem să acoperim într-adevăr necesarul pacienților care sunt expuși acestor patologii. este nevoie ca o foaie de observație în îngrijirea unui pacient să ajungă la 297 lei, la 300 de lei. În momentul de față primesc 171 de lei. Mergem într-un deficit cu major. Mai mult decât atât, în ceea ce reprezintă pacienții pe care-i îngrijim așa cum bine știți, am urmat toate ordinele primite în timpul pandemiei. Nu vom face rabat niciodată, în ceea ce reprezintă ordinele de ministru. Ordinele comandantului acțiunii, indiferent care ar fi acțiuni, noi vom face în așa fel încât populația să fie multumita.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Domnule manager, cu respect, s-au terminat cele 5 minute și tema discuției este diferită! Am înțeles mesajul, îl avem în vedere pentru următoarele acte normative. Va multumesc foarte mult.

Domnul doctor Roșu Emanuel Florin, manager al Spitalului Clinic de Boli Infecțioase pentru Parascheva Iași: Din punctul meu de vedere este o situație foarte importantă. Aș vrea încă o dată să subliniez importanța ei și să mai trag un semnal de alarmă în ceea ce reprezintă spitalele de boli infecțioase, dacă nu din țară, cel puțin de Spitalul de Boli Infecțioase din Iași, pentru că dacă nu vom fi susținuți din excedent nu vom putea supraviețui. În momentul de față, anvelopa financiară, anvelopa salarială depășește foarte mult necesarul nostru, venim cu excedent, astfel încât trebuie să acoperim medicamente de înaltă clasă pentru că suntem spital clinic avem pe lângă pacienți din toată zona Moldovei, cele mai grave cazuri, dar avem și rezidenți și studenți în îngrijire, dar spitalului trebuie să i se acorde în momentul de față o mână de ajutor. Am propus două soluții. Stiu că nu este topicul discuției, dar tot aș vrea să le spun. Foarte scurt. Una este ovalul național în ceea ce reprezintă programul antirabic. 2. Modificarea tarifului, care nu a mai fost modificat din 2004, pentru cazurile rezolvate. ICM-ul a crescut foarte mult. Durata medie de spitalizare, noi urmând toate directivele Ministerului Sanatatii care au fost corecte, am ajuns de la o durată medie de spitalizare de 6 zile la 9,2 zile, asta înseamnă că semnăm un contract cu Casa de Asigurări de Sanatate total dezavantajos, iar în momentul de față ținem în continuare spitalul, îngrijim pacienți facem tot posibilul, dar rugăm insistent, facem toate demersurile Spitalul Clinic de Boli Infecțioase din

Iași nu va mai putea să reziste foarte mult în anul 2023, dacă nu vor apărea anumite ordine de ministru, anumite ordonanțe de urgență, astfel încât să putem să le rezolvăm. Este o situație, nu disperată, este o situație de restriște în ceea ce reprezintă sistemul medical românesc. Spitalele de boli infecțioase din Iași, din România, din lume, sunt spitale strategice. În consecință, rugămintea mea este și cu asta am încheiat, rugămintea mea este să fie tratate ca atare, să fim susținuți. Suntem tot timpul deschiși la discuție, dar încă o dată spun, avem nevoie de sprijinul dumneavoastră. Mulțumesc foarte mult.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi, domnule manager. Toate reglementările Casei Naționale și ale Ministerului Sănătății, ale Guvernului se aplica un mod unitar tuturor unităților cu care CAS sunt în relație contractuală. Nu putem face discriminări cu privire la spitalul al cărui manager sunteți. Vă rog frumos, ați avut respectul din partea tuturor participanților și a noastră. Având în vedere că, potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 44/2022, decontarea la nivelul cheltuielilor efectiv realizate la spitale se face doar până la 31 decembrie 2022, Casa Națională de Asigurari de Sanatate a avut în vedere și reglementări de susținere a spitalelor începând cu 1 ianuarie 2023 și le și vedeți în transparență decizională pe site-ul CNAS, iar în ceea ce privește spitalele de acuți, vom avea consultări și negocieri și vom lua o decizie în limita bugetului aprobat pentru acest segment de asistență. Multumim frumos! Invităm pe Domnul Bogdan Andrei Vereș Colegiul Fizioterapeutilor din Romania!

Domnul Bogdan Andrei Vereș Colegiul Fizioterapeutilor din Romania: Bună ziua! Sper că mă auziți suficient de bine. Bogdan Vereș, doctorand și cadru didactic al UBB și președinte al Colegiului Fizioterapeutilor Lajos Bistrita-Nasaud. Primul lucru pe care vreau să-l aduc în discuție, pentru că decursul discuțiilor nu a fost neapărat OK în anumite momente, aici nu este vorba de a lua locul cuiva sau de a discuta competențele cuiva este vorba de pacient care trebuie să fie pe primul plan. Știm cu toții că există un număr foarte mare de cabinete de recuperare pe zona județelor Sălaj, Cluj, Bistrița-Năsăud. Am făcut un mic studiu și am ajuns la 100 de unități care oferă servicii de recuperare, deci cererea este mai mult decât uriașă și nu știu cum arată lumea pacienților din cabinetul unui medic. Nu vreau să fiu lipsit de respect, dar știu ce înseamnă realitatea lor în procesul de recuperare. Stam cu ei câte o oră pe zi, două, trei, pe o perioadă lungă de timp. Am cerut din partea unui centru de recuperare din Zalău, cel mai mare centru de recuperare din Zalău, o statistică privind listele lor de așteptare, cu acceptul managerului putem să folosim și numele Centrul de Recuperare, Tratament și Ingrijire Acasă Zalău au o listă de așteptare, persoane de internat, 4.600 de pacienți și 2.000 pe ambulator. Statistica dumneavoastră este făcută vinerea asta, în 16.12.2022 din aprilie anul 2022 au încheiat un contract cu Casa de Asigurari de Sanatate pentru servicii conexe și lista de așteptare au ajuns la un număr de 180 de pacienți pe servicii conexe. Acei 180 de pacienți, bineînțeles limitat în funcție de contractul pe care l-au semnat sunt pacienți care nu ar trebui să plătească în privat sunt pacienți care cotizează 25% în fiecare lună pentru servicii de sănătate și nu au avut nevoie de spitalizare continuă asta înseamnă bani cheltuiți din bugetul Casei de Asigurari de Sanatate astfel, pentru concediu medical, costurile de internare, care cu siguranță sunt mult mai mari decât serviciile pe conexe. În ceea ce privește impactul bugetar, eu cel puțin consider că dacă se scad serviciile conexe, impactul va fi mult mai mare în pe termen lung, adică nu se vor salva bani, ba se vor cheltui mai mult pentru că perioada de așteptare va crește. Timpul de așteptare a fiecărui pacient va crește și o să ma rezum, ca să spun așa, că nu este vorba de a înlocui competențele cuiva este vorba de a fi de partea pacienților și cred că cel mai util lucru ar fi să se creeze un grup de lucru multidisciplinar care să afle care sunt implicațiile socio-economice a deciziilor discutate astăzi și bineînțeles că în sprijinul pacienților susținem păstrarea kineto terapiei în serviciile conexe. Atât. Mulțumesc!

Doamna Liliana MIHAI Director General Adjunct directia Juridic si Contencios Administrativ: Buna ziua! Poate ați făcut o afirmatie pe care vroiați să o faceți într-un alt mod: 25% nu plătește nimeni din România contribuție de asigurări de sănătate. Contribuția de asigurări de sănătate este 10%, o plătesc persoanele care realizează venituri. Articolul 153 din Codul Fiscal, cât și articolul 224 din Legea 95/2006 prevăd o serie de categorii scutite de la plata contribuției, care, desigur, au dreptul la pachetul de servicii de bază. Prin urmare, pachetul de servicii de bază este asigurat tuturor persoanelor asigurate cu sau fără plata contribuției, contribuție care nu este 25% și nu a fost niciodată 25%. Cea mai mare contribuție la asigurări de sănătate a fost 14%.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: O invităm pe doamna Timofte Loredana Anca, manager SC Balneomedcenter Râmnicu Vâlcea.

Doamna Timofte Loredana Anca, manager SC Balneomedcenter Râmnicu Vâlcea: Bună ziua, nu este doar un spital dinn Râmnicu Vâlcea, este un spital privat care are și un ambulatoriu de specialitate, ambulator integrat cu specialități clinice și bazele de tratament. Toate sunt autorizate și evaluate de casa de asigurări de sanătate. Noi facem servicii conexe încă din 2015 și aș vrea să vă asigur că acolo unde lucrurile sunt organizate cum trebuie și unde echipele sunt obișnuite să lucreze, medicii sunt obișnuiți să lucreze în echipă cu medicul de recuperare. Pentru clinician și kinetoterapeut lucrurile chiar funcționează. Noi facem serviciile conexe exact cum sunt precizate în norme adică medicul specialist recomandă serviciul, medicul de specialitate recuperare medicală întocmește planul de tratament și terapeutul aplică planul. Pentru noi lucrurile sunt foarte clare, nimeni nu înlocuiește pe nimeni și singurul beneficiar este pacientul. Din cauza aceasta, considerăm că este inoportun ca aceste servicii să fie eliminate din norme, o dată, pentru că, așa cum au spus și colegii noștri, există diagnostice pentru care numărul de zile de recuperare nu sunt suficiente. Pe de-o parte, pacientul nu are suficiente zile de recuperare și, în plus de asta, dacă stă și așteaptă, pentru programarea de la recuperare, nu primește tratamentul atunci când este nevoie. Pot să vă spun că noi în momentul acesta, în baza de tratament, în contract cu casa de asigurări de sanătate, facem programările pentru luna martie. Sunt cazuri în care pacientul post intervențional, ortopedie, are nevoie să se recupereze acum. Degeaba vine și își face serviciile în luna martie pacientul neurologic post-AVC. Suntem perfect de acord cu intervenția doamnei Irina Bantaș, care a punctat foarte bine toate, toate situațiile. Pe de alta parte vorbeați de o majorare. Am văzut și noi intenția de majorare a tarifelor în recuperare, dar dacă bugetele nu vor fi alocate și ele corespunzător cu majorarea, sunt convinsă că sunteți conștienți că se va reduce mai mult numărul pacienților care se vor putea adresa în baza de tratament. Mai este o situație pe care noi ne batem. Așa cum se știe, planul de tratament este întocmit în clinici de către medicul de recuperare și pacientul se poate adresa oricărei baze de tratament din România. Ideea este că în acest moment nu există reglementată dotarea minimă a bazelor de tratament și sunt situații în care pacientul pleacă cu acea recomandare și nu ajunge într-o baza de tratament și implicit sunt costuri. Pentru o procedură normală, un echipament cu care să facă procedura respectivă, cred că ar fi oportun să se introducă și un barem minim de echipamente, exact ca și la laborator. Deci, concluzia noastră este că nu considerăm oportună eliminarea serviciilor conexe din specialitățile clinice, însă cred că este foarte importantă reglementarea corectă a modalității de acordare a acestora. Cred că aici este de fapt o problemă.

Speaker: Cere "bonul"!

Doamna Timofte Loredana Anca, manager SC Balneomedcenter Râmnicu Vâlcea: „Bonul” se acordă pacienților acuti în faza acută, iar de obicei la baza de tratament se adresează pacienții cu boli cronice. Și atunci am o alta practică: serviciile conexe prioritizează puțin accesul pacientului acut la serviciile de recuperare. Mulțumim!

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi! O invitam pe doamna doctor Corina Predescu, specialist în reabilitare medicală, administrator SC Walker SRL.

Niciun răspuns.

Îl invitam pe **domnul doctor Dorin Roșca, medic primar Ortopedie-Traumatologie, medic specialist Ortopedie Pediatrică.** Vă rugăm, domnule doctor!

Domnul doctor Dorin Rosca medic primar Ortopedie-Traumatologie, medic specialist Ortopedie Pediatrică S.C. Wellcare SRL: Bună ziua! Vă mulțumesc pentru oportunitatea de a spune și eu părerea. Consider că eliminarea serviciilor conexe este o măsură restrictivă atât pentru pacienți, dar și pentru medicii din specialitățile noastre, adică ortopedie, ortopedie pediatrică, neurologie, neurologie pediatrică, pneumologie, cardiologie, reumatologie. Pentru că acum sunt două modalități prin care un pacient face kinetoterapie: prin bazele de recuperare sau prin servicii conexe, în momentul în care se vor scoate serviciile conexe, toată presiunea se va pune pe bazele de recuperare, care oricum sunt supraaglomerate și au plafoane insuficiente. În plus, cum să reduci accesibilitatea pentru pacient, când un pacient vine în cabinetul meu și are nevoie de kinetoterapie? Acum îi dau să facă kinetoterapie conexă în aceeași clinică, lucru care este foarte comod pentru el, altfel va

trebui să îi dau un bilet de trimitere către reabilitare medicală și se va duce în altă clinică, ceea ce va fi peste mână, bineînțeles. Și poate acolo nu va găsi loc, pentru că sunt puține baze de recuperare, chiar dacă s-a spus că în unele județe sunt 10, în altele 22, sunt totuși puține bazele care au contract cu casa de asigurari de sanatate și, foarte important, unii medici de acolo nu consultă copii. Săptămâna trecută am vorbit cu trei medici de recuperare și doi dintre ei nu vor să consulte copii și unul dintre ei doar peste vârsta de 12 ani. În plus, unele dintre aceste baze de recuperare care au contract cu casa de asigurari de sanatate nu au kinetoterapie. Ele au contract doar pe fizioterapie, deci în realitate sunt foarte puține și au plafon insuficient care se termină în primele zile ale lunii. Ați auzit la antevorbitorii mei, ce liste lungi de așteptare sunt. Deci eu înțeleg nevoia de economie, dar nici nu putem micșora artificial numărul de pacienți. Ei există, nu vor dispărea și se vor muta pe bazele de recuperare și vor crea o presiune socială enormă. Eu apreciez foarte mult medicii de reabilitare și colaborăm și suntem prieteni și facem treabă bună împreună. Noi acum, împreună tratăm pacienții, adică o parte sunt tratați de cei de reabilitare, o parte cei din celelalte specialități nu înțeleg de ce se vrea să ni se ia din nou posibilitatea să trimitem pacientul direct la kinetoterapie, adică noi nu suntem competenți? Practic se spune că un ortoped plus un kinetoterapeut împreună nu pot ajuta medicul pacientul de ortopedie, ceea ce e inacceptabil și limitează dreptul de liberă practică al amândorura, pentru că asta înseamnă serviciul conex, înseamnă că kinetoterapeutul, împreună cu medicul de specialitate pot trata împreună aceste afecțiuni, pentru că cele două specialități sunt legate, nu asta înseamnă conexe. Un exemplu rapid: dacă un pacient de 3 ani merge pe vârfuri și vine la mine pentru kinetoterapie, de ce trebuie să-l trimit într-o altă bază de tratament străină pe care eu nu o cunosc, ca să ia părerea medicului de reabilitare și apoi să țin eu legătura prin medicul de reabilitare. Adică sunt cazuri în care medicul de reabilitare este foarte important, dar sunt și cazuri care se pot trata între medicul specialist și kinetoterapeut, dar pentru că altfel se complică foarte mult lucrurile pentru pacient. Încă o dată, serviciile conexe se întâmplă întodeauna în aceeași clinică. În concluzie, această dorință de centralizare va duce numai la limitarea accesului la servicii de către pacienți și este un principiu cunoscut că descentralizarea aduce servicii accesibile, centralizarea duce la la limitări. Casa Națională de Asigurări de Sanatate spune că vrea să creeze o piramidă inversă, lucru foarte bun, însă prin această scoatere a serviciilor conexe se va crea ceva invers se va crea o pâlnie și toți pacienții din specialitățile care vor fi excluse de la conexe se vor duce către de reabilitare. Vă dați seama ce aglomerat o să fie și ce liste de așteptare vor fi. Și nu este vorba de așteptare este vorba și de faptul că nu vor mai avea loc fizic să cuprindă aceeași atâția pacienți. De aceea, eu propun să se constituie un grup de lucru și să se discute în continuare cu comisiile de specialitate și cu asociațiile pacienților și dacă considerați că este cazul să facă și un studiu de impact, pentru că este ușor de numărat câți pacienți nu vor mai veni pentru serviciile conexe și ei se vor muta pe recuperare și dacă contractile pe recuperare vor face față acum pentru atâția pacienți. Vă mulțumesc foarte mult.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim frumos! Aș vrea să precizăm că și în acest moment reglementările prevăd ca planul să fie întocmit de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare. O invit pe doamna doctor Corina Predescu specialist reabilitare medicala administrator S.C Wellcare SRL.

Doamna doctor Corina Predescu specialist reabilitare medicala administrator S.C Wellcare SRL: Buna ziua! Sunt medic pe recuperare și fac parte dintre colegii mei care susțin menținerea serviciilor conexe în contractul cu casa de asigurari de sanatate. Dezavuez însă intervenția domnului doctor Ulici și mulțumesc precizărilor aduse de către reprezentanții Casei Nationale de Asigurări de Sanatate, care au spus că sub nicio formă menținerea acestor servicii nu exclude completarea de către medicul de reabilitare a planului de tratament. Sigur că mai avem foarte mult de lucrat vizavi de integrarea acestor servicii conexe și, din punctul acesta de vedere, consider că ar trebui să existe o concordanță între punctele și prețul serviciilor conexe, raportat la punctele și prețul serviciilor de kinetoterapie din contractul de recuperare, dar cred că în mijlocul preocupărilor noastre trebuie să fie pacientul nostru, care trebuie să beneficieze de servicii complete, acordate în echipă multidisciplinară și nu să fie restricționat la a avea acces la aceste servicii. Mă bucur că plafonul nou acordat pe cure de tratament a ajuns la 80 de ron. Sigur că rămâne de văzut cât va fi plafonul final acordat fiecărei clinici și, de asemenea, consider important ca aceste servicii conexe să asigure un acces la tratament cât mai multor persoane. Mulțumesc!

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi. Dacă nu s-a conectat între timp doamna Ana Maria Lupușoru, îl invit pe domnul Lucian Augustin Bondoc.

Domnul Alexandru Daneliuc de la Bondoc și Asociații: Buna ziua! Sunt Alexandru Daniliuc de la Bondoc și Asociații. Voi vorbi eu pentru domnul Lucian Bondoc. Ok, o să ne referim la articolul 156¹ propus, referitor la biologice și biosimilare, opinia noastră este că această reglementare, în forma actuală, ar veni în contradicție cu prevederile și articolele din legislație, respectiv articolul 8 alineatul 1, precum și principiile cu caracter general din Constituție reglementate în articolul 135 alineatul 1, de exemplu. Totodată, am atrage atenția, cel puțin din punct de vedere terminologic, că acum, medical poate este un aspect separat, dar conform Ordinului 368/2017, medicamentul biosimilar care nu este identic cu medicamentul biologic de referință. Apoi, această reglementare considerăm că ar conduce la excluderea forțată de pe piață a produselor biologice de referință, provocând astfel un prejudiciu semnificativ atât producătorilor și distribuitorilor de astfel de produse, dar și pacienților. Și, de asemenea, modul cum se reglementează această introducere pe piață ar veni în contradicție cu principiile enunțate de ceilalți antevorbitori, respectiv dreptul medicului, care este de fapt, chiar și un principiu, și poate veni în coliziune cu răspunderea acestuia profesională, având în vedere articolul 381 din Legea 95/2006, care acordă o libertate de acțiune fără îngrădiri privind prescripția și recomandările. Cam acestea ar fi, în mare, intervenția noastră. Mulțumim!

Domnul Ștefan Strilciuc a postat în chat: *Distinși participanți, va transmite punctul de vedere al prof. Dafin F. Muresanu, președinte al Comisiei de Neurologie a Ministerului Sănătății, cu privire la propunerea privind eliminarea serviciilor conexe din ambulatorul clinic:*

“Având în vedere infrastructura și finanțarea sistemului de sănătate din România, Comisia de Neurologie consideră că această măsură poate duce la limitarea accesului pacienților la servicii importante pentru neurorecuperarea pacienților dar și la afectarea activității fizioterapeuților în general. Pentru pacienții neurologici, reabilitarea multidisciplinară în context clinic din faza acută este esențială. Înțelegem fundamentarea acestei măsuri, însă considerăm că astfel de modificări pot fi operate doar în tandem cu alte măsuri de consolidare a rețelei de reabilitare medicală în ansamblu. Suntem deschiși să lucrăm împreună cu toți actorii din sistem pentru a găsi o soluție de a îmbunătăți accesul și calitatea serviciilor de reabilitare medicală din România”.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi. Doamna Deac s-a retras. Invităm pe **doamna Gherman Ramona Carmen, medic primar medicină de familie, președinte al Organizației Patronale a Medicilor de Familie Bihor.** Dacă aveți observații la cele două subiecte propuse vă rugăm.

Doamna Gherman Ramona Carmen medic primar medicină de familie, președinte al Organizației Patronale a Medicilor de Familie Bihor: Cred că această dezbatere în curând ar trebui să aibă în centrul interesul pacientului. Din păcate se creează mai mult ca o luptă pentru supremație. Vreau să precizez că punctul meu de vedere și al medicilor de familie este că se dorește scoaterea serviciilor conexe de kinetoterapie ceea ce ar însemna temporizarea privind accesul la astfel de servicii. Să nu uităm că dacă nu vor mai avea acces la aceste servicii specificate ca recomandare a altor medici de medicina fizică și reabilitare, nu va crește accesul pacienților la aceste terapii, pentru că să nu uităm că și medicii de recuperare, medicină fizică și reabilitare, precum contractul cu Casa de Asigurări de Sănătate, au număr limitat de consultații pe zi. În prezent eu cred că se atinge maximul în majoritatea cazurilor de spitalizare de reabilitare, și nu văd cum prin eliminarea acestor posibilități de a recomanda aceste servicii, va crește accesul pacientului ci va fi exact invers. Efectul este un paradox. Să nu uităm că fizioterapeutul este absolvent de studii superioare. Fizioterapeutul înainte de a aplica planul de recuperare, și vorbim aici, în speta de kinetoterapie, să nu confundăm noțiunile de fizioterapie care înseamnă multe alte lucruri cu kinetoterapia. Un fizioterapeut la indicația medicului de specialitate, înainte de a aplica cura de kinetoterapie, are obligația de a face evaluare a pacientului. Stabilește obiective și aplica tehnicile pe pacient în mod individual. Am înțeles că medicii de medicina fizică reabilitare susțin că sunt singurii care au competența de a indica un plan terapeutic. Aici vorbim în speță de kinetoterapie. Este un paradox, având în vedere că prin planul de reformă pe anii 2022-2030, se dorește introducerea kinetoterapeutului în echipa de

medicină primară. Dacă neurologul care, iată, recomandă recuperarea post AVC, dar practic, nu este competent să recomande kinetoterapie, nu stiu cum ar fi competent medicul de medicina de familie sa recomande kineto. Acesta este un paradox. Pe alocuri, în anumite centre, dar în general și asta o spun cu certitudine medicii de medicină, timpii de așteptare sunt undeva între 10 și 14 zile. Ori, dacă se scot aceste servicii, specialiști IT vor cădea și se vor tripla. Dacă se dorește cu adevărat creșterea accesului pacientului la servicii medicale, ar trebui să se țină cont de de toate echipele care au medicii de toate specialitatile dobandite in cadrul rezidentiatului. Nu stiu cum este realista aceasta crestere a finantarii. Am văzut că au crescut tarifele.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim frumos, doamna doctor! Îl invit pe **domnul conferențiar universitar doctor Dan Blendea, președinte al Societății Române de Medicină Fizică și Reabilitare Medicală.** Vă rugăm!

Domnul conferențiar universitar doctor Dan Blendea, președinte al Societății Române de Medicină Fizică și Reabilitare Medicală. Mulțumesc! Săru'mâna, doamnelor! Bună ziua, domnilor! Aș vrea să fiu scurt, pragmatic. Mai este ceva timp la dispoziție. Nu vreau să fac nici apologia tuturor specialităților care au prezentat până acum, care au defilat în fața noastră, prezentându-și punctele de vedere, nici să intru într-o polemică iscată de această kinetoterapia și restul lumii. Aș vrea doar să susțin punctul de vedere al societății noastre privind atât specialitatea, cât și echipa interdisciplinară și, de ce nu, și echipa de lucru, care într-adevăr este formată din kinetoterapeuți, asistenți, maseuri și așa mai departe. În concluzie, nu dorim ca serviciile complexe de kinetoterapie să fie programate, să fie direcționate, decât de medicul specialist de recuperare, medicul de medicină fizică și reabilitare. Nu este vorba de un monopol aici, este vorba de o recunoaștere a specialității noastre. Este vorba de recunoașterea specialităților, a specialității clinice și a tuturor aptitudinilor pe care le conferă această specialitate. Cu toate elementele menționate înainte de cardiologie, de reumatologie, de geriatrie, gerontologie, acestea intră în curricula noastră și atunci ne arogăm acest drept de a decide interdisciplinar, evident și cu restul colegilor. Metodele și programul terapeutic pe care îl vom prezenta kinetoterapeutului care face parte din această echipă dar rămânem ferm pe poziția că serviciile conexe, dacă se doresc în continuare, a fi efectuate de către kinetoterapeuți, vor fi recomandate doar de către medicul de medicină fizică și reabilitare cu respectarea, bineînțeles, și scrierea acelu plan de recuperare. Nu aducem un afront niciuneia dintre celelalte specialități, dimpotrivă, colaborăm cu ele. Colaborăm foarte bine și cu kinetoterapeuții, nu doresc ca lumea să creadă că lumina vine doar de la această specialitate în privința reabilitării și medicinei fizice, dar haideți să dăm Cezarului ce-i al Cezarului! Această specialitate clinică, bine individualizată deja în medicina românească, să o poziționăm acolo unde este locul! La această medicină fizică și de reabilitare aș adăuga ulterior și partea de profilaxie care ar trebui să facă parte din cadrul specialității noastre și poate chiar a denumirii de bază, pentru că este un capitol aparte, care face atât economii financiare, cât și economii medicale si atunci ne pronunțăm pentru inexistența serviciilor conexe recomandate de către alte specialități și rămânerea lor, dacă este cazul si poate ar trebui să fie cazul, mai ales pentru patologia cronică prezentată aici, înainte doar în apanajul specialistului de medicină fizică și reabilitare. Asta pentru a continua tradiția cabinetelor de kinetoterapie existente, afiliate sau nu, unei baze de tratament. Înțeleg că au apărut foarte multe si cabinete private în care noi chiar nu știm ce se întâmplă, nu știm cum sunt dotate, nu știm dacă respectă normele de autorizare ale DSP-ului, dar nu intrăm în aceste amănunte. Deci poziția noastră, a tuturor, este de, hai să spunem, o relativă aliere cu colegii nostri de la Societatea Romana de Reabilitare. Din punctul de vedere permisiv pentru serviciile conexe, dar doar în cadrul specialității noastre. Vă mulțumesc. Vă urez Sărbători fericite și La mulți ani! Vă mulțumesc!

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi, domnule conferențiar! Aceleași urări le facem și noi către dumneavoastră și către toți participanții. O invit pe **doamna asistent universitar doctor Doroteea Teoibas,** secretar general al aceleiași societăți. Va rugam.

Doamna asistent universitar doctor Doroteea Teoibas, secretar general al Societății Române de Medicină Fizică și Reabilitare Medicală: Bună ziua! Membrii societății noastre au dat cuvântul domnului conferențiar doctor Blendea, care a vorbit puțin mai devreme, singura care mai are de luat cuvântul este doamna conferențiar doctor Cristina Daia Octavian.

Doamna conferențiar universitar doctor Cristina Daia, medic primar al Societății Române de Medicină Fizică și Reabilitare Medicală: Buna ziua! Sunt conferențiar Doctor Cristina Daia din partea Societății Române de Medicină Fizică, Recuperare și Balneologie. Sunt în curs de desfășurare a două specialități, adică și neurologie și sunt licențiată în fiziokinetoterapie, fiind deci și fiziokinetoterapeut la U.M.F. Carol Davila. Aș dori să clarific câteva puncte de vedere. Momentul și indicația pentru a începe un program de recuperare sau a urma un plan de recuperare poate fi dată de un medic specialist, fie că e chirurg, ortoped, neurochirurg, fie că este internist, cardiolog, neurolog, pneumolog. Planul sau programul de recuperare cuprinde prescripția de fizioterapie, tipuri de proceduri - 20 de proceduri, modalitate de aplicație, stabilirea obiectivelor de kinetoterapie, indicațiile și contraindicațiile medicale ale acestor proceduri de fiziokinetoterapie. Planul de recuperare, așa cum a fost deja stabilit și în acest grup, poate fi realizat numai de medicul specialist medicină fizică și de reabilitare cu diploma de specialist. Fiziokinetoterapeutul pune în aplicare, execută planul de recuperare primit, mai exact aplică procedurile de fizioterapie, concepe un program de kinetoterapie cu tehnici, exerciții, metode pe care le alege conform pregătirii și conform modului în care gândește programul de kinetoterapie, care este parte integrantă a programului de recuperare și care program de kinetoterapie se încadrează și respectă indicațiile și contraindicațiile medicale stabilite de medicul specialist de recuperare. Programul de recuperare poate fi realizat de un medic de altă specialitate. De exemplu, un ortoped operează o fractură, o diagnostichează, operează, poate face acest program de recuperare? Răspunsul este nu, că nu are nici competența, nici cunoștințele să prescrie proceduri de fizioterapie și nici obiective de kinetoterapie în consecință, cu indicațiile și contraindicațiile pe care acestea le au. Putem continua această întrebare retorică pentru toate specialitățile. Poate un kinetoterapeut să facă un program de recuperare? Nu? Răspunsul este nu. El poate face un program de kinetoterapie ca parte a planului de recuperare despre care am vorbit. În consecință, întrebarea este: putem să excludem din acest circuit medicul specialist reabilitare medicală, astfel încât un medic de altă specialitate, eludând existența programului de recuperare să ajungă la kinetoterapeut? Din ce motive? Pentru că pacienții au nevoie de acces rapid la kinetoterapie, pentru că scurtăm listele de așteptare, pentru că poate câștigăm financiar. Sunt acestea motive suficiente ca să justifice excluderea competenței medicului specialist de reabilitare medicală de a-și exercita calitatea de medic specialist și de a concepe și coordona un program de recuperare competent clar și adaptat necesităților pacienților? Nu cumva, nu cumva vorbim de malpraxis aici? În concluzie: îmi exprim clar punctul de vedere, propunând excluderea serviciilor conexe de kinetoterapie, în afara susținerii acestora de un medic specialist de reabilitare medicală. Vă mulțumesc!

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim și noi, doamna conferențiar. Cu siguranță, așa cum ne-am exprimat și de-a lungul acestei dezbateri publice, nu va fi eliminat planul de servicii întocmit de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare.

Intervenție Domnul profesor doctor Mihai Berteanu: Dacă îmi permiteți, aș avea un comentariu de 15 secunde. Aș vrea să apreciez foarte mult faptul că ați organizat această întâlnire. Este chiar foarte bine. Dacă avem păreri contradictorii este foarte bine că discutăm și acesta este modul de a progresa și vă felicit pentru această organizare. Spiritele s-au înfierbântat un pic la un moment dat, că așa suntem noi, mai înspre sudul Europei și ne mai înfierbântăm. Aș vrea însă să amendez un termen care s-a folosit frecvent aici și chiar de doamna conferențiar Daia. Știu că e bine intenționată, dar aș vrea să le amintesc să înțelegem foarte bine. Kinetoterapeutul nu este un executant, kinetoterapeutul este un colaborator, este un membru al echipei de reabilitare. Poate puțini dintre dumneavoastră știu cum funcționează felia de ambulator, nu de clinică. La noi, kinetoterapeuții participă la vizită, la noi kinetoterapeutul vine și îmi spune "vezi, chestia nu prea merge, hai să încercăm și altceva. Eu aș propune asta. Eu propun asta." Ajungem la o înțelegere. Deci eu cred că aici trebuie să ajungem. Este adevărat că în ambulator această colaborare directă este mai dificilă, dar un membru al echipei, fizioterapeutul din echipa de reabilitare este un membru esențial al echipei. Din păcate, ceea ce foarte multă lume aici prezintă nu înțelege, este faptul că reabilitarea este mai mult decât prescripția de fizioterapie, kinetoterapie, masaj și hidroterapie. Am să închei că nu vreau să lungesc, vă mulțumesc foarte mult și vă urez tuturor sărbători fericite și vă felicit pentru cei care ați coordonat cu răbdare și calm.

Doamna Elisabeth BRUMĂ - Director Reglementări și Norme de Contractare: Mulțumim frumos! O rog pe doamna președinte să ia cuvântul pentru încheiere și concluzii. Mulțumim!

Doamna Adela Cojan, presedinte al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate: Bună ziua tuturor! Deși nu am participat întreaga zi la discuții,, fiindcă agenda nu mi-a permis, totuși am constatat că la finalul acestei zile s-a concluzionat faptul că într-adevăr era necesară această dezbatere publică. Ați observat că la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, încă din primăvara acestui an, atenția s-a îndreptat spre întărirea și dezvoltarea cu prioritate a celor mai importante segmente ce ajută actul terapeutic și actul curativ, respectiv prevenția și recuperarea. Pentru noi, practic, actul medical curativ nu poate fi desăvârșit fără activitățile de recuperare. Tocmai de aceea, începând cu primăvara acestui an, activitatea ambulatorie de specialitate medicină fizică și reabilitare a fost trecută în rândul specialităților clinice. Ne bucură faptul că intențiile noastre de îmbunătățire a accesului pacienților la aceste servicii de recuperare au creat aceste dezbateri. Mai ales, m-a bucurat să auzim astăzi aici interesul tuturor celor care au luat cuvântul , în jurul pacientului, interesul de a lucra în echipă, interesul de a construi împreună un circuit funcțional al pacientului, post episod curativ, tocmai pentru a reduce din presiunea asupra spitalelor și a dezvolta aceste ambulatorii clinice de recuperare și aceste baze de tratament. Noi vă mulțumim tuturor pentru că numai cu ajutorul acestor discuții putem să ajungem la cele mai bune decizii luate de comun acord. In legătură cu cel de-al doilea subiect al dezbaterii, de asemenea s-au tras concluzii foarte importante. Este clar că mai avem mult de făcut până când să îmbunătățim sau să modificăm anumite rețineri ce există atât în rândul profesioniștilor din sănătate, cât și în rândul pacienților în legătură cu indicatorii de penetrabilitate și a biosimilarelor, despre care, între noi astăzi, aici, nu cred că mai este nevoie să ne convingem unii pe ceilalți că fiind biosimilar, este practic similar cu preparatul de referință, cu acele excepții pe care medicii care au participat în cursul zilei de astăzi, l-au exprimat. Există necesitatea dezvoltării sau a suplimentării studiilor clinice care verifică beneficiile terapeutice. Căci până la urmă, toate autoritățile sanitare europene și cele de peste ocean, deși biosimilarele au apărut de acum 10 ani, iată, au publicat o serie de rezultate ale studiilor clinice care atestă clar faptul că atât proprietățile biochimice, cât și criteriile legate de siguranța medicamentelor, legate de proprietățile biologice sau de activare biologică, de stabilitate, de puritate și așa mai departe, sunt îndeplinite. Este până la urmă un subiect care este destul de sensibil, care poate afecta într-adevăr decizia intimă la nivelul discuției medic-pacient. Suntem convinși că inclusiv rezultatele activității dumneavoastră la nivelul de decizie în legătură cu utilizarea mai mult sau mai puțin a acestor preparate, vor conduce în viitorul cât mai apropiat la o debalansare a utilizării lor. Noi vă mulțumim pentru că ați avut răbdare și interes pentru această dezbatere și vă promitem să colaborăm în continuare pentru a definitiva cât mai aproape de interesul asiguratului nostru aceste acte normative ce reglementează situația și aspectele medicale despre care am discutat astăzi. Mulțumim și vă dorim o după-amiază plăcută! Dacă nu ne mai auzim! Sărbători fericite și multă sanatate tuturor.

III Tabel nominal cu persoanele înscrise la cuvânt la dezbateră din data de 19.12.2022

Nr. crt/în ordinea înscrierii	Numele și prenumele	Organizația din care fac parte
1.	Dina Gabriel Director de programe	Pfizer Romania SRL
2.	Prof Dr Catalin Codreanu, Sef Disciplina Reumatologie la UMF Carol Davila Bucuresti, Manager la Centrul Clinic de Boli Reumatismale Bucuresti	Centrul Clinic de Boli Reumatismale Bucuresti

3.	Prof. Dr. Elena Rezuş Şef Disciplina Reumatologie. Recuperare, Medicină Fizică, Balneologie la UMF “Grigore T. Popa” Iaşi, Şef Clinica I Reumatologie, Spitalul Clinic Recuperare Iaşi	Spitalul Clinic Recuperare Iaşi
4.	Ovidiu Constantinescu Vice-presedinte	Liga Romana de Lupta Contra Reumatismului
5.	Roman Nicoleta - Maria	
6.	Zabalan Minisoara Codruta pacient, membru LRR-Liga Romana Contra Reumatismului	
7.	Dan Nicolae ZAHARESCU – Director Executiv ARPIM	ARPIM
8.	IOANA-CEZARA BIANCHI-MANAILA	
9.	Conf.Dr. Alexandru Ulici medic primar ortopedie pediatria, Preşedinte	Comisia Națională de Ortopedie Pediatrica a Ministerului Sanatatii
10.	Prof. dr. Mihai Berteanu, Presedinte	Comisiei de Medicina Fizica si de Reabilitare - Ministerului Sanatatii UMF Carol Davila, Clinica de Reabilitare Neurologica, Spit Univ de Urg ELIAS
11.	Alina Lacatus, DLA Piper Dinu SCA - Legal Counsel AbbVie	AbbVie S.R.L.
12.	Stefania Dinu – Legal Counsel CE Region	
13.	Laura Munteanu, Medical Director	
14.	Mihaela Joita, Market Access and External Affairs Director	

15.	Laura Fugarevici – Market Access Manager	
16.	Andreea Paun - Market Access Manager	
17.	Ana-Maria Pascu - Market Access Manager	
18.	Dr Bălan Dumitra, medic primar diabet,nutriție și boli metabolice	Societatea Civilă Medicală “Dr Bălan Mihai și Asociații”
19.	Iliescu Madalina Gabriela	Societatea Romană de Reabilitare Medicala
20.	Olga - Rodica Cridland Președinte	Asociația P.A.V.E.L.
21.	Cosmin Alexandrescu, Președinte	Asociația Profesională a Medicilor de Ambulatoriu, A.P.M.A.
22.	Irina Bantaș, Vicepreședinte	
23.	Alina Mîndroi Vicepreședinte	
24.	Bogdan Andrea Martha	SC GOKINETIK SRL
25.	Stefan Busnatu	Comisia de Cardiologie a MS,UMF Carol Davila, Societatea Romana de Cardiologie
26.	Dragos Toma	Asociația Producătorilor de Medicamente Generice din Romania (APMGR) – Grup de Lucru pentru Biosimilare
27.	Dr. Stamate Mihaela Irina medic specialist recuperare, medicina fizica si balneologie	Centrul Medical Fortius
28.	Calin Bajan	Sandoz SRL
29.	Alida Gogescu, membru al Consiliului Director	PALMED
30.	Conferentiar Dr. Mariana ROTARIU	Universitatea de Medicină și Farmacie Grigore T. Popa, Facultatea de Bioinginerie Medicală
31.	Mihai Fugarevici Director General	STADA M&D Romania SRL (companie farmaceutică)

32.	Adrian Bighea	Societatea Română de Reabilitare Medicală
33.	Prof. Dr. Mircea Diculescu, Profesor de Gastroenterologie	Clinica de Gastroenterologie și Hepatologie a Institutului Clinic Fundeni
34.	Milea Florenta kinetoterapeut principal	
35.	Iulia Arif-Percă Director Executiv	Local American Working Group – LAWG
36.	Totorean Alina medic primar MEDICINA FIZICA si REABILITARE MEDICALA, membra a Comisiei de Specialitate MFR din MS	
37.	Dr. Munteanu Ciornohuz Adriana Medic specialist/ primar, în specialitatea Reumatologie ADMINISTRATOR	SC.RKMED CENTER S.R.L IASI
38.	Dr. ing. Poenaru Maria Magdalena	Miscarea Romana pentru Calitate
39.	Diaconu Claudia Iuliana, Fizioterapeut	
40.	Nica Liliana	Asociația Laboratoarelor din Romania – ROLAB
41.	Grosu Isabella	Asociația Persoanelor cu Boli Inflamatorii Intestinale din Romania (ASPIIR)
42.	Lapadatu Rozalina Elena Presedinte	Asociația Pacienților cu Afecțiuni Autoimune
43.	Razvan Stefan Popescu	SC KINO MED CENTER SRL
44.	Mara-Ileana GALAT	Accord Healthcare

45.	Ramona Pavel Szekeres Fizioterapeut practicant	
46.	Dr. Sorina Dîngă (Petrușan) Medic Specialist Recuperare, medicină fizică și balneologie	Spitalul Județean de Urgență Bistrița
47.	Dr. Dantis Gabriela	AMSA-CMI
48.	Tulpan Anca Eugenia Fizioterapeut	
49.	Arabela Acalinei	Asociația Neuro Move CMT, Alianța Europene a Asociațiilor de Pacienți cu Boli Neuromusculare.
50.	Mariana Stefan	Societatea Româna de Reumatologie Pediatrică
51.	Maximilian Carmen	
52.	Viorica Preduna	Zentiva Company
53.	Teodorescu Aurelia, Director Directia Acreditare Laboratoare Medicale	Asociatia de Acreditare din Romania - RENAR
54.	Magdalena Ciobanu Medic primar pneumolog	Institutul de Pneumoftiziologie "Marius Nasta"
55.	Anca Babes, Director Executiv ADRFR	Asociatia Distribuitorilor si Retailerilor Farmaceutici din Romania (ADRFR)
56.	Arina Mihaela Gholmieh, Director General	Egis Rompharma S.R.L.
57.	Diana Turturica, Pricing and Market Access Manager	Novartis Romania
58.	Dr. Rosu Manuel Florin, Manager	Spitalului Clinic de Boli Infectioase Sf Parascheva Iasi
59.	Luminita Vâlcea Director executiv	Coalitiei Organizatiilor Pacientilor cu Afectiuni Cronice din Romania - COPAC

60.	Esther Mary D Arcy	Confederația de Fizioterapie Regiunea Europa
61.	Nicoleta - Daniela Stanca	Colegiul Fizioterapeuților din România - CFZRO
62.	Tiberiu Lucian Galoși	
63.	Ilie Onu	
64.	Bogdan Andrei Vereș	
65.	Timofte Loredana Anca Manager	
66.	Dr Corina Predescu, specialist reabilitare medicală, Administrator	S.C Wellcare SRL
67.	Dorin Rosca, Medic primar ortopedie-traumatologie, medic specialist ortopedie pediatrie	
68.	Ana-Maria Lupusoru, Fiziokinetoterapeut	
69.	Lucian Augustin Bondoc	
70.	Deac Maria Ramona, membra in Consiliul Teritorial al Colegiului Fizioterapeuților Salaj-Cluj- Bistrita-Nasaud, Director general	Aquarel Health&Spa Center Zalau
71.	German Ramona Carmen, medic primar medicina de familie, Presedinte	Organizatia Patronala a Medicilor de Familie Bihor
72.	Conf. Univ. Dr. Dan BLENDEA, Presedinte	SRMFRB
73.	Asist. Univ. Dr. Doroteea TEOIBAS, Secretar General	
74.	Prof. Univ. Dr. Gelu ONOSE, Presedinte de Onoare Ad Vitam	
75.	Conf. Univ. Dr. Liliana PADURE, Vicepresedinte	

76.	Conf. Univ. Dr. Olga SURDU, Vicepresedinte	
77.	Conf. Univ. Dr. Gabriela DOGARU, Vicepresedinte	
78.	Conf. Univ. Dr. Cristina DAIA, Medic primar RMFB	
79.	Ana STOIAN, Cenzor intern	

IV. Tabel nominal cu toate persoanele care au participat la dezbaterile din data de 19.12.2022

Nr. crt/în ordinea înscrierii	Numele și prenumele	Organizația din care fac parte
1.	Luiza Bălăceanu	Point Public Affairs
2.	Corina Raicu	
3.	Dragoș Dănilă	
4.	Domnul Dina Gabriel Director de programe	Pfizer Romania SRL
5.	Domnului Alin Preda,	
6.	Grama Catalina	UCB PHARMA ROMANIA S.R.L.
7.	Prof Dr Catalin Codreanu, Sef Disciplina Reumatologie la UMF Carol Davila Bucuresti, Manager la Centrul Clinic de Boli Reumatismale Bucuresti	Centrul Clinic de Boli Reumatismale Bucuresti
8.	Prof. Dr. Elena Rezuș Șef Disciplina Reumatologie. Recuperare, Medicină Fizică, Balneologie la UMF “Grigore T. Popa” Iași, Șef Clinica I Reumatologie, Spitalul Clinic Recuperare Iași	Spitalul Clinic Recuperare Iași
9.	Ovidiu Constantinescu Vice-presedinte	Liga Romana de Lupta Contra Reumatismului

10.	Roman Nicoleta - Maria	
11.	Oana Elena Paun	Novo Nordisk
12.	Dana Constantinescu Corporate Affairs Director	Servier Pharma Romania
13.	Andreea Multescu Medical Manager	Berlin-Chemie A.Menarini SRL Romania
14.	Zabalan Minisoara Codruta pacient, membru LRR-Liga Romana Contra Reumatismului	
15.	Coteș Andreea, medic specialist Reumatologie si specialist Medicină Fizică si Reabilitare	
16.	Petruta Panait Associate Director, Market Access	
17.	Irina Andrei	Sanofi Romania SRL
18.	Elena Crăciun	
19.	Cristina Voineag	
20.	Dan Nicolae ZAHARESCU – Director Executiv ARPIM	ARPIM
21.	IOANA-CEZARA BIANCHI- MANAILA	
22.	ELENA-CRISTINA MĂRGĂRIT	
23.	Conf.Dr. Alexandru Ulici medic primar ortopedie pediatria, Președinte	Comisia Națională de Ortopedie Pediatrica a Ministerului Sanatatii
24.	Vladutu Constantin, Director general	SC ARDAVA SRL
25.	dr. Dragomir Elena , medic BFTRM	BAILE GOVORA SA
26.	Prof. dr. Mihai Berteanu, Presedinte	Comisiei de Medicina Fizica si de Reabilitare - Ministerului Sanatatii UMF Carol Davila, Clinica de Reabilitare Neurologica, Spit Univ de Urg ELIAS

27.	Alina Lacatus, DLA Piper Dinu SCA - Legal Counsel AbbVie	AbbVie S.R.L.
28.	Stefania Dinu – Legal Counsel CE Region	
29.	Laura Munteanu, Medical Director	
30.	Mihaela Joita, Market Access and External Affairs Director	
31.	Laura Fugarevici – Market Access Manager	
32.	Andreea Paun - Market Access Manager	
33.	Ana-Maria Pascu - Market Access Manager	
34.	Iulia Arif-Percă, Director Executiv	Asociația Local American Working Group – LAWG
35.	Dr. Viorel Vacaru	UCB Pharma Romania
36.	Dr Bălan Dumitra, medic primar diabet,nutriție și boli metabolice	Societatea Civilă Medicală “Dr Bălan Mihai și Asociații”
37.	Iliescu Madalina Gabriela	Societatea Romană de Reabilitare Medicala
38.	Olga - Rodica Cridland Președinte	Asociația P.A.V.E.L.
39.	Cosmin Alexandrescu, Președinte	Asociația Profesională a Medicilor de Ambulatoriu, A.P.M.A.
40.	Irina Bantaș, Vicepreședinte	
41.	Alina Mîndroiu Vicepreședinte	
42.	Bogdan Andrea Martha	SC GOKINETIK SRL
43.	Bucknall Dorina - manager	Fundația ACASĂ Zalău - Centrul de Recuperare, Tratament și Îngrijire
44.	Vlădoi Cristina Daniela, medic primar Recuperare, Medicină fizică și Balneologie	Colegiul Medicilor Brașov

45.	Stefan Busnatu	Comisia de Cardiologie a MS,UMF Carol Davila, Societatea Romana de Cardiologie
46.	dr. Rujan Constantin, medic primar Recuperare, Medicina fizica si Balneologie	Colegiul Medicilor Brasov
47.	Dragos Toma	Asociația Producătorilor de Medicamente Generice din Romania (APMGR) – Grup de Lucru pentru Biosimilare
48.	Dr. Stamate Mihaela Irina medic specialist recuperare, medicina fizica si balneologie	Centrul Medical Fortius
49.	Calin Bajan	Sandoz SRL
50.	Alida Gogescu, membru al Consiliului Director	PALMED
51.	Daniel Dumitru	Issue Monitoring SRL
52.	Laurentiu Banica -kinetoterapeut principal	Spitalul Clinic de Urgenta Sf. Pantelimon , Bucuresti
53.	Dr. Adela Carcu Medic sef	CAS BN
54.	Decan, Profesor Dr Anca GALACTION	Universitatea de Medicină și Farmacie Grigore T. Popa, Facultatea de Bioinginerie Medicală
55.	Conferentiar Dr. Mariana ROTARIU	
56.	Mihai Fugarevici Director General	STADA M&D Romania SRL (companie farmaceutică)
57.	Adrian Bighea	Societatea Română de Reabilitare Medicală
58.	Tudor Alina Market Access Manager	Merck Sharp & Dohme Romania SRL
59.	Panait Petruta Market Access Associate Director	
60.	Petruta Udroi	Roche Romania SRL

61.	Prof. Dr. Mircea Diculescu, Profesor de Gastroenterologie	Clinica de Gastroenterologie și Hepatologie a Institutului Clinic Fundeni
62.	Conf Dr Laszlo IRSAY, medic primar Medicina Fizica si de Reabilitare	Spitalul Clinic de Recuperare, Cluj
63.	Vatafu Valeriu-Marian Director general	CALIMANESTI CACIULATA SA
64.	Mocica Alexandru Sorin – director economic	
65.	Panduru Dumitru Daniel – administrator baza de tratament	
66.	Milea Florenta kinetoterapeut principal	
67.	Iulia Arif-Percă Director Executiv	Local American Working Group – LAWG
68.	Amăricăi Elena Constanța Medic primar Recuperare, medicină fizică și balneologie	Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Louis Țurcanu” Timișoara
69.	Totorean Alina medic primar Medicina Fizica si Reabilitare medicala, membra a Comisiei de Specialitate MFR din MS	
70.	Dr. Munteanu Ciornohuz Adriana Medic specialist/ primar, în specialitatea Reumatologie ADMINISTRATOR	SC.RKMED CENTER S.R.L IASI
71.	Dumiter Teodora Alina, medic de Recuperare medicală, Medicină Fizică și Balneologie și Director Medical	SC DELIANCA SRL
72.	Nacev Tudor-Nicolae Avocat	GNP Guia Naghi și Asociații

73.	Dr. ing. Poenaru Maria Magdalena	Miscarea Romana pentru Calitate
74.	Mihalache Luminita Mihaela	AMGEN ROMANIA SRL
75.	Vadim Alexandru Barbu	
76.	Popa Adrian, medic specialist Recuperare, Medicina Fizica, Balneologie , Bacau	
77.	Diaconu Claudia Iuliana, Fizioterapeut	
78.	Nica Liliana	Asociatia Laboratoarelor din Romania – ROLAB
79.	Grosu Isabella	Asociația Persoanelor cu Boli Inflamatorii Intestinale din Romania (ASPIIR)
80.	Baltă Mihnea Marian Consultant junior	Public Affairs Solutions
81.	Virgil Pop manager	SC ARSMED SA Oradea
82.	Lapadatu Rozalina Elena Presedinte	Asociația Pacienților cu Afecțiuni Autoimune
83.	Razvan Stefan Popescu	SC KINO MED CENTER SRL
84.	Mara-Ileana GALAT	Accord Healthcare
85.	Ramona Pavel Szekeres Fizioterapeut practicant	
86.	Dr. Sorina Dîngă (Petrușan) Medic Specialist Recuperare, medicină fizică și balneologie	Spitalul Județean de Urgență Bistrița
87.	Dr. Dantis Gabriela	AMSA-CMI
88.	Dr. Dragomir Adrian	

89.	Tulpan Anca Eugenia Fizioterapeut	
90.	Arabela Acalinei	Asociația Neuro Move CMT, Alianța Europeană a Asociațiilor de Pacienți cu Boli Neuromusculare.
91.	Carmen Nicoleta – Gavrilas, Medic Primar Recuperare Medicală, Medic Specialist Reumatologie	
92.	Urziceanu Cristinel Iulius Fizioterapeut	
93.	Dr. Dorel Popovici	ONCOHELP TIMISOARA
94.	Mariana Stefan	Societatea Româna de Reumatologie Pediatrică
95.	Birtu Carmen Elena Medic specialist Recuperare, Medicina fizica si balneologie	Policlinica Tommed Craiova
96.	Bacalu Doina Dorina – HEMAR Manager	Johnson & Johnson Romania SRL
97.	Adrian Alexandrescu – HEMAR Manager	
98.	Miron Alexandru – Governmental Affairs Manager	
99.	Donos Cosmina – Governmental Affairs Specialist	
100.	Maximilian Carmen	
101.	Viorica Preduna	Zentiva Company
102.	Teodorescu Aurelia, Director Directia Accreditare Laboratorare Medicale	Asociația de Accreditare din Romania - RENAR
103.	Uram Anda-Maria	Clinica Medicris
104.	Magdalena Ciobanu Medic primar pneumolog	Institutul de Pneumoftiziologie "Marius Nasta"

105.	Anca Babes, Director Executiv ADRFR	Asociatia Distribuitorilor si Retailerilor Farmaceutici din Romania (ADRFR)
106.	Catalina Pinte, Presedinte ADRFR	
107.	Cezar Zaharia, membru ADRFR	
108.	Mona Steriu, membru ADRFR	
109.	Marian Pană Director Comunicare si Imagine	COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN ROMÂNIA
110.	Arina Mihaela Gholmieh, Director General	Egis Rompharma S.R.L.
111.	Nona-Delia Chiriac, Country Head Value, Access and Public Affairs	Novartis Romania
112.	Mihaela Stoican, Senior Patients Access Manager Value, Access and Public Affairs,	
113.	Diana Turturica, Pricing and Market Access Manager	
114.	Dr. Rosu Manuel Florin, Manager	Spitalului Clinic de Boli Infecțioase Sf Parascheva Iasi
115.	Luminita Vâlcea Director executiv	Coalitiei Organizatiilor Pacientilor cu Afectiuni Cronice din Romania - COPAC
116.	Nicoleta - Daniela Stanca	Colegiul Fizioterapeuților din România - CFZRO
117.	Tiberiu Lucian Galoși	
118.	Ilie Onu	
119.	Bogdan Andrei Vereș	
120.	Esther Mary D Arcy	Confederația de Fizioterapie Regiunea Europa
121.	Sinisteanu Ioana Ruxandra	SC ROSANA MEDICAL SRL
122.	Ana Maria POPA, Director Executiv AFPM	AFPM Asociația Furnizorilor de Produse Medicale
123.	Cristina VLAD, Internal Communication Manager AFPM	
124.	Timofte Loredana Anca	SC BALNEOMEDCENTER SA, Ramnicu Valcea

	Manager	
125.	Dr Corina Predescu, specialist reabilitare medicala, Administrator	S.C Wellcare SRL
126.	Petroiu Catalin kinetoterapeut	
127.	Dorin Rosca, Medic primar ortopedie-traumatologie, medic specialist ortopedie pediatria	
128.	Daniel Andrei	Asociatia Romana de Hemofilie
129.	Ana-Maria Lupusoru, Fiziokinetoterapeut	
130.	Conf Dr Rodica UNGUR, medic primar Medicina Fizica si de Reabilitare	Spitalul Clinic de Recuperare Cluj
131.	Lucian Augustin Bondoc	
132.	Alexandra Bunea-Mihai	
133.	Deac Maria Ramona, membra in Consiliul Teritorial al Colegiului Fizioterapeutilor Salaj-Cluj-Bistrita-Nasaud, Director general	Aquarel Health&Spa Center Zalau
134.	German Ramona Carmen, medic primar medicina de familie, Presedinte	Organizatia Patronala a Medicilor de Familie Bihor
135.	Vasile Barbu , Presedinte	Asociatia Nationala pentru Protectia Pacientilor
136.	Conf. Univ. Dr. Dan BLENDEA, Presedinte	SRMFRB
137.	Asist. Univ. Dr. Dorotea TEOIBAS, Secretar General	
138.	Prof. Univ. Dr. Gelu ONOSE, Presedinte de Onoare Ad Vitam	
139.	Conf. Univ. Dr. Liliana PADURE, Vicepresedinte	
140.	Conf. Univ. Dr. Olga SURDU, Vicepresedinte	

141.	Conf. Univ. Dr. Gabriela DOGARU, Vicepresedinte	
142.	Conf. Univ. Dr. Cristina DAIA, Medic primar RMFB	
143.	Ana STOIAN, Cenzor intern	
144.	Dorica Dan, Presedinte	Alianta Natională pentru Boli Rare
145.	Diana Varzaru, inspector concurenta	Consiliul Concurentei
146.	Prof dr Lucian Negreanu Președinte	Gastroenterologie SUUB Coordonator centru dedicat IBD SUUB
147.	Iritoiu Constantin Claudiu	CAS VALCEA
148.	Gabriela Padureanu	
149.	Vasilica Macarie	Asociația pentru Consiliere și Educație în Sănătate