



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



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală  
Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București  
Fax +40213154656

## MEMORIU

---

Având în vedere datele rezultate în urma recensământului realizat în România în perioada 20-31.10.2011, se evidențiază următoarele date:

- populație stabilă = **19.042.936**
- persoane plecate timp îndelungat = **910.264**
- persoane prezente temporar = **301.666**

Rezultând un total de **20.254.866 persoane recensate.**

Conform datelor în baza cărora s-au făcut calculele pentru valorile de puncte la capitație și la servicii pentru perioada iunie-decembrie 2011, date puse la dispoziție în **luna mai 2011 de către CNAS**, avem **18.411.124** persoane înregistrate ca fiind “asigurate”, respectiv **1.991.486** persoane înregistrate ca fiind “neasigurate”, însumând un total de **20.402.610 persoane.** Pe baza acestor date s-au făcut și calculele pentru valorile de puncte la capitație și la servicii pentru anul 2012.

Comparând cele două valori rezultate din recensarea populației, respective evidențele CNAS, rezultă că populația aflată în evidența CNAS este mai mare decât cea rezultată la recensământ cu **147.744 persoane.**

Conform legislației în vigoare, “validarea” persoanelor ca fiind “asigurate” sau “neasigurate” se face prin programul SIUI în baza:

- declarației depuse de angajatori și plata contribuției pentru angajați;
- transferului de date de la instituțiile statului pentru persoanele asigurate prin efectul legii: pensionari, persoane cu handicap, beneficiari de legi speciale, elevi, etc.;
- prin plata directă.

Evidența acestor persoane se ține în format electronic pe bază de CNP, iar sistemul poate identifica “dublurile” de la medicii de familie și nu pot exista în sistem aceleași persoane înscrise la mai mulți medici.

De asemenea, cele 910.264 persoane plecate “timp îndelungat”, nu pot figura în evidențele medicilor de familie pentru că acestea au și domiciliul în altă țară și nu poate face nimeni pentru ei vreo “declarație” de venit ca să poată fi ținuți în evidențele SIUI, la fel și pentru cele 301.666 persoane “prezente temporar”.

În aceste condiții, pornind de la numărul de persoane “neasigurate”, furnizat din datele CNAS, de **1.991.486** și cele **19.042.936** persoane “stabile”, rezultate în urma recensământului, și făcând diferența între cele două valori, rezultă că populația “asigurată” ar fi de **19.042.936 – 1.991.486 = 17.051.450 persoane.** Față de cele 18.411.124 persoane “asigurate”, date de CNAS, rezulta o diferență de **1.359.674 persoane** luate în calcul, în plus, la numărul de puncte din capitație.

Analizând și din alt punct de vedere numărul de puncte din capitație, pe baza datelor afișate de CNAS pe site-ul propriu, unde sunt postate numărul de puncte realizate din capitație și din servicii,



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



Societatea Națională de Medicină Generală/Medicină Generală  
Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București  
Fax +40213154656

pe parcursul anului 2011, rezulta valori totale mult mai mici decât cele “oferite” de CNAS la calculul valorilor de puncte pentru anul 2012. Ținând cont și de faptul că în perioada ianuarie-mai 2011, plata capitației s-a făcut la persoane înscrise (asigurați + neasigurați), iar în perioada iunie-decembrie 2011 plata capitației s-a făcut numai la persoane “asigurate”, avem următoarele date:

Trim. I 2011 – **46.531.427,25 pct.** rezultate din asigurați + neasigurați.

Trim. II 2011 – **30.960.506,72 pct.** rezultate din asigurați + neasigurați și  
**14.263.865,72 pct.** rezultate numai din asigurați.

Trim. III 2011 – **42.959.032,90 pct.** rezultate numai din asigurați.

Trim. IV 2011 – **43.383.373,36 pct.** rezultate numai din asigurați.

Totalizând aceste puncte rezulta **178.098.205,95 pct. capitație** realizate din asigurați + neasigurați. Ținând cont de cei 1.991.486 persoane neasigurate și de faptul că aceștia se încadrează doar în grupa de mijloc a categoriilor de vârstă care este punctată cu 7,2 pct. /persoană/an, avem un total de **1.991.486 pers. X 7,2 pct. /an = 14.338.699,2 pct.** din capitație.

Pentru că în perioada ianuarie-mai 2011, calculul capitației s-a făcut la persoane asigurate + neasigurate, vom evidenția numărul de puncte de capitație rezultate de la persoanele neasigurate în această perioadă pentru a avea doar numărul de puncte din capitație rezultate numai de la persoanele asigurate. În aceste condiții, media lunară de puncte din capitație rezultate de la persoanele neasigurate este de: **14.338.699,2 pct. /12 luni = 1.194.891,6 pct.**

Adăugând și un procent de 10% care reprezintă sporurile (gradul profesional și sporurile de rural), reprezentând **119.489,16 pct.**, rezultă o medie lunară de **1.314.380,76 pct.** de capitație de la persoanele neasigurate. Pentru perioada ianuarie-mai 2011 avem un total de **1.314.380,76 pct. x 5 luni = 6.571.903,8 pct.** capitație realizate de la persoanele neasigurate.

Pentru a afla numărul de puncte din capitație, realizate în cursul anului 2011, numai de la persoanele asigurate, vom scădea din cele **178.098.205,95 pct. – 6.571.903,80 pct. = 171.526.302,15 pct.** din capitație realizate numai de la persoane asigurate.

Se poate trage o primă concluzie, rezultată din datele de până acum, și anume că dacă din 18.411.124 persoane “asigurate”, așa cum prezintă CNAS, rezulta 171.526.302,15 pct. de capitație, înseamnă că din **17.051.450** persoane “asigurate”, în mod real, conform datelor rezultate în urma recensământului, numărul de puncte din capitație va fi mai mic.

Făcând o medie a numărului de puncte alocate într-un an de zile unei persoane asigurate, indiferent de grupa de vârstă, pe datele CNAS, avem: **171.526.302,15 pct. /18.411.124 pers. = 9,3 pct. /an/persoană.** Înmulțind cele **9,3 pct.** cu cele **17.051.450 pers. asigurate**, rezulta un număr de puncte de **158.578.485 pct. de capitație.**



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



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală  
Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București  
Fax +40213154656

Respectând repartitia pe grupe de vârstă și a persoanelor instituționalizate sau pensionari de boală, conform datelor CNAS și aplicate la numărul de persoane rezultate din recensământ, avem următoarea configurare:

- 0-3 ani (4,32%) = **736.623**, din care instituționalizați (5,08%) **37.420**;
- 4-59 ani (72,13%) = **12.299.211**, din care pensionari de boală (7,14%) **878.164**;
- > 60 ani (23,55%) = **4.015.616**, din care instituționalizați (0,20%) **8.031**.

Aplicând acestor valori formula de calcul prevăzută în norme, respective punctajul alocat fiecărei grupe de vârstă, vom avea următoarele rezultate:

**La grupa de vârstă 0-3 ani** avem **736.623** copii, din care **37.420** instituționalizați și un număr de puncte corespunzător de: **736.623 - 37.420 = 699.203**; **699.203 x 11,2 = 7.831.073,6**; **37.420 x 11,76 = 440.059,2**, rezultând un total de **8.271.132,9 pct.**

**La grupa de vârstă 4-59 ani** avem **12.299.211** din care pensionari de boală **878.164** și un număr corespunzător de puncte: **12.299.211 - 878.164 = 11.421.047**; **11.421.047 x 7,2 = 82.231.538,4**; **878.164 x 11,2 = 9.835.436,8**, rezultând un total de **92.066.975,2 pct.**

**La grupa de vârstă > 60 ani** avem **4.015.616 - 8.031 = 4.007.585**; **4.007.585 x 11,2 = 44.884.952**; **8.031 x 11,76 = 94.444,56** rezultând un total de **44.979.396,56 pct.**

Însumând punctajul de la cele trei grupe de vârstă se obține un total de: **8.271.132,9 pct + 92.066.975,2 pct + 44.979.396,56 pct = 145.317.504,66 pct.** Ajustând această valoare cu un procent de 10% reprezentând sporurile de grad profesional și de rural, în cuantum de **14.531.750,46 pct.**, avem un total de **159.849.255,12 pct.** din capitație posibil realizabile.

Mergând mai departe și ținând cont de modul cum se calculează capitația, prin aplicarea formulelor prevăzute în norme, rezultând faptul că peste 2.200 de pacienți înscriși în lista unui medic de familie nu se mai plătește niciun punct de capitație, rezultă că din maximum de puncte posibil realizabile, un număr de **9.357.144 pct** nu se plătesc, ceea ce înseamnă că la plata directă rămân doar: **159.849.255 pct - 9.357.144 pct = 150.492.111 pct.!!!** La acesta suma de puncte realizabile, valoarea tarifară a punctului per capița pentru anul 2012 trebuie să fie **3,98 - 4,00 lei!!!**

Diferența de **9.357.144 pct.** rezultă că urmare a punctelor de capitație posibil realizabile la cei care au liste peste 2.200 de pacienți, reprezentând 2.702 medici dar la care se aplică formula de calcul prevăzută în norme prin care, numărul de puncte rezultate din repartitia pe grupe de vârstă se înmulțește cu raportul dintre 2.200/nr. pacienți asigurați din listă. Astfel, calculând doar un punctaj mediu la listele de peste 2.200 pacienți, rezulta un punctaj inițial de **60.012.510,56 pct.** care, după aplicarea formulei rămân doar **50.655.366,72 pct.**



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



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală  
Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București  
Fax +40213154656

Trebuie menționat și următorul aspect:

La o listă de **2.200** pacienți numărul de puncte din capitație realizate anual este de **18.747,36 pct. /an.** La liste mai mari de 2.200 de pacienți, acest punctaj nu se realizează, așa cum afirmă CNAS, ci este chiar mai mic în unele situații. Astfel:

- la o listă medie de **2.250 pacienți (liste între 2.201 – 2.500 asigurați)**, punctajul realizat, după aplicarea formulei este de **18.600,1 pct.** /an (-)
- la o listă medie de **2.750 pacienți (liste între 2.501 – 3.000 asigurați)**, punctajul realizat după aplicarea formulei este de **18.757,7 pct.** /an
- la o listă medie de **3.250 pacienți (liste între 3.001 – 3.500 asigurați)**, punctajul realizat după aplicarea formulei este de **18.549,1 pct.** /an (-)
- la o listă medie de **3.750 pacienți (liste între 3.501 – 4.000 asigurați)**, punctajul realizat după aplicarea formulei este de **18.854,9 pct.** /an
- la o listă medie de **4.000 pacienți**, punctajul realizat după aplicarea formulei este de **18.749,6 pct.** /an
- la o listă medie de **4.500 pacienți**, punctajul realizat după aplicarea formulei este de **18.408,07 pct.** /an (-)

În concluzie, afirmația celor de la CNAS că toți medicii care au liste peste 2.200 pacienți primesc un punctaj minim corespunzător celor cu maxim 2.200 pacienți, este falsă și încalcă astfel prevederile contractului cadru în care se specifică faptul că numărul de 2.200 pacienți este pentru “asigurarea calității serviciilor”, nicidecum că nu se mai plătește capitație deloc, și tot în Contractul cadru se afirmă că la medicii care au peste 2.200 pacienți înscrși pe listă, depunctarea se va face gradual. În plus, având aceste precizări în Contractul cadru care are caracter de lege și modul cum este aplicată formula în norme, se poate constata că nu se respectă prevederile legii și, în acest fel, norma adăugă la lege, la fel și în cazul “depunctării graduale” la medicii cu liste mai mari de 2.200 de asigurați, prevăzută în Contractul cadru, iar în norme este o depunctare fracționată, fiind tot o adăugare la lege.

În cazul aplicării formulei prevăzute în norme nu există o depunctare graduală ci fracționată, care nu permite unui număr de 1.627 medici de familie, cei cu liste cuprinse între 2.201-2.500 pacienți (1.351 medici), respectiv cei cu liste cuprinse între 3.000-3.500 pacienți (276 medici), să realizeze și să primească plata pentru capitație, cel puțin cât cei care au o listă de 2.200 pacienți!!!

**Având în vedere toate cele prezentate mai sus, considerăm că se impune modificarea valorii estimate a punctului de capitație la 4 lei.**

Pentru calculul valorii punctului la servicii, respectând tot datele furnizate de CNAS pe site-ul propriu și având în vedere faptul că nu s-a modificat modul de punctare a serviciilor și nici numărul maxim de servicii și vizite la domiciliu dintr-o lună, rezulta următoarele:

- trim. I 2011 – **70.061.448,08 pct.**
- trim. II 2011 – **66.315.537,27 pct.**



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



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală  
Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București  
Fax +40213154656

- trim. III 2011 – **77.065.501,52 pct.**
- trim. IV 2011 – **78.748.355,90 pct.**

Însumând avem un total de puncte realizate din servicii, într-un an de zile, de **292.190.842,77 pct.**  
Împărțind suma alocată de **600.000.000 lei** la această valoare, rezulta un tarif de **2,05 lei!!!**

Medicilor de familie nu le trebuie recalculări și nici păstrați bani pentru a se da recalculări. Valorile estimative ale punctelor trebuie să fie calculate la maxim, mai ales la capitație, unde nu este prevăzută în legislație recalcularea.

Și ar mai fi o observație la punctajul realizat la servicii. Numărul de puncte alocat unui serviciu este de **5,5 pct.**, iar unei vizite la domiciliu i se aloca **15 pct.** Indiferent care ar fi numărul de servicii sau vizite la domiciliu realizate într-o zi sau într-o lună sau într-un an, înmulțirea acestui număr de servicii cu punctajul acordat nu poate duce decât la o cifră terminate în "0" sau "5", pentru că se respectă o regulă elementară de aritmetică: orice număr înmulțit cu cifra "5" se termină doar în "0" sau "5", chiar dacă este și cu zecimale. Ori, după cum se poate observa din cifrele postate pe site-ul CNAS, toate valorile de puncte realizate trimestrial se termină cu două zecimale, în cifre pare sau impare, când de fapt ar trebui să existe doar o zecimală și aceea să fie cifra "5"!!!

Pentru a fi mai edificatori vom da următoarele exemple:

- Într-o zi se pot realiza maxim 20, 24 sau 28 servicii care, înmulțite cu 5,5 pct. /serviciu rezulta 110 pct., 132 pct., respectiv 154 pct. Aceste puncte se înmulțesc cu numărul de zile dintr-o lună 20, 21, 22 zile, rezultând 2.200 pct, 2.640 pct, respectiv 3.080 pct. Dacă avem cazuri de 13, 15 sau 17 servicii realizate zilnic, atunci vom avea, înmulțind cu cele 5,5 pct. /serviciu, 71,5 pct., 82,5 pct., respectiv 93,5 pct. realizate într-o zi. Acestea înmulțite cu 20, 21 sau 22 zile dintr-o lună, se vor obține, și dăm numai exemplele semnificative, 71,5 pct. x 21 zile = 1.501,5 pct; 82,5 x 21 = 1.732,5 pct., etc. Se poate observa că nu există nicăieri 2(două) zecimale, pentru că nu au de unde să rezulte. La punctarea vizitelor la domiciliu, unde se acorda 15 pct. /vizită, nu rezultă zecimale, deci și la însumarea punctelor realizate la servicii și vizite la domiciliu va trebui să rezulte tot o zecimală, "0" sau "5"!!

Faptul că aceste cifre afișate pe site-ul CNAS au o astfel de reprezentare, ne face să credem că acele valori sunt **false (!)** și nu reprezintă valorile reale realizate de medicii de familie!!!

Cu stimă,

Președinte FNPMF  
Dr. Doina Mihăilă

Președinte SNMF  
Dr. Rodica Tănăsescu

