



NR. 49 / 24.03.2016

Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF) și Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF), în calitate de reprezentanți ai medicilor de familie din România, doresc să contribuie la asigurarea continuității și coerenței politicii de asistență medicală primară/de familie în România.

În acest scop, SNMF și FNPMF elaborează și prezintă factorilor de decizie documente care reprezintă observații, propuneri, analize referitoare la actele normative în vigoare și în stadiul de proiect, precum și rapoarte de interes pentru asistența medicală primară.

De aceea, SNMF și FNPMF, în calitate de organisme reprezentative ale medicilor de familie din România, în conformitate cu OG nr. 27/ 2002 privind reglementarea activității de soluționare a petițiilor, formulăm prezenta:

Petiție

Astăzi, practicarea medicinei de familie în România a ajuns un demers dificil, complicat, greoi și care nu mai respectă niciunul dintre principiile exercitării unei profesii liberale.

Specialitatea noastră este sistematic desconsiderată de decidenți și în ciuda numeroaselor demonstrații teoretice, continuă să fie considerată un segment în care nu trebuie să se investească, dar de la care se așteaptă permanent reformare și evoluție.

Amintim prin protestul nostru că un segment profesional de o importanță covârșitoare în care nu se investește (cu atât mai mult cu cât se aștepta de la noi îndeplinirea unor obiective fundamentale de politică sanitară), nu poate progresa.

Principalele motive pentru care protestăm sunt:

1. Îngrădirea unei accesibilități optime a pacienților la serviciile medicale datorită deficiențelor multiple ale sistemului informatic PIAS al CNAS, mai ales de la intrarea în funcțiune a sistemului Cardului de sănătate.
2. Finanțarea deficitară a sistemului medical românesc și implicit a asistenței medicale primare (medicinei de familie)
3. Disfuncționalități și birocrație excesivă în toate sectoarele sistemului medical
4. Neplata conform contractului a serviciilor medicale/imputări nejustificate în sectorul medicinei de familie – mai ales datorate multiplelor erori ale SIUI.
5. Suprasarcini administrative și restricționări economice în activitatea medicală a medicului de familie, a cărui profesie a încetat să mai fie considerată și respectată drept profesie liberală.
6. Lipsa de receptivitate a decidenților la problemele, argumentele și propunerile medicilor de familie pentru îmbunătățirea eficienței sistemului medical.
7. Impunerea unui contract înjositor, care va genera distrugerea cabinetelor individuale de medicina familiei în România, împreună cu noile condiții impuse prin intrarea în vigoare a noului Cod Fiscal (imensa majoritate a cabinetelor de medicina familiei sunt cabinete medicale individuale).
8. Neacordarea dreptului de negociere a medicilor de familie în ceea ce privește legislația specifică activității lor.

Solicităm:



1. Creșterea procentului din PIB alocat sănătății la minimum 6% și creșterea alocării procentului alocat din FNUASS la 12% pentru AMP.
2. Recunoașterea dreptului de negociere a organizațiilor reprezentative ale medicilor de familie, pe legislația care le reglementează activitatea și consultarea reală a profesioniștilor din sănătate la elaborarea acesteia.
3. Retragera de la publicare a Contractului cadru 2016-2017, prorogarea lui în forma actuală și prelungirea actualului contract până la elaborarea unui nou convenabil pentru ambele părți, bazat pe respect, demnitate, comunicare între părți.
4. Gratuitate pentru serviciile medicale necesare personalului medical
5. Legislație specifică împotriva agresivității asupra cadrelor medicale, aplicabilă și în medicina familiei

Argumente

I. FINANȚAREA ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE

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

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

Asistența medicală primară este și trebuie să fie primul bastion în slujba sănătății oamenilor. Studiile internaționale au arătat de mult că țările cu o asistență medicală primară (medicină de familie) bine dezvoltată, au o populație mai sănătoasă, mai puține internări fără rost, o cheltuie mai eficientă a banilor din sistem. Studiile făcute pentru sistemul medical românesc de Banca Mondială, NICE etc, au arătat necesitatea imperioasă de dezvoltare și finanțare a asistenței medicale primare. S-au realizat, pe banii statului, programe și recomandări (realizate de experți mondiali) care zac prin sertare de ani de zile.

Procentul (vorbim de procent, căci ne referim la posibilitățile României, nu la sume în bani) alocat medicinei de familie în celelalte țări europene este de minim 9 până la 14% din sumele totale alocate sănătății. În România se alocă aproximativ 6,5% din FNUASS total, iar în 2016, datorită creșterii exclusive a finanțării segmentului spitalicesc, procentul va fi 5,8% din FNUASS total!

Solicităm creșterea finanțării medicinei primare prin rectificarea bugetară care să aducă medicina primară la nivelul recomandat de Banca Mondială, adică 12% din FNUASS. Din statisticile oficiale ale CNAS rezultă că medicina primară acordă mai mult de 70% din serviciile medicale din sistem deși finanțarea actuală a acesteia este de cca 5,8% din FNUASS total. Se poate observa cu ușurință o discordanță mai mult decât evidentă între investiții și așteptări!

În spitale lucrează aproximativ 30% din medicii țării și cam 30-40% din personalul medical mediu al țării. Cealți medici, din medicina de familie, din ambulatorul de specialitate (care reprezintă majoritatea) oare nu contează? Majoritatea personalului medical din România nu este personal bugetar! Pentru cabinetele noastre nu există nici o creștere a finanțării (deși tot pentru servicii medicale decontate din



FNUASS suntem plătiți), există în schimb un nou Cod Fiscal care se laudă că va scădea fiscalitatea și care în realitate ne împovărează insuportabil. Suntem în majoritate PFA prin decizia statului român (ord 124/1998) și nu prin alegerea noastră. Astăzi suntem, iată, prin impunerile noului Cod Fiscal, victime colaterale în dorința statului de a stopa inițiativa privată de la nivelul PFA.

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

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

În plus, printr-o comunicare deficitară de la nivelul CNAS nu avem nicio transparență legată de cheltuirea în totalitate a fondului Asistenței medicale primare, deoarece deși am solicitat în repetate rânduri și deși ni s-a promis deseori, nu au fost niciodată explicate transparent destinația și utilizarea sumelor trimestriale, motiv pentru care, deoarece calculele experților noștri demonstrează că nu toate sumele s-au întors în AMP, **am sesizat Curtea de Conturi asupra acestor aspecte, printr-un material depus în data de 12 februarie 2016.**

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

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

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

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



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București

Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656

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

Înregistrată la Administrația Prezidențială –
Înregistrată la Cancelaria Primului Ministru -
Înregistrată la Ministerul Finanțelor Publice -
Înregistrată la Ministrul Sănătății -
Înregistrată la CNAS -
Înregistrată la Comisia pentru sănătate și familie - Camera Deputaților
Înregistrată la Comisia pentru sănătate publică – Senat

- c. Memoriu privind finanțarea AMP – 15.01.2016, Înregistrată la Ministrul Sănătății
- d. Memoriu privind utilizarea bugetului AMP – 12.02.2016, înregistrat la Curtea de Conturi
- e. Participare la consultări pentru normele COCA – 16.02.2016 – în PV asociat acestei întâlniri am reiterat problema finanțării
- f. Propuneri și observații proiect Norme metodologice Contract-cadru 2016 și Propuneri și observații proiect Ordin reguli validare SIUI – depuse la CNAS în data de 19.02.2016
- g. Memoriu privind finanțarea, prorogarea COCA și recăpătarea dreptului la negociere, depus la Cancelaria primului Ministru al României la 23.02.2016
- h. Propuneri și observații proiect Contract-cadru 2016-2017 reafișat ms.ro (la transparență decizională) la 26.02.2016
- i. Propuneri și observații proiect PL-x nr 4/2016 Legea Prevenției depus la Comisia de Sănătate, Camera Deputaților la data de 9 martie 2016

II. RESPECTAREA PRINCIPIULUI NEGOCIERII

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

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

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

În toate țările membre ale Uniunii Europene medicii **negociază** contractele cu asiguratorii privați și publici. România impune aceste contracte și obține ceea ce are: un sistem din care medicii pleacă și rămân din ce în ce mai puțini, deși facultățile produc de două ori mai mulți medici decât ar fi nevoie. Negocierea ar obliga Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate să ia în considerare și părerea celor care practică medicina efectiv, a celor ce cu adevărat își doresc să practice medicina și să își vindece



pacienții: medicii. Fără negociere sistemul va rămâne la discreția CNAS, care nu a arătat nici măcar o secundă că poate gestiona sănătatea în România.

În toate procesele verbale ale consultărilor cu CNAS se poate observa că răspunsul a fost „nu se poate” la propunerile noastre. De multe ori răspunsul lipsește cu desăvârșire (contrar legii) sau, dacă există un răspuns, este doar un copy-paste al unui paragraf abscons. Din acest punct de vedere, apreciem că sistemul de comunicare al CNAS cu ceilalți actori din sistemul de sănătate este dezastruos! Acest tip de „răspuns” este un eufemism pentru „nu vrem”. CNAS nu dorește să accepte negocierea pentru că nu este capabilă să înțeleagă realitatea din teren.

Iată două exemple: la discuțiile privind sprijinirea medicilor de familie din mediul rural, conducerea CNAS a refuzat să ia în calcul datele oficiale ale Ministerului Muncii și Dezvoltării Sociale și a susținut că rețeaua de drumuri este asfaltată peste tot și că rețelele de apă potabilă și de canalizare se află în fiecare sat românesc. Sau, încă se insistă pentru lucrul în „offline” în dese perioade în care nu funcționează sistemele informatice, deși știm toți ca aceste servicii în general se invalidează ulterior și riscăm plata rețetei sau a altor servicii medicale. Astăzi există deja exemple în desfășurare cu situații conflictuale generate de imputarea sumelor direct medicilor de familie pentru nefuncționarea sistemelor informatice și lipsa unui circuit normal și fluid de comunicare (Constanța, Ilfov: rețete imputate medicilor deoarece au fost eliberat în sistem OFFLINE, când sistemul nu funcționa, Tulcea: rețete imputate medicilor de familie pentru eliberarea de medicamente oncologice în perioada când unicul oncolog din județ a fost plecat în concediu. Din aceste două exemple reiese clar faptul că nu există niciun prejudiciu financiar, totuși casele județene impută medicilor aceste sume!

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

Iată un scurt istoric al solicitărilor noastre (pentru care deținem procese verbale ale întâlnirilor noastre precum și răspunsurile seci ale CNAS):

1. În tabel observații proiect Contract-cadru octombrie 2015 - s-au solicitat:

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

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

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

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

2. În întâlnirea din 29.10.2015 la CNAS s-au solicitat:

- negocierea cu organizațiile profesionale, patronale, sindicale
- prelungirea termenului de 72 ore pentru transmiterea serviciilor în sistemul informatic la 96 de ore sau 3 zile lucrătoare
- publicarea pe siteul CNAS, trimestrial, a numărului de puncte realizat per capita și per serviciu, pe județe



- introducerea posibilității acordării de consultații programabile la cererea pacienților, în cadrul cărora acestia să poată primi rețete compensate/gratuite, trimiteri și investigații în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate
- creșterea finanțării asistentei medicale primare până la un procent de minimum 9% din FNUASS total

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

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

- III. **RETRAGEREA DE LA PUBLICARE A CONTRACTULUI CADRU 2016-2017, PROROGAREA CONTRACTULUI-CADRU 2014 – 2015 ÎN FORMA ACTUALĂ PÂNĂ LA ELABORAREA UNUIA NOU CONVENABIL PENTRU AMBELE PĂRȚI, BAZAT PE RESPECT, DEMNITATE, COMUNICARE ÎNTRE PĂRȚI.** Considerăm că un nou contract nu poate fi acceptat decât după după câștigarea dreptului la negociere și după reșezarea finanțării Asistenței Medicale Primare. Luăm în calcul aici inclusiv buna funcționare a sistemelor informatice puse la dispoziția noastră de CNAS.

Întrucât problema sancțiunilor este strict legată de funcționarea sistemelor informatice, argumentația va fi făcută împreună, după cum urmează:

În această perioadă s-a adoptat legislația pentru contractul pe 2016-2017., în ciuda solicitării noastre recente de prorogare a Contractului-cadru 2014 – 2015. Finanțarea este minimalistă. Spitalele beneficiază totuși de o suplimentare de aproximativ 16%. Asistenta medicală primară „beneficiază” de un **minus de 0,1%**, în condițiile în care **noul cod fiscal ne lovește dur**. Majoritatea suntem PFA prin decizia statului român încă din 1998. În condițiile în care și asistentele noastre și noi suntem „personal medical al României”, considerăm firesc să fim tratați ca atare. Suplimentarea vizează doar unitățile sanitare publice în timp ce cabinetele noastre, menținute în mod special într-o definiție ambiguă, care nu prezicează dacă sunt publice, sunt în fapt mai publice decât spitalele, dat fiind că asigură asistența medicală a unei bune părți a populației care nu vine NICIODATĂ ÎN CONTACT CU UN SPITAL!

Din nou apar în contract **sancțiuni** împovărătoare, dintre care unele sunt aberante. Medicii sunt sancționați dacă nu funcționează optim softurile impuse de CNAS și dacă nu se pot raporta serviciile în 72 de ore, dar nu se face nicio referire la incapacitatea sistemului informatic de a asigura tehnic aceasta posibilitate!

Birocrația este inimaginabilă, acaparând timpul pe care medicul ar trebui să-l acorde pacientului, nu actelor administrative. De ani de zile susținem eliminarea acestor abuzuri. Suntem sancționați pentru „încălcarea contractului”, adică pentru faptul că nu am putut folosi întotdeauna sistemele informatice deficitare puse la dispoziție de CNAS. Suntem sancționați dacă acordăm pacienților din zone defavorizate, (cu deficit al multor specialități) rețetele necesare, deoarece protocoalele terapeutice îngreșesc eliberarea multor medicamente uzuale. Aceste rețete ne sunt imputate ulterior, așa cum arată exemple recente (rețete offline neurcate în sistem la Constanța, Ilfov, rețete date de medici de familie pacienților cu cancer, în lipsa unui oncolog în județ).

Pe de altă parte, CNAS nu suferă nici o sancțiune pentru faptul că aceste sisteme informatice funcționează lamentabil, pentru că se invalidează sistematic servicii reale, pentru că plățile facturilor se fac



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

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

De-a lungul anilor ni s-au imputat rețete pentru că unii pensionari mai aveau o dobândă de 2 lei în afară de pensia sub 700 de lei, pentru că protocoalele terapeutice sunt în veșnică și neanunțată schimbare, pentru că în unele județe nu există suficienți oncologi (se vedea situația recentă de la Tulcea) sau diabetologi, iar medicii de familie au eliberat rețete conform scrisorilor medicale primite din spitale – unități care nu și-au putut asigura nici până acum logistica și circuitele necesare eliberării rețetelor pacienților la externare - etc. Toate aceste „nereguli” (care nu aduc prejudicii sistemului!) ar fi fost evitate dacă prin casele județene, CNAS ar fi făcut informările necesare, altfel prevăzute în contractele noastre la obligații ale caselor de sănătate, dacă sistemele informatice ne-ar fi atenționat (așa cum am cerut de zeci de ori), că pensionarul mai are și alte surse de venit (prin colaborarea cu celelalte sisteme informatice), că protocolul care limitează prescrierile medicale s-a schimbat, că pacientul figurează internat la data la care este și în cabinet pentru rețetă. Altfel spus, softul pus la dispoziție de CNAS nu optimizează funcționarea cabinetelor, solicită în schimb performanță și economie în sistem!

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

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

SNMF și FNPMF își reafirmă poziția neschimbată de 5 ani de susținători ai cardului național de sănătate, instrument care ar putea să facă ordine și să aducă transparență în sistemul medical.

Pentru a-și realiza unica menire, aceea de validare a serviciilor efectuate, sistemul cardului, extrem de complex, are nevoie de câteva elemente esențiale:

- Să funcționeze ireproșabil 24 din 24 de ore, pentru a nu perturba activitatea medicală;



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București

Fax +402121110062



Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656

- Să existe un serviciu de call-center, disponibil 24/7, care să preia și să rezolve imediat situațiile de card blocat/invalid sau alte probleme legate de sistemul CEAS
- Actualizările și repornirile sistemului, activitățile de mentenanță să se realizeze în afara perioadelor de activitate (seara, în weekend, nu în mijlocul zilelor lucrătoare!);
- Să aibă capacitatea tehnică de a prelua în timp optim toate serviciile medicale de care are nevoie populația;
- Să existe o relație optimă între diferitele componente ale PIAS.
- Toată populația României să aibă card (inclusiv copiii, neasigurații etc), pentru un adevărat control al efectuării serviciilor raportate; Copiii sunt mari consumatori de servicii medicale și dacă se dorește cu adevărat o economie sau o bună utilizare a fondurilor și așa insuficiente, una dintre cele mai utile măsuri ar fi ca și copiii să aibă card!
- Decidenții să fie capabili de comunicare și colaborare cu actorii din sistem.

Ani de zile am fost restricționați de la menirea noastră de medici și ne-am facut meseria printre piedici din ce în ce mai sugrumătoare. Cardul e deosebit de important ca instrument de control, de urmărire a banilor, dar abia atunci când CNAS va fi în stare să-l facă să funcționeze optim! Acum, grație sistemului execrabil în care a fost implementat cardul, relația noastră cu pacientul este profund viciată de frustrarea acumulată de ambele părți. Transparentizarea cheltuielilor din sistem nu trebuie să se facă prin deprofesionalizarea noastră și cu prețul sănătății cetățenilor. De aceea atenționăm decidenții să accepte realitatea, aceea că nu au pregătit suficient sistemul, cardul nu poate să fie în acest moment unicul instrument de validare și decontare a serviciilor acordate!

Considerăm că este necesară o comunicare eficientă, atât cu dezvoltatorii de softuri, pentru remedierea imperfecțiunilor, cât și cu furnizorii de servicii medicale de la toate nivelurile, chiar instruire tehnice acolo unde se cere. De aceea, solicităm să fie corect informată populația prin adevărate campanii în toată media.

Considerăm că este necesară recunoașterea valorii implicării noastre în implementarea tuturor instrumentelor de informatizare în sistem de până acum și încetarea blamării, a desconsiderării și chiar a culpabilizării medicilor de familie, în primul rând în fața pacienților.

Considerăm că este necesară adaptarea sistemelor informatice la fluxul serviciilor din sistem și nu impunerea unei atitudini care nu are legătură cu realitatea din teren. Este nevoie de o creștere a vitezei de transmitere a datelor, de o informare corectă a furnizorilor înainte de implementarea oricărei modificări, iar upgrade-urile trebuie să se producă în afara programului de lucru. Principalele probleme au fost și rămân la validarea serviciilor (aici vorbim de conexiunea SIUI, nu CEAS), la verificarea calității de asigurat, la validarea biletelor de trimitere/concediilor pentru incapacitate temporară de muncă, lucruri care se fac în SIUI și nu în CEAS.

Iată felul în care s-a putut realiza economia afirmată, practic prin nerecunoașterea serviciilor efectuate! Solicităm CNAS să pună la dispoziție date detaliate pe furnizori!

Înțelegem că sistemul cardului este încă la început de drum, un drum care a avut nevoie de 7-8 ani de pregătire. Pentru a deveni practicabil, acest drum trebuie croit împreună cu furnizorii de servicii medicale și cu pacienții, în respect pentru aceștia, trebuie îmbunătățit pornind de la recunoașterea și îndreptarea disfuncționalităților.

Disfuncționalități ale SIUI



SIUI furnizează (sau ar trebui să furnizeze) informații în timp real despre starea de asigurat a fiecărui cetățean al României. El corelează date de la mai mulți operatori, printre care CNAS (Casa Națională de Asigurări de Sănătate), ANAF, Ministerul Educației, Ministerul Muncii, Comisia Națională a Persoanelor cu Handicap, Evidența Populației etc. În orice moment, dacă bazele de date ar fi corelate, fiecare furnizor de servicii medicale ar trebui să primească date corecte, reale, privind situația asigurării de sănătate a fiecărui individ. Pentru pacienții peste 18 ani, aceste date ar trebui să fie preluate automat de sistemul cardurilor de sănătate, ceea ce înseamnă că, la utilizarea cardului, este furnizată situația la zi a asigurării de sănătate. În realitate există numeroase erori la nivelul SIUI, pentru că datele sunt fie introduse eronat, fie nu sunt la zi, fie nu sunt introduse deloc. Prin urmare, există numeroase erori ale SIUI care se răsfrâng automat asupra funcționării celorlalte elemente ale PIAS, care sunt legate de starea de asigurat. Iată mai jos doar câteva exemple:

- nu se poate elibera o rețetă compensată unui salariat care, deși are plata taxelor la zi, nu are datele introduse în sistem, figurând neasigurat - din momentul efectuării plății de către angajator și până acesta figurează asigurat în SIUI trec aproximativ 2 luni.
- SIUI nu precizează statusul pacienților incluși în legi speciale, astfel încât aceștia nu pot beneficia de reduceri suplimentare la servicii medicale, pentru că în SIUI nu sunt introduse certificatele de handicap sau statutul de beneficiar de lege special pentru revoluționari
- SIUI continuă să înregistreze cu mare întârziere (cca două luni) nou-născuții, astfel încât timp de două luni ei nu apar înscriși în sistemul informatic și nu pot beneficia de gratuitatea serviciilor medicale. Nu s-a acceptat înscrierea automată a acestora în SIUI odată cu preluarea imediat după naștere a micilor pacienți la medicii de familie, imediat ce aceștia beneficiază de CNP eliberat de Evidența populației, deși beneficiază automat de gratuitate a serviciilor medicale.
- Pacienți care nu mai sunt salariați, șomeri sau nu mai sunt în țară nu au statusul de asigurat actualizat, ei pot apărea asigurați în continuare în sistem, iar serviciile medicale pe care noi le acordăm ne sunt ulterior imputate.

Conform www.siui-monitor.ro, platforma web de monitorizare a funcționării SIUI, rata de erori generate de PIAS este de **8%**. Acest procent este enorm pentru un sistem informatic și cu atât mai mult pentru unul de care depind toți pacienții din România și pentru care nu există un sistem alternativ, în caz de avarie!

Disfuncționalități ale DES

SNMF susține dezvoltarea, implementarea și utilizarea Dosarului Electronic de Sănătate, considerând acest proiect o evoluție normală, în contextul progresului și a creșterii utilizării sistemelor informatice în domeniul sănătății.

În același timp însă, SNMF constată cu îngrijorare lipsa unei legislații clare referitoare la crearea, utilizarea și păstrarea DES și susține adoptarea, în cel mai scurt timp posibil, a cadrului legislativ referitor la utilizarea DES. Acesta ar trebui să conțină:

- informații generale privind tipul de date medicale, terminologia utilizată, sisteme de codificare utilizate, elemente de permisivitate pentru utilizarea transfrontalieră a datelor;
- reglementări privind instituția care găzduiește serverele și deține proprietatea asupra datelor din DES;
- reglementări privind consimțământul informat și explicit al pacientului pentru protecția corespunzătoare a dreptului la confidențialitate; în prezent avem pacienți care refuză înregistrarea



datelor lor medicale în DES, nu știm ce se va întâmpla cu consultațiile acestor pacienți, cum vor fi înregistrate și decontate de către CNAS;

- reglementări referitoare la acces, autentificare, autorizare și creare a DES;
- reglementări privind răspunderea în ceea ce privește utilizarea DES, durata arhivării și alte utilizări ale datelor conținute în DES;
- coordonarea DES cu Sistemul Informatic al Prescripției Electronice (SIPE) și Cardul Electronic al Asigurărilor de Sănătate (CEAS) precum și interoperabilitatea dintre aceste sisteme informatice;
- necesarul logistic pentru implementare și utilizare, inclusiv cerințele minime;
- alte reglementări de bune practici;
- asigurarea transparenței privind costurile de utilizare ale DES;

Considerăm absolut necesară standardizarea soluțiilor software utilizate în sistemul sanitar, astfel încât DES să fie pe deplin funcțional, accesat, completat și utilizat de către toți furnizorii la nivelul întregului sistem sanitar din România (cabinete de medicină de familie, cabinete din ambulatoriul de specialitate, centre de diagnostic și tratament, centre medicale, centre de sănătate, centre de permanență, laboratoare, unități sanitare publice și private cu paturi precum și alte unități sanitare publice și private) cât și la nivelul unităților farmaceutice. DES devine funcțional doar când este asigurată interoperabilitatea între furnizori, când aceștia pot accesa în timp real datele medicale relevante, investigațiile efectuate pacientului și rezultatele acestora, precum și când toate acestea conduc la eliminarea documentelor medicale pe suport de hârtie.

Nu în ultimul rând, SNMF consideră absolut necesare realizarea analizei cost-eficiență și a studiului de fezabilitate pentru DES sau publicarea acestora în cazul în care au fost deja realizate.

În acest sens, SNMF, prin grupul său de expertiză în e-health, a elaborat un document de poziție privind Dosarul Electronic de Sănătate. Acest document a fost trimis tuturor decidenților din sănătate, a fost tradus și trimis către reprezentanții Comisiei Europene și ai Băncii Mondiale, a fost discutat în dezbateri publice organizată de SNMF, mediatizat prin comunicare către presă și a fost expus în ambele variante pe pagina de web a SNMF.

Documentul de poziție în limba română privind DES poate fi consultat pe siteul SNMF la adresa: www.SNMF.ro/DES

Disfuncționalități ale SIPE

Sistemul de prescripție electronică a fost cea parte a PIAS care a mers cel mai bine de la bun început. A fost implementat treptat, cu pilotare, cu o bună comunicare, cu o instruire prealabilă a furnizorilor de servicii medicale, inițial în rândul medicilor de familie, și urma să fie generalizat la nivelul întregului sistem sanitar.

În realitate, după implementarea cu succes în medicina de familie, au început să apară problemele, până astăzi nefiind sută la sută realizată implementarea națională, principalul motiv invocat fiind insuficienta dotare a altor furnizori de servicii medicale cu logistică (internet, sistem informatic, calculator, imprimantă, semnătură electronică, proceduri). Totuși în acest moment toți furnizorii raportează activitatea către CNAS prin utilizarea semnăturii electronice extinse, ceea ce înseamnă automat prezența tehnicii necesare. Cu toate acestea, nici astăzi regulile de prescriere nu sunt respectate pentru toți pacienții



externați din spitale sau consultați în ambulatoriul de specialitate, lucru care se răsfrânge direct asupra pacienților. Iată câteva exemple:

- Contractul-cadru și normele sale de funcționare prevăd expres că medicului de familie îi este interzis să transcrie o rețetă care nu este urmare a actului medical propriu, dar că poate prelungi o terapie de lungă durată comunicată de medicul de altă specialitate, după lună în care această terapie a fost inițiată de acesta din urmă. Concret, medicul din ambulatoriu sau spital trebuie să scrie prima rețetă electronică și, dacă este cazul, pacientul se va prezenta din luna următoare la medicul de familie unde, pe baza scrisorii medicale emise din ambulatoriu sau spital, pacientul va primi continuarea tratamentului în următoarele luni. Scrisoarea medicală trebuie de asemenea să fie redactată în ambulatoriu sau spital pe un formular-tip care trebuie să respecte formatul din Contract.
- Medicul de familie are contractul de servicii medicale cu casa de asigurări pentru zilele 1-5 ale săptămânii (excepția sunt doar medicii care lucrează în centrele de permanență pentru a asigura urgențele specifice specialității noastre), ca urmare pacienții care ies din ambulatoriu sau din spital cu o rețetă care nu a fost emisă corect, în regim compensat, nu pot beneficia de acest drept al lor din pachetul de bază.

De exemplu, un pacient care este externat vineri după-amiază cu o recomandare de continuitate a tratamentului, dacă nu primește rețeta compensată va întrerupe tratamentul. Acest lucru se întâmplă extrem de frecvent, iar în cazul unui tratament anticoagulant sau antibiotic consecințele ar putea fi dezastruoase.

De la introducerea CEAS, au început să apară probleme importante în validarea și eliberarea rețetei electronice, astfel că în ultimele luni ne confruntăm cu multe erori de validare și la nivelul SIPE! În ultimele săptămâni numeroase întreruperi ale activităților din sistem au fost rezultatul acestor probleme recente ale SIPE. Consecința imediată a fost că pacienții nu au putut beneficia de rețeta compensată. Mai mult, deși SIPE permite și funcționarea în regim offline, există dificultăți pentru pacienți deoarece și farmaciile refuză deseori să elibereze rețete eliberate offline pe care nu le pot verifica, iar rețetele fractionate, adică atunci când pacientul nu găsește toate medicamentele într-o farmacie, nu pot fi eliberate decât dacă au fost emise în regim online. Prin urmare, interconectarea nu este optimizată.

Trebuie să se știe că farmaciile nu pot elibera rețetele pacienților noștri dacă sistemul e nefuncțional (rețetele nu au putut fi trimise în SIPE). Există rețete pentru boli acute/subacute cu valabilitate de 24/48 de ore, care sigur vor expira dacă sistemul nu permite eliberarea lor! Prin urmare, nu putem fi făcuți răspunzători de eșecul terapeutic în cazul în care pacienții nu și-au permis să cumpere la preț întreg acele rețete la care au de fapt dreptul, ca asigurați!

Consecința este că pacienții noștri sunt puși pe drumuri pentru o rețetă pe care nu o putem emite din motive de disfuncționalitate repetată a SIPE. Evident că aceste probleme se repercută asupra activității din cabinet și a actului medical în sine, a cărui calitate este impietată chiar de către cei care ar fi trebuit să o asigure!

Din aceste motive, vă aducem la cunoștință că:

- nu putem fi făcuți răspunzători pentru eventualele greșeli de prescriere a rețetelor (depășirea numărului maxim de medicamente lunare) deoarece sistemul de verificare pentru această regulă de prescriere nu poate fi accesat în mod offline;
- nu putem fi făcuți răspunzători pentru biletele de trimitere și rețetele emise asiguraților (care figurează în lista noastră cu această categorie de la ultimul import de personalizare) deoarece categoria de asigurat nu a putut fi verificată și există situații când se schimbă la început de lună;



- ni se pare firesc ca serviciile efectuate si semnate offline cu cardul în aceste dese perioade de avarie să ne fie decontate și nu imputate, așa cum s-a întâmpat! Dorim să ne fie validate serviciile efectuate în zilele in care sistemul nu a mers, chiar dacă acele servicii nu au fost validate in cele 72 de ore, deoarece sistemul nu a permis acest lucru!

În repetate rânduri am atras atenția asupra lipsei de prevedere a unui sistem alternativ pentru situațiile în care sistemul informatic nu merge, dar la demersurile noastre nu am primit răspunsuri oficiale. Reamintim că am solicitat de nenumărate ori **audit extern al sistemului informatic al CNAS** și am solicitat ca pentru toate erorile și pentru frecvența lipsă de funcționare să existe responsabili!

Încercând să valideze în timp real serviciile medicale oferite pacienților care au carduri, medicii de familie au constatat următoarele deficiențe grave ale sistemului informatic:

- cardurile primite de pacienți nu au putut fi activate, sau când sistemul informatic a funcționat, activarea a fost prelungită foarte mult, ceea ce a dus la prelungirea consultației mult peste durata uzuală;
- cardurile emise în ultima tranșă nu pot fi activate, ele apar ca invalide, iar pentru validarea lor trebuie sunat la casele de asigurări județene sau trebuie comunicată situația pe mail. Această procedură întârzie mult acordarea actului medical pentru care pacienții se prezintă la medic așa cum au fost îndrumați de către CNAS prin comunicate, la prima utilizare a cardului! Altfel spus, pacienții care au primit recent cardul nu îl pot utiliza imediat, desi sunt asigurați.
- serviciile medicale nu au putut fi validate cu cardul, astfel încât, dacă ar fi fost obligatorie utilizarea exclusivă a cardului, pacienții nu ar fi putut beneficia de acestea, conform drepturilor lor;
- procedura de deblocare a cardurilor este greoaie și cronofagă, situații care ar fi putut fi evitate dacă s-ar fi ținut cont de sugestiile noastre de a evita utilizarea PIN-ului.

Considerăm că este necesar să apară foarte repede modificările legislative și informatice necesare care să facă posibilă funcționarea în deplină siguranță și legalitate online și offline, până ce sistemul informatic va fi pus la punct, va funcționa fără erori, iar pacienții vor intra în totalitate în posesia cardurilor, pentru a evita discriminările.

Considerăm că este necesară o procedură simplificată de deblocare accesibilă tuturor furnizorilor de servicii medicale și mai ales pacienților, pe modelul deblocării cardurilor bancare.

Considerăm că este necesară o procedură clară pentru pacienții care nu au intrat încă în posesia cardurilor de asigurat, actuala soluție propusă de CNAS (printarea răspunsului interogării site-ului CNAS) intrând în contradicție cu L95 și normele din Contractul-Cadru și expunându-ne la eventuale imputări de servicii și prescripții medicale.

Considerăm că este necesară informarea corectă a tuturor cetățenilor privind procedurile de utilizare a cardurilor și adevărurilor de asigurat, precum și clarificarea funcționării sistemului în procedură offline.

Medicii de familie au atenționat și demonstrat de fiecare dată când sistemul informatic s-a blocat la nivel național. Cu toate acestea, am fost repetat acuzați de minciună de către reprezentanții CNAS în informările apărute în media. Deși ulterior s-a demonstrat că am avut dreptate în dese noastre interpelări, acuzele repetate de minciună au continuat. Trebuie precizat că îndemnul presedintelui CNAS de a acorda servicii medicale, rețete, trimiteri în condițiile blocajului sistemului, ne obligă să încălcăm legea (care prevede că serviciile medicale de care beneficiază pacienții asigurați se acordă numai în baza cardului)



și să fim puși în situația în care aceste servicii să nu fie decontate sau chiar să ne fie imputate, situație absolut inacceptabilă.

Asa-zisa „amprentă a cardului” despre care reprezentanții CNAS afirmă că este lăsată în sistem nu are corespondent în realitate, lucru care a fost de altfel demonstrat de specialiști IT într-una din Conferințele de presă pe care le-am organizat: dacă sistemul nu „vede” cardul, atunci nu se poate să existe o amprentă a ceva care nu este identificat, serviciile efectuate nu sunt înregistrate în sistem, iar numărul acestuia nu figurează înregistrat, ca urmare aceste servicii medicale efectuate nu sunt decontate niciunui furnizor, nu doar în medicina de familie! Sistemul este asemănător cu al cardului bancar: Nu poți introduce și scoate un card și apoi, pe baza „amprente cardului” să faci o tranzacție! Această problemă a apărut și în ambulatoriu și în spital și la alți furnizori de servicii medicale. Deasemenea, „urcarea” în sistem în 72 de ore a acestor servicii nu se poate realiza decât în prezența cardului, ceea ce presupune revenirea pacientului cu cardul la cabinet până când acest lucru devine din nou posibil. Totuși, erorile au fost corectate uneori după ore întregi de așteptare, poate chiar sâmbăta sau duminică. În acest caz, serviciile medicale efectuate în zilele de vineri nu mai pot fi validate până luni după amiaza deoarece se depășește intervalul legal de 72 de ore. În aceste condiții trebuie menționat că statistic vorbind, cele mai multe erori de sistem, lucrări de mentenanță, upgradări sau opriri ale sistemului apar vinerea, astfel încât serviciile medicale efectuate vinerea nu mai pot fi decontate până luni, ceea ce duce la o falsă economie, realizată de fapt prin neplata serviciilor efectuate de furnizori!

Considerăm că adeverința de asigurat care înlocuiește pe o perioadă de 2 luni cardul la persoanele care și-au pierdut, deteriorat sau au card emis dar nu a ajuns la titular, nu este suficientă pentru validarea și plata serviciilor, deoarece aceste adeverințe nu sunt înregistrate întotdeauna în sistem iar sistemul ne avertizează că „înregistrarea se face pe propria răspundere”. La fel se întâmplă și cu adeverințele eliberate persoanelor care refuza cardul din motive religioase. Valabilitatea de două luni nu acoperă intervalul până la care pacientul poate primi totuși noul card. Această situație pune pacienții pe drumuri până la sediile caselor de asigurări, pentru noi adeverințe! Vorbim de pacienți care sunt bolnavi cronici, unii nedeplasabili, cu mijloace precare de deplasare până la sediile caselor de asigurări, deoarece nu există un sistem simplificat electronic de eliberare a adeverințelor sau de expediere prin poștă.

Poate că din birourile CNAS, o oră de nefuncționare nu înseamnă mare lucru. În realitatea de zi cu zi a cabinetelor, a medicilor și a pacienților, dacă la ușa fiecărui cabinet sunt 5 - 10 bolnavi care așteaptă să fie consultați și să li se elibereze actele necesare, înseamnă că între 100.000 - 200.000 de pacienți și peste 20.000 de medici sunt afectați zilnic de acest inconvenient aparent minor al unei ore de nefuncționare - cât întreaga populație a unui oraș mare! Așadar, este necesar, din respect pentru cetățenii plătitori de sisteme informatice scumpe și dintr-un necesar profesionalism al CNAS (gestionarul și administratorul sistemelor informatice din sănătate și al fondurilor plătite pentru sănătate), ca sistemul să funcționeze ireproșabil.

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

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



aceste contracte – pentru a nu apărea discontinuități – în timp ce semnarea contractelor are loc mult mai târziu, după ce casele de asigurări își termină procedurile de prădire a mapelor

- Sancțiuni pentru nerespectarea termenelor de raportare a serviciilor medicale, termene aleatorii în funcție de județ și capacitatea logistică a caselor respective.
- Sancțiuni pentru nerespectarea elementelor contractuale legate de funcționarea cu dificultate a sistemelor informatice cu imputarea disfuncționalităților acestora celor care răspund și nu utilizatorilor acestuia, cu atât mai mult cu cât s-a dovedit că nu există mentenanță și nici echipamente care să permită accesarea cu ușurință mai ales în perioadele de raportare a serviciilor.
- Ajustări ale serviciilor din pachetul minimal și pachetul bazal, care să corespundă actualizării problemelor medicale cu care se confruntă România și care sunt susținute și de recente recomandări ale OMS chiar prin delegarea unor specialiști – în speță reintroducerea în contract a serviciilor de depistare a tuberculozei, precum și supravegherea prin tratament strict-supravegheat la nivelul asistenței medicale primare, asemănător situației de până în 2010. Precizăm ca vorbim de o situație dramatică pentru România, în care creșterea incidenței TBC precum și a Tuberculozei multidrog-rezistente asociată gradului de sărăcie a populației, a determinat o delegație a OMS să vină la CNAS și să solicite reintroducerea în pachetele de servicii a acestora menționate mai sus, careau dovedit un bun control în perioada menționată. NU cunoaștem motivul pentru care au fost eliminate la vremea respectivă din contracte.
- Revenirea numărului de domiciliu la 21 în medie, deoarece s-a demonstrat că nu s-au efectuat, la nivel național, nici măcar 21, pentru că timpul necesar deplasării este mare, cheltuielile necesare sunt mari. În plus pentru validarea acestor domiciliu e necesară deplasarea tehnicii de calcul și a legăturii la internet la domiciliul bolnavului, situație unică în lume.
- Introducerea unui articol similar celui prezent la capitolul de asistență ambulatorie de specialitate (Anexa2, art 24, pct ak) (ak) să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor medicale la cerere. În aceste situații furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate). Considerăm că în această situație suntem grav discriminați prin limitarea posibilității de a taxa serviciile „la cerere” numai la alte categorii de medici, cu excepția medicilor de familie!
- Eliminarea tuturor prevederilor abuzive de reziliere de contracte, acte ce aduc grave prejudicii furnizorilor, fără ca prezumpția de nevinovăție să fie luată în seamă. România este totuși un stat de drept. Greșeala dovedită trebuie sancționată, dar numai când ea este dovedită și este imputabilă medicului !
- Modificări legislative coerente care să precizeze clar ce se întâmplă în perioade de avarie a sistemelor informatice ale CNAS. Responsabilizare clară și introdusă în legislație privind funcționarea corectă și permanentă a tuturor aplicațiilor informatice ale CNAS. Intervențiile de așa zisă mentenanță nu pot să mai aibă loc în timpul de lucru al furnizorilor și fără anunțarea în prealabil a acestora. Sistemele alternative în caz de avarie sunt strict necesare, în așa fel încât să nu mai apară situații de afectare a actului medical sau a validării acestuia. Am propus inclusiv soluții alternative pentru situațiile în care NU funcționează sistemele informatice.
- Modificarea celor “72 de ore” care permit urcarea serviciilor în sistem cu “trei zile lucrătoare”, pentru a evita problemele deja semnalate la sfârșitul săptămânii, în mod repetat și care ridică suspiciunea unor economii voite.
- Eliminarea tuturor formelor birocratice. CNAS pune la dispoziție un sistem informatic unic care



- trebuie să țină locul oricăror forme de hârtie. Activitatea noastră ar fi în mod serios ămbunătățită dacă nu ar mai trebui să folosim și formularistica tipărită!
- Elaborarea unui Co-ca simplu și clar, care să permită strategii de dezvoltare a cabinetelor și a serviciilor oferite.

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

De aceea, solicităm **Retragerea de la publicare** a Contractului cadru 2016-2017, **prorogarea Hotărârii de Guvern** pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015 până la elaborarea unui nou convenabil pentru ambele părți, bazat pe respect, demnitate, comunicare între părți, după câștigarea dreptului la negociere și a reșezării finanțării Asistenței Medicale Primare. Solicităm prelungirea contractelor actuale prin act adițional (existând precedent) și retrimiteră Proiectului de HG pentru Contractul – Cadru 2016 – 2017 către Ministerul de resort și CNAS pentru actualizări pe baza negocierii cu furnizorii de servicii de sănătate.

Apreciem că este necesar să fim considerați adevărați parteneri. Sabotajul de care CNAS a vorbit în primele zile ale implementării cardului nu este în realitate la furnizori, ci tocmai la nivelul CNAS, care furnizează de fapt numeroase instrumente de limitare a cheltuirii banilor nu prin controlul real, ci prin nefuncționarea sistemelor informatice. Atenționăm că, în conformitate cu noul cod penal, constituie infracțiune restricționarea accesului la date ori împiedicarea în orice mod a funcționării unui sistem informatic, în scopul de a obține un beneficiu material pentru sine sau pentru altul, dacă s-a cauzat o pagubă unei persoane. În acest moment sunt păgubiți atât medicii care nu pot beneficia de recunoașterea întregii munci pe care o realizează în beneficiul pacientului dar, mai ales, sunt păgubiți cetățenii României care nu pot beneficia de serviciile medicale la care au dreptul prin lege.

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

În concluzie,

Principalele motive pentru care protestăm sunt:

1. Îngrădirea unei accesibilități optimale a pacienților la serviciile medicale datorită deficiențelor multiple ale sistemului informatic PIAS al CNAS, mai ales de la intrarea în funcțiune a sistemului Cardului de sănătate.
2. Finanțarea deficitară a sistemului medical românesc și implicit a asistenței medicale primare (medicinii de familie)



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București

Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656

3. Disfuncționalități și birocrăție excesivă în toate sectoarele sistemului medical
4. Neplata conform contractului a serviciilor medicale/imputări nejustificate în sectorul medicinei de familie – mai ales datorate multiplelor erori ale SIUI.
5. Suprasarcini administrative și restricționări economice în activitatea medicală a medicului de familie, a cărui profesie a încetat să mai fie considerată și respectată drept profesie liberală.
6. Lipsa de receptivitate a decidenților la problemele, argumentele și propunerile medicilor de familie pentru îmbunătățirea eficienței sistemului medical.
7. Impunerea unui contract înjositor, care va genera distrugerea cabinetelor individuale de medicina familiei în România, împreună cu noile condiții impuse prin intrarea în vigoare a noului Cod Fiscal (imensa majoritate a cabinetelor de medicina familiei sunt cabinete medicale individuale).
8. Neacordarea dreptului de negociere a medicilor de familie în ceea ce privește legislația specifică activității lor.

Solicităm:

1. Creșterea procentului din PIB alocat sănătății la minimum 6% și creșterea alocării procentului alocat din FNUASS la 12% pentru Asistența medicală primară (AMP).
2. Recunoașterea dreptului de negociere a organizațiilor reprezentative ale medicilor de familie, pe legislația care le reglementează activitatea și consultarea reală a profesioniștilor din sănătate la elaborarea acesteia.
3. Retragerea de la publicare a Contractului cadru 2016-2017, prorogarea lui în forma actuală și prelungirea actualului contract până la elaborarea unuia nou convenabil pentru ambele părți, bazat pe respect, demnitate, comunicare între părți.
4. Gratuitate pentru serviciile medicale necesare personalului medical
5. Legislație specifică împotriva agresivității asupra cadrelor medicale, aplicabilă și în medicina familiei

Așteptăm un răspuns în termenul legal prevăzut la articolul 8 din OG 27/2002 la adresa de email: office@snmf.ro

Pentru **SNMF**
Președinte
Dr. Rodica Tănăsescu

Pentru **FNPMF**
Președinte
Dr. Doina Mihăilă

