



Declarație de presă

Senatul Societății Naționale de Medicina Familiei (SNMF),
Consiliul director al Federației Naționale a Patronatelor de Medicina Familiei (FNPMF),
Comisia de medicina familiei a Colegiului Medicilor din România (CMF-CMR),
Reunite în ședință comună astăzi, 12 februarie 2011, comunică următoarele:

Degradarea progresivă a situației medicinei de familie în România, dar și a sistemului medical în general, au atins cote alarmante. Considerată baza piramidei oricărui sistem medical normal structurat, medicina de familie este astăzi minimalizată, se încearcă deprofesionalizarea medicilor, umilirea și învinovățirea lor ca metodă de mascare a incapacității decidenților din sănătate. Totodată, asistența primară cunoaște astăzi în România nivelul cel mai scăzut de finanțare și scăderea cea mai agresivă a veniturilor din sistem, în comparație cu a altor specialități, de altfel și ele grav subfinanțate. Organismele reprezentative pentru medicina familiei constată ca s-a ajuns la un nivel al lipsei de comunicare cu decidenții din sanătate, care nu mai poate fi tolerat. Situației financiare i se adaugă și accentuarea încărcării birocratice și lipsa de viziune a Ministerului Sănătății și a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în ceea ce privește locul și rolul asistenței medicale primare. Împreună cu noi se află reprezentanții Asociației Naționale Pentru Protecția Pacienților și ai Asociației Profesionale a Medicilor din Ambulator.

Începând cu 30 decembrie 2010, MS și CNAS au elaborat o adevărată avalanșă de acte normative, unele deja publicate, altele încă în proiect, acte care demonstrează fără dubiu dezavantajarea evidentă a celor pe care îi vizează în primul rând – pacienții și disprețul față de medici, adesea în contradicție cu Constituția țării, cu legile și directivele europene, lipsa oricărei legături cu activitatea din cabinete, lipsa oricărei consultări cu cei direct implicați – medicii și societatea civilă:

1. Contractul-cadru, pe doi ani, nesocotește principiul consolidării bazei pentru a întări întregul sistem, decapitează liberalismul profesiei medicale, afectează drepturile pacienților și încearcă subjugarea birocratică a medicilor din asistența primară, promovând falsa dezbinare și deprofesionalizarea; Proiectul de Norme de Aplicare a Contractului Cadru distruge orice speranță de supraviețuire a cabinetelor.
2. Actele normative privind informatizarea aruncă povara finanțării Programului de Informatizare asupra medicilor care, pe lângă falimentarea evidentă, vor fi din nou deprofesionalizați, fiind obligați să presteze servicii (de editare a cardurilor) care nu au legătură cu pregătirea profesională specifică, cu contractul lor și care, mai ales, dezavantajează grav pacienții.
3. Impunerea muncii forțate prin instituirea obligativității permanenței, fără asigurarea unei finanțări decente și a condițiilor legale de funcționare a centrelor de permanență (sediul, utilități, plata personalului angajat, pază, truse de materiale sanitare, condiții normale de desfășurare a activității medicale, plata la timp a gărzilor); mai mult, se impune folosirea ambulanțelor de către medicii de familie, „cu sau fără șofer, după caz”. În mod ilegal, se precizează că dacă medicii nu doresc un al doilea contract pentru permanență, vor fi penalizați cu 10% în primul contract, cel de asistență medicală primară.
4. Desființarea practic a sporurilor de zone izolate cu punerea în pericol a existenței asistenței medicale primare în mediul rural, drept de bază al pacienților, asigurat în Constituția României;
5. Decapitarea prevenției prin minimalizarea rolului îngrijirii omului sănătos, element fundamental al asistenței medicale în cabinetele de medicina familiei.
6. Subminarea specialității de medicina familiei prin atacul agresiv asupra pregătirii academice și a structurii vocaționale. Hotărârea reconversiei profesionale afectează grav specialitatea de medicina familiei și calitatea actului medical în această specialitate.
7. Transformarea medicilor de familie în cerberi meniți să sorteze acordarea asistenței medicale în opoziție cu legile României, prin impunerea plafoanelor orientative de prescripții la medicamente, care vor atrage după ele alegerea pacienților care consumă mai puține resurse din cele puse la dispoziție de decidenți.
8. Ingerința inacceptabilă în structura profund liberală a profesiei medicale



Am solicitat de nenumărate ori să participăm cu experiența și cunoștințele noastre la elaborarea actelor normative pentru a oferi MS și CNAS perspectiva noastră, de la nivelul pacientului – adevăratul beneficiar al tuturor măsurilor ministeriale. Am fost ignorați, în ciuda protocoalelor semnate de reprezentanții medicilor de familie cu MS și CNAS!

În aceste condiții medicii de familie din România consideră că au ajuns la capătul răbdării. Nu mai avem ce pierde. Este vorba atât de hotărârile cel puțin abuzive ale ultimelor luni, cât și de falimentul evident al cabinetelor noastre. Ne este afectată profesia, suntem puși să plătim Programul de Informatizare al MS și să „edităm carduri”, în loc să consultăm pacienții, ni se impune munca forțată fără asigurarea celor necesare, suntem umiliți în permanență aruncând vina dezastrului din sistem asupra medicilor. Se dorește să semnăm cu mâna noastră un contract ce ne va duce la faliment, care ar afecta atât serviciile medicale și tratamentele pe care trebuie să le oferim pacienților, ne-ar pune în imposibilitatea să ne întreținem cabinetele, să afectăm situația financiară a asistentelor noastre, a personalului nemedical și a noastră. Refuzăm să fim părtași la experimentul pe care Ministerul Sănătății dorește să îl impună românilor sub titlul de „reformă”.

Adunate în ședință comună Senatul SNMF, Adunarea Generală a FNPMF decid un set de măsuri pe care Comisia de MF a CMR îl susține de asemenea. Se decide:

1. Acționarea în justiție a tuturor actelor normative ce încalcă legislația în vigoare și drepturile fundamentale ale pacienților și medicilor, precum și sesizarea Uniunii Europene privind gravele încălcări ale directivelor europene.
2. Solicitarea organismelor de control abilitate să verifice modul în care MS și CNAS au gestionat banii contribuabililor.
3. Solicitarea intervenției primului ministru pentru a rezolva modul haotic în care Ministerul Sănătății înțelege să gestioneze criza sistemului de sănătate.
4. Solicitarea sprijinului pacienților noștri prin informarea lor directă și strângerea de semnături privind nemulțumirea lor asupra lipsei de transparență a modului în care banii lor sunt gestionați de către MS și CNAS.
5. Depunerea de către majoritatea medicilor de familie a cererilor de obținere a certificatelor de conformitate și facilitarea emigrării masive a medicilor de familie către țările în care respectul față de profesiunea medicală este normal;
6. Solicitarea sprijinului mass media și al societății civile pentru oprirea tăvălugului legislativ ministerial.
7. Împreună cu colegii de alte specialități ne vom opune încercărilor patetice ale ministerului de a induce o sciziune între specialități. Noi toți suntem medici și înțelegem cel mai bine că nu putem fi separați și cu atât mai puțin manipulați.
8. Atacarea în instanță a oricărui control injust sau ilegal la care ne așteptăm la ordinul Ministerului și CNAS.
9. În ultimă instanță refuzarea categorică a semnării unui contract înrobitor și înjositor. Vom continua să practicăm medicina fie în mod privat, fie în țări străine.

Nu ne așteptăm și nu mai dorim ca MS sau CNAS să ne cheme la „consultări”. Am pierdut în acest fel mult timp, inutil. Dorim să îi asigurăm pe guvernanți de întreaga noastră disponibilitate de colaborare în cazul în care doresc realmente să discutăm serios și bazat pe argumente dar și de hotărârea de a merge până la capăt cu protestele noastre în cazul în care nu vor înțelege cât de profund se înșeală denumind reformă un grup de documente ce vor distruge definitiv asistența medicală primară în România.

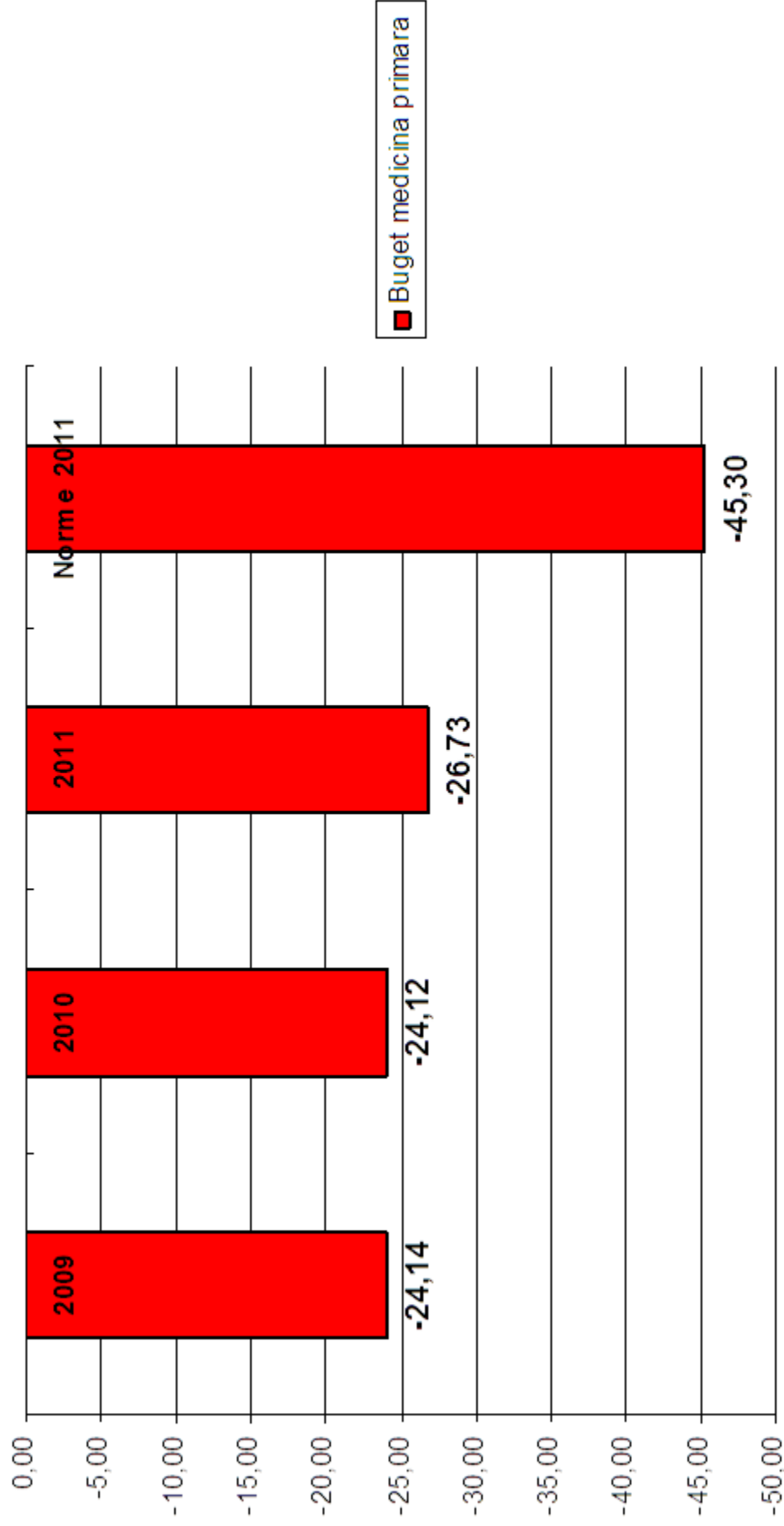
Președinte FNPMF
Dr. Doina Ileana Mihăilă



Președinte SNMF
Dr. Rodica Narcisa Tănăsescu

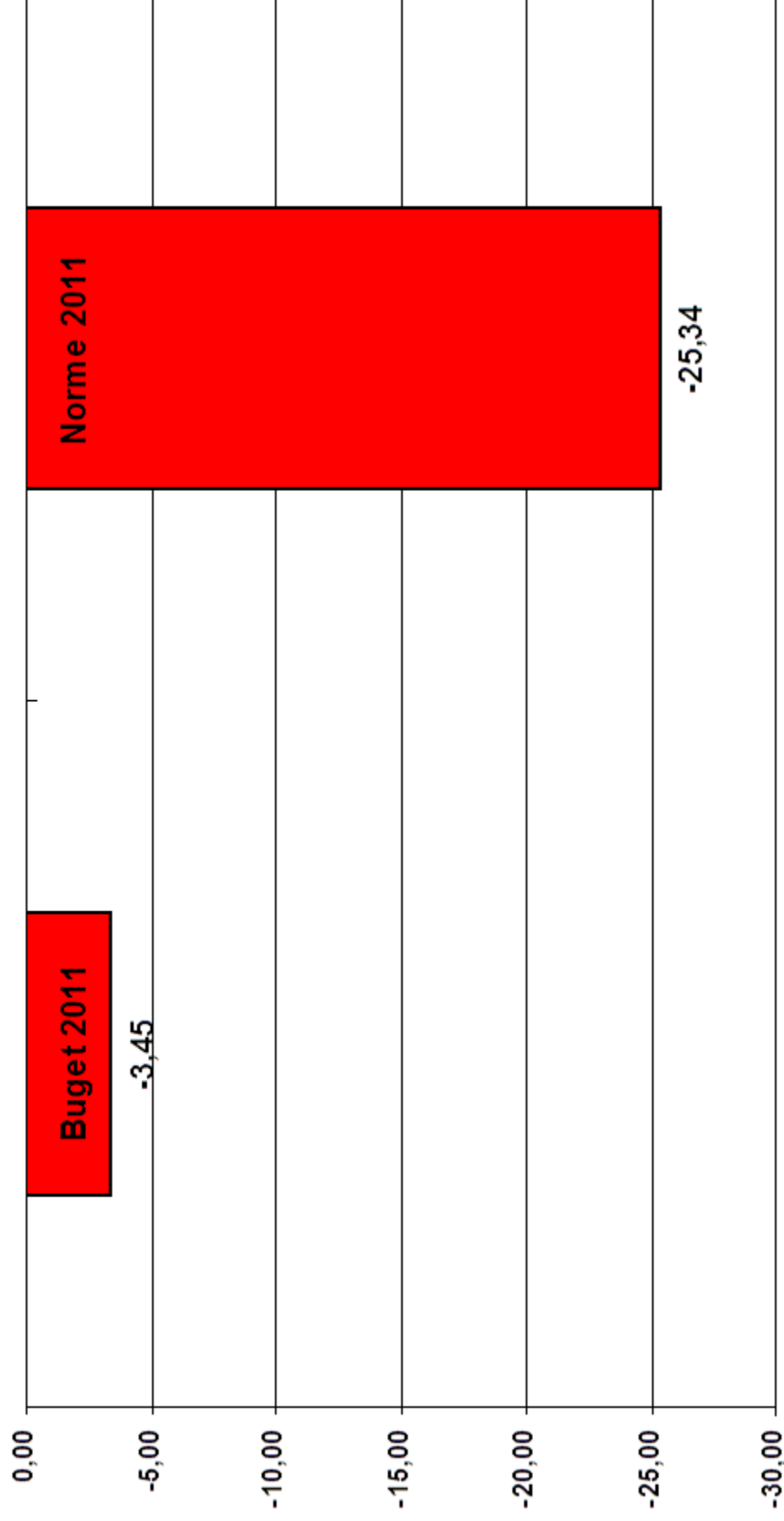


Buget medicina primara 2009, 2010, 2011 fata de 2008



Se constata scaderea dramatica a bugetului MP in 2009, 2010 si 2011 fata de 2008. Fata de bugetul alocat prin legea bugetului de stat, Normele, prin valoarea punctului PC/P,S arata ca exista scaderi chiar si fata de bugetul aprobat pe 2011.

Scaderi medicina primara in 2011 fata de 2010



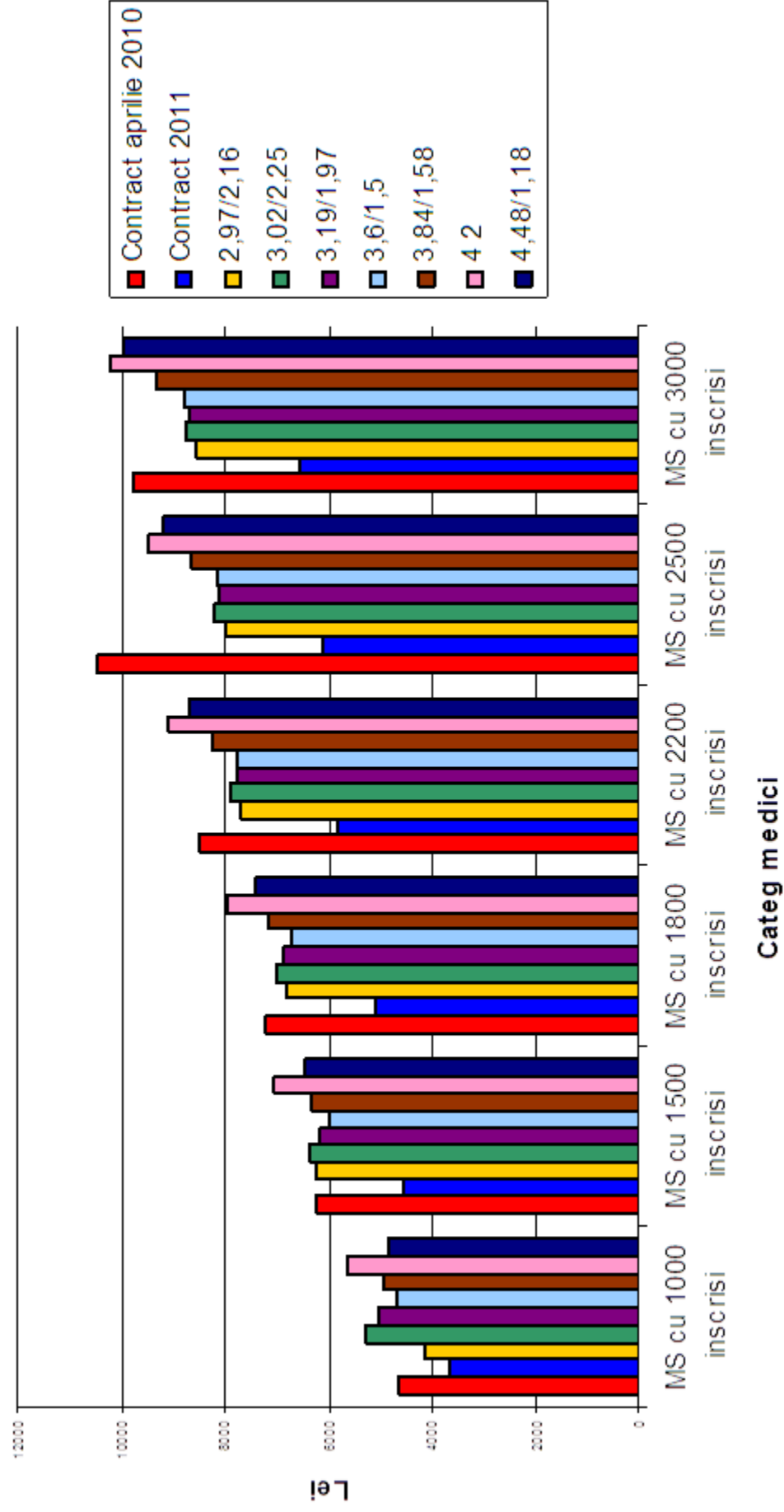
Daca prin Legea bugetului de stat s-a aprobat o suma cu 3,45% mai mica fata de 2010, valorile punctelor din Normele pe 2011 arata ca fata de 2010 este o scadere de 25,34%

SIMULARI VENITURI 2011

- Pe categorii de medici – grad profesional
- Numar de inscrisi
- Numar de consultatii
- 20 domiciliu pe luna
- Aceleasi criterii
- Valori PC/PS:

2,97/2,16
3,02/2,25
3,19/1,97
3,6/1,5
3,84/1,58
4/2
4,48/1,18

Simulari venituri M.S. cu 200 cons si 20 dom /luna



Ce înseamnă plata “per capita”, greșit denumită plată “pe listă”

Pe scurt, este un **abonament**, similar celui din sistemul medical privat, achitat însă de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, și nu direct de către pacient, **cabinetelor** de medicina familiei.

Cât costă abonamentul ?

În plata “per capita” **cabinetului** de medicina familiei i s-au plătit de către CNAS, în anul 2010, **2,7 lei/lună** pentru fiecare pacient înscris, cu excepția sugarilor și vârstnicilor, pentru care CNAS a plătit **4,2 lei/lună**.

Până în anul 2010, când a fost schimbat drastic contractul-cadru, în plata “per capita” erau incluse toate **consultațiile** oferite de medicul de familie. Altfel spus, un abonament care includea **consultații** nelimitate.

Ce include abonamentul ?

Din anul 2010, în plata “per capita”, deci în plata “**abonamentului**”, sunt incluse următoarele servicii și consultațiile aferente acestora:

- vaccinările copiilor și adulților
- examenele specifice ale gravidei (12 consultații pentru o sarcină)
- examenele specifice ale sugarului (9 consultații între 1-18 luni)
- examenul anual al pacienților
- controlul trimestrial al majorității pacienților cronici
- depistarea cazurilor noi de TBC, boli endemoepidemice
- consultațiile pentru urgențele medico-chirurgicale
- serviciile de consiliere pentru promovarea sănătății - educație medico-sanitară, consiliere pentru prevenirea și combaterea factorilor de risc, precum și consilierea antidrog
- serviciile de planificare familială.

Restul consultațiilor au fost plătite de CNAS în anul 2010 prin plata “per serviciu”, însă **limitate la 20 consultații/zi**:

- consultație pentru boală acută sau cronică – 4,95 lei
- consultație pentru monitorizarea (evaluarea) anumitor boli cronice – 4,95 lei
- consultație la domiciliu – 13,5 lei

Până în anul 2010, în plata “per capita”, erau incluse **toate consultațiile**.

Câteva **servicii** medicale erau plătite de CNAS distinct (plata “per serviciu”):

- vaccinare (6 lei),
- examenele specifice ale gravidei (12 lei) și ale sugarului (9-22 lei),
- examen anual al pacienților (5 lei),
- control trimestrial al unor pacienți cronici - diabet, insuficiență cardiacă și AVC (5 lei),
- depistarea unui caz nou de TBC (30 lei) sau boli endemoepidemice (5 lei),
- consultații la domiciliu (15 lei),
- consultații pentru urgențe medico-chirurgicale (9 lei),
- serviciile de planificare familială (5 lei).

Care sunt sumele totale plătite de CNAS cabinetelor de medicina familiei ?

Variază, în funcție de numărul de pacienți, de categoriile de vârstă, de cererea de consultații și de gradul profesional al medicului. Până la anularea sporurilor pentru mediul rural, variază și în funcție de aceste sporuri.

Până în anul 2010, pentru servicii, CNAS plătea în general o sumă între 500 și 1000 lei/cabinet, iar *abonamentul* „per capita”, pentru 1600 de pacienți (media pe țară), aproximativ 5000 lei lunar.

Din anul 2010, pentru servicii (consultații), CNAS plătește maximum 2349 lei (sumă aferentă pentru limita maximă impusă de 20 consultații/zi și o consultație la domiciliu/zi) și pentru *abonamentul* „per capita” maximum 7000 lei (sumă aferentă pentru numărul maxim de pacienți înscriși, 2200). În realitate însă, puține cabinete ating valorile maxime, media fiind 1500 lei pentru servicii (consultații) și 4000 lei pentru „per capita”.

Sumele efective în lei plătite cabinetelor pentru fiecare serviciu, consultație sau pacient, pe care vi le-am prezentat în acest document, rezultă în urma unor formule de calcul existente în Normele de aplicare ale Contractului-Cadru. Aceste formule au la baza

- un număr de puncte „per capita” (PC) aferent fiecărei categorii de vârstă și
- un număr de puncte „per serviciu” (PS) aferent tipurilor de consultații,

care se înmulțesc cu valorile în lei ale punctelor (valori hotărâte anual prin norme, de CNAS) pentru a obține suma efectivă plătită cabinetelor.

De exemplu:

- consultația la domiciliu are 15 puncte „per serviciu” aferente iar cea la cabinet 5,5
- în 2010 valoarea în lei a punctului „per serviciu” a fost de 0,9 lei

Deci **consultația la domiciliu** este plătită cabinetelor de medicina familiei cu $15 \cdot 0,9 = 13,5$ lei iar **consultația la cabinet** cu $5,5 \cdot 0,9 = 4,95$ lei

- pentru categoria de vârstă 4-59 ani sunt alocate anual 7,2 puncte „per capita”
- în 2010 valoarea în lei a punctului „per capita” a fost de 4,5 lei

Deci **„abonamentul”** plătit de CNAS cabinetului de medicina familiei, **pentru un pacient** cu vârsta între 4-59 ani, este de $7,2 \cdot 4,5 = 32,4$ lei anual, adică **2,7 lei lunar**.

Surse:

<http://www.cnas.ro/informatii-publice/valoarea-punctelor/valoarea-definitiva-a-punctului>

<http://www.cnas.ro/norme-contract-cadru/norme>

<http://www.cnas.ro/norme-contract-cadru/contract-cadru>