

WHITE PAPER

Versiunea 11.0 • 2026

Propunere de politică publică pentru optimizarea
managementului diabetului zaharat

Competența Interprofesională EDUCATOR ÎN DIABET

*Un cadru interprofesional pentru farmaciști, dieteticieni autorizați
și asistenți medicali, în colaborare structurată cu medicul diabetolog*

Tehnologia oferă date. Educatorul în Diabet oferă înțelegere.

INIȚIATOR

Ionuț Cărașu

Farmacist • Pacient DZ Tip 1 • Tulcea, România

Fundamentat pe: Tratatul de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice (România, 2026) • Ghidul SRDNBM 2021
Ghidul Educatorului – Moța 2010 • IDF Atlas ed. a 11-a / T1D Index 2024 • OMS 2382/2021

Rezumat executiv

Diabetul zaharat reprezintă una dintre cele mai mari poveri de sănătate publică din România: aproximativ 2 milioane de adulți afectați, o prevalență de 11,6% (printre cele mai ridicate din UE) și circa 1,3 milioane de pacienți aflați în tratament în Programul Național de Diabet Zaharat. În paralel, tehnologia modernă — pompe de insulină, sisteme hibride în buclă închisă, monitorizare continuă a glicemiei — a depășit capacitatea de consultație standard a medicului diabetolog, suprasolicitat și insuficient ca număr.

Problema. Între vizitele medicale, pacientul rămâne fără un profesionist instruit care să îi interpreteze datele, să îl educe farmacologic și nutrițional și să identifice problemele înainte ca acestea să devină complicații costisitoare.

Soluția. Operaționalizarea competenței interprofesionale „Educator în Diabet” pentru trei profesii deja reglementate — farmacistul, dieteticianul autorizat CDR și asistentul medical generalist — în colaborare structurată cu medicul diabetolog, pe modelul CDCES (educație și interpretare de date, fără ajustare autonomă de doze).

Ce se cere. Nu o lege nouă și nicio profesie nouă, ci trei mecanisme sub-legislative care există deja: atestat de studii complementare pentru farmacist (OMS 418/2005, actualizat prin OMS 1677/2025, cuplat la SFA 02 din OMS 2382/2021); extinderea listei de servicii conexe actului medical pentru dietetician (OMS 1992/2023); competență nouă prin Ordin MS pentru asistent, pe modelul SPIAAM.

Ce NU se cere. Nicio modificare a Legii 95/2006, a Legii 256/2015 sau a Legii 278/2015. Nicio extindere a competenței medicale. Niciun organism nou de reglementare — controlul rămâne la CFR, CDR și OAMGMAMR.

Mesajul fundamental: propunem operaționalizarea legislativă a unui consens academic existent de aproape două decenii (Ghidul Moța 2010 → Ghidul SRDNBM 2021 → Tratatul 2026), prin trei mecanisme juridice deja validate, coordonate într-un consorțiu interprofesional, măsurabile prin indicatori clinici recunoscuți internațional și scalabile la nivel național în 3-5 ani.

1. Povara diabetului în România — date epidemiologice

Dimensiunea problemei justifică urgența unui răspuns sistemic. România se numără printre țările UE cu cea mai ridicată prevalență a diabetului și cu unul dintre cele mai mari deficite de îngrijire continuă a pacientului.

~2 mil. persoane cu diabet (adulți 20–79 ani)	~1,3 mil. pacienți activi în PNDZ	11,6% prevalență — între cele mai mari din UE	~27.000 persoane cu DZ tip 1
--	---	--	--

Surse: Studiul Național PREDATORR; CNAS, Programul Național de Diabet (2023); T1D Index v3.0 / IDF Atlas ed. a 11-a (2024). Incidența DZ tip 1: ~9,7/100.000/an (EURODIAB).

Notă metodologică privind populația DZ tip 1.

Versiunile anterioare ale acestui document estimau ~180.000 de pacienți cu DZ tip 1, cifră derivată din regula globală „~10% din totalul cazurilor de diabet”. Această regulă nu se aplică României, unde incidența DZ tip 1 este printre cele mai scăzute din Europa (~9,7/100.000/an, EURODIAB). Sursele epidemiologice de referință (T1D Index v3.0 / IDF Atlas ed. a 11-a, 2024, www.t1dindex.org) estimează populația cu DZ tip 1 din România la ordinul a 26.000–29.000 de persoane. Cifra a fost corectată corespunzător.

De confirmat înainte de trimiterea finală: numărul operațional exact al pacienților insulino-tratați înscriși în Subprogramul de diabet zaharat tip 1 (CNAS), care reprezintă baza reală de beneficiari ai serviciului propus.

Deficit documentat. Doar ~1,3 milioane de persoane cu diabet se află sub tratament în PNDZ — puțin peste jumătate din totalul cazurilor estimate. România confirmă tendința globală IDF: unul din două cazuri de diabet rămâne nediagnosticat sau netratat. La aceasta se adaugă presiunea tehnologiilor moderne (CGM, pompe CSII, sisteme hibride în buclă închisă), care depășesc capacitatea de consultație standard a medicului diabetolog.

Aceste date nu sunt argumente abstracte. Sunt contextul în care un pacient cu DZ tip 1 trăiește cu o pompă de insulină și un senzor CGM și nu are la dispoziție niciun profesionist instruit — altul decât medicul său, suprasolicitat — care să îi interpreteze datele, să îl educe farmacologic și să identifice problemele dintre consultații.

„Tehnologia oferă date. Educatorul în Diabet oferă înțelegere.”

— Principiul director al propunerii

2. Fundamentul științific — continuitatea academică națională

Propunerea nu introduce un concept nou. Ea se sprijină pe trei documente academice naționale care, pe parcursul a aproape două decenii, au definit progresiv rolul educatorului în diabet: Ghidul Educatorului (Moța, 2010), Ghidul de management SRDNBM (2021) și Tratatul de referință (2026). Prezentăm cei trei piloni în ordine cronologică, pentru a evidenția continuitatea consensului.

2.1 Primul pilon — Ghidul Educatorului, Prof. Dr. Maria Moța, 2010

Ghidul Educatorului pentru Educația Terapeutică a Pacientului cu Diabet (coord. Prof. Univ. Dr. Maria Moța, Editura ILEX, București, 2010) este primul instrument național dedicat explicit formării profesioniștilor în educația terapeutică a diabetului. Elaborat sub egida SRDNBM, documentul definește competențele, metodologia și conținuturile esențiale ale educației terapeutice structurate — cu 15 ani înainte ca prezentul proiect să propună formalizarea lor legislativă.

► Șapte domenii de competență

Ghidul definește șapte domenii de competență ale educatorului în diabet: cunoașterea bolii, automonitorizarea glicemiei, alimentația, activitatea fizică, medicația, prevenția complicațiilor și calitatea vieții. Structura modulară propusă în prezentul White Paper (Secțiunea 10) este direct aliniată la aceste domenii.

► Educatorul ca profesionist distinct

Ghidul recunoaște explicit că educatorul în diabet este un profesionist cu rol distinct, cu formare dedicată și metodologie proprie — nu un suport informal al medicului. Această poziționare este fundamentul teoretic al propunerii: competența de Educator în Diabet necesită formare structurată, recunoaștere formală și cadru instituțional.

2.2 Al doilea pilon — Ghidul de management al DZ, SRDNBM 2021

Ghidul de management al diabetului zaharat elaborat de SRDNBM și Federația Română de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice (2021, consultant științific Prof. Univ. Dr. Maria Moța), 295 de pagini, 21 de capitole, este documentul clinic de referință al SRDNBM și conține referiri directe la profesioniștii eligibili pentru educația terapeutică.

► Cap. 3 (Prof. Dr. Doina Cătrinoiu) — Echipa multidisciplinară

Ghidul definește echipa de îngrijire ca incluzând specialiști în îngrijirea și educația DZ, medici, asistenți medicali și dieteticieni — validarea explicită a nevoii unui specialist dedicat educației terapeutice.

► Cap. 4.2 (Dr. Anca Cerghizan) — Modificarea stilului de viață

Ghidul specifică faptul că educația terapeutică se realizează în mod ideal de către o echipă formată din medic diabetolog, asistentă educatoare și dietetician certificat. Cele trei profesii propuse sunt exact cele nominalizate de ghidul național.

► Cap. 10.3 (Prof. Dr. Cristian Guja) — Managementul DZ tip 1

Autorul recomandă consilierea nutrițională cu personal calificat — dietetician acreditat — ca parte a managementului DZ tip 1.

► Cap. 14 (Prof. Dr. Cornelia Bala) — Educația terapeutică în DZ

„Educația terapeutică poate fi oferită și de alți profesioniști din domeniul medical — farmaciști, psihologi, asistenți comunitari — sau de alte persoane, după parcurgerea unui program de pregătire.”

— Ghidul SRDNBM 2021, Cap. 14, Tab. 14.2

Farmaciiștii sunt explicit nominalizați de ghidul clinic oficial al SRDNBM ca profesioniști eligibili pentru educația terapeutică — cea mai directă sursă de autoritate națională pentru propunerea de față.

2.3 Al treilea pilon — Tratatul de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice, România 2026

Tratatul de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice (România, 2026; coord. Prof. Dr. Bogdan Timar; Ed. Victor Babeș; 1530 de pagini, 145 de autori; ISBN 978-606-786-533-2) furnizează baza științifică actualizată pentru fiecare element al prezentei propuneri.

„Rezultatele cele mai bune sunt obținute atunci când asistența acestor bolnavi este asigurată de o echipă multidisciplinară. Aceasta ar trebui să includă, pe lângă diabetologul/endocrinologul care o coordonează, alți medici, precum și educator pentru diabet, nutriționist-dietetician, psiholog, asistent medical specializat, podiatru și farmacist.”

— Tratatul de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice, România 2026

„În țara noastră este necesară crearea unor programe structurate pentru educarea și pregătirea pacienților în vederea utilizării pompei de insulină.”

— Tratatul de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice, România 2026

„Educația pentru autogestionarea diabetului (DSMES) este considerată esențială, fiind recomandată în mod formal în patru momente-cheie: la diagnostic, la reevaluarea anuală a nevoilor, în cazul apariției unor complicații sau tranziții majore în viața pacientului, și ori de câte ori apar bariere în atingerea obiectivelor terapeutice.”

— Tratatul de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice, România 2026

Continuitatea academică: 2010 → 2021 → 2026.

Existența Ghidului Moța (2010) demonstrează că SRDNBM a recunoscut necesitatea educatorului în diabet cu cel puțin 16 ani înaintea prezentei propuneri. Ghidul SRDNBM 2021 și Tratatul 2026 (coord. Prof. Timar) continuă și consolidează această poziție. Prezentul White Paper nu propune un concept nou — propune operaționalizarea legislativă a unui consens academic existent de aproape două decenii.

3. Precedentul românesc — modelul funcționează deja

România nu pornește de la zero. Există deja, în sistemul public de sănătate, un precedent instituțional și unul de finanțare care demonstrează că modelul interprofesional de îngrijire a diabetului funcționează în contextul românesc.

3.1 Primul precedent — Centrul Cristian Șerban, Buziaș

Element	Descriere
Înființare	1991, prin inițiativă academică și clinică
Recunoaștere oficială	Introdus în sistemul public prin OMS nr. 946/1998
Specificitate	Singurul centru de profil din România; unul dintre cele mai mari centre europene specializate în diabetul copilului și adolescentului
Modelul de îngrijire	Echipă multidisciplinară — diabetolog, nutriționist, psiholog, educator — construită în jurul pacientului
Relevanță	Statul român a recunoscut deja, prin ordin ministerial, modelul interprofesional. Precedent juridic și instituțional direct.

Concluzie: modelul interprofesional nu este un import occidental. El există deja în România, validat de stat prin OMS 946/1998, și a funcționat timp de peste 30 de ani. Prezenta propunere îl extinde la scară națională, prin mecanisme juridice actuale, fără a solicita resurse legislative noi.

3.2 Al doilea precedent — Proiectul POSDRU ID 59775

România a demonstrat deja, prin finanțare europeană structurală, că formarea profesională în diabet pentru asistenții medicali este un obiectiv de politică publică legitim și finanțabil.

Element	Descriere
Titlul proiectului	Formarea profesională în domeniul diabetului, al nutriției și al bolilor metabolice și promovarea utilizării noilor tehnologii pentru asistenții medicali, în vederea eficientizării managementului activităților specifice
Identificator	Proiect POSDRU, ID 59775
Finanțare	Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane (POSDRU) 2007–2013
Beneficiari	Asistenți medicali din România — formare profesională structurată în domeniul diabetului, nutriției și bolilor metabolice
Relevanță	Statul român și Uniunea Europeană au finanțat deja formarea asistenților medicali în diabet ca prioritate de politică publică. Proiectul de față propune continuarea naturală a acestui traseu — prin recunoaștere formală în nomenclatorul de competențe.

Concluzie: precedentele naționale nu sunt simbolice. Ele dovedesc că statul român a recunoscut de două ori, în forme diferite, nevoia formării profesionale în diabet: o dată

instituțional (Centrul Cristian Șerban, OMS 946/1998) și o dată financiar-european (POSDRU 59775). Prezentul White Paper propune a treia recunoaștere — cea legislativă, scalabilă și permanentă.

4. Cadrul legal — cele patru căi legislative

Propunerea de față nu necesită modificarea niciunei legi în vigoare. Cadrul juridic pentru două dintre cele trei profesii eligibile există deja. O singură profesie (asistentul medical) necesită un Ordin MS nou — care urmează un mecanism consacrat, utilizat anterior pentru alte competențe.

Principiul fundamental al propunerii.

Niciun proiect de lege. Nicio inițiativă parlamentară. Nicio modificare a Legii 95/2006. Totul se rezolvă la nivelul Ordinului Ministerului Sănătății și al actelor normative ale organismelor profesionale — instrumente mult mai rapide și deja validate.

4.1 Golul legislativ existent

Termenul „Educator în Diabet” nu apare în: Legea 95/2006, Clasificarea Ocupațiilor din România (COR) și niciun Ordin al Ministerului Sănătății în vigoare. Cu toate acestea, componentele competenței există juridic pentru fiecare profesie. Sarcina este conectarea lor într-un cadru interprofesional.

4.2 Modelul 1 — Farmacistul: OMS 418/2005 + OMS 1677/2025 + OMS 2382/2021

OMS 418/2005 (MO nr. 489/09.06.2005) reglementează acordarea de atestate de studii complementare pentru medici, medici dentiști și farmaciști. Anexa III conține Catalogul specialităților farmaceutice și programele de atestat pentru farmaciști. OMS 1677/2025 (MO nr. 547/13 iunie 2025) a modificat activ Anexa III — adăugând poziții noi și extinzând lista programelor de atestat. Acesta este semnalul cel mai clar că ușa este deschisă chiar acum.

Procedura pentru farmacist — pas cu pas

1. Instituția de învățământ superior (UMF acreditată) propune programul de atestat „Educator în Diabet”, cu curriculumul complet, către Comisia de specialitate a Ministerului Sănătății.
2. Comisia de specialitate a MS avizează științific programul și curriculumul.
3. Colegiul Farmaciștilor din România (CFR) avizează în conformitate cu atribuțiile sale legale.
4. Ministrul Sănătății emite Ordinul de introducere a noii poziții în Anexa III (Catalogul specialităților farmaceutice).
5. Programul devine accesibil farmaciștilor. Atestatul se obține după parcurgerea cursului și promovarea examenului final.
6. Reacreditarea la 3 ani, conform sistemului de credite farmaceutice (EFC) — prevăzut deja în OMS 2382/2021.

Legătura critică cu OMS 2382/2021.

Nomenclatorul de Servicii Farmaceutice Avansate (OMS 2382/04.11.2021) include deja SFA 02 — Serviciul de gestionare a pacientului cronic diabetic. Mecanismul prevăzut: curs la UMF acreditată + atestat + reacreditare la 3 ani. Singurul element lipsă este cursul acreditat, pe care atestatul de studii complementare conform OMS 418/2005 îl furnizează exact.

4.3 Modelul 2 — Dieteticianul autorizat CDR: OMS 1992/2023

OMS 1992/14.06.2023 reglementează înființarea, autorizarea, dotarea, funcționarea și înregistrarea cabinetelor de liberă practică pentru serviciile publice conexe actului medical. Lista actuală include: biolog, biochimist, chimist, optician-optometrist, tehnician proteze/orteze, audiolog, terapeut vocal, fizician medical, sociolog medical, psiholog. Dieteticianul autorizat CDR nu apare încă explicit în listă.

Mecanismul de extindere pentru dietetician

1. Colegiul Dieteticienilor din România (CDR), organizație profesională legal constituită conform Legii 256/2015, inițiază propunerea de modificare a OMS 1992/2023 prin adăugarea dieteticianului autorizat CDR în lista serviciilor conexe.
2. Propunerea este susținută de SRDNBM și de CFR (precedent de colaborare: Legea 256/2015 prevede explicit colaborarea CDR cu CFR în analiza cazurilor de malpraxis).
3. Ministerul Sănătății emite Ordinul de modificare a OMS 1992/2023.
4. CDR emite autorizația de liberă practică pentru membrii săi cu calificare de bază și formare suplimentară acreditată.

4.4 Modelul 3 — Asistentul medical: modelul SPIAAM

Ministerul Sănătății a aprobat anterior competențe noi pentru asistenți medicali prin ordin ministerial, fără modificare de lege. Modelul consacrat este cel al competenței SPIAAM (Supravegherea, Prevenirea și Limitarea Infecțiilor Asociate Asistenței Medicale), al cărei Ordin MS a aprobat programul de pregătire, curriculumul complet și metodologia de obținere. Același mecanism este aplicabil direct pentru competența „Educator în Diabet”.

Procedura pentru asistentul medical

1. OAMGMAMR sau o instituție de învățământ superior acreditată propune fundamentat Ministerului Sănătății un nou program de pregătire complementară pentru obținerea competenței „Educator în Diabet”.
2. Comisia de specialitate a Ministerului Sănătății (cu avizul SRDNBM) analizează și avizează programul și curriculumul propus.
3. Ministerul Sănătății emite Ordinul de aprobare a competenței, care va include: obiectivele programului, curriculumul (durată, module, ore), criteriile de evaluare și examinare și reglementările de reacreditare EMC.
4. OAMGMAMR organizează și certifică programul de formare. Asistenții care promovează dobândesc competența „Educator în Diabet” în portofoliul lor profesional.

4.5 Modelul 4 — Distincția BC-ADM vs. CDCES

În literatura internațională există două modele principale de certificare în educația diabetului, cu implicații juridice distincte pentru contextul românesc:

Model	Descriere și implicație juridică
BC-ADM	Board Certified in Advanced Diabetes Management. Necesită drepturi de prescripție și ajustare autonomă de doze. În România ar necesita modificări legislative majore, inclusiv ale Legii 95/2006. NU se propune.
CDCES	Certified Diabetes Care and Education Specialist. Educație, interpretare de date, suport decizional — fără ajustare autonomă de doze. Se încadrează în limitele actuale ale legii române. SE propune.

Concluzie juridică fundamentală: modelul CDCES — pe care îl propunem — nu necesită modificarea Legii 95/2006 și nici a vreunei alte legi. Cadru juridic existent (OMS 418/2005 + OMS 2382/2021 pentru farmacist, OMS 1992/2023 pentru dietetician, modelul SPIAAM pentru asistent) acoperă integral mecanismele de implementare. Răspunderea juridică a fiecărui profesionist rămâne în limitele profesiei sale de bază.

4.6 Sinteza căilor legislative

Profesie	Mecanism	Acte normative	Status
Farmacist	Atestat de studii complementare (Anexa III) + SFA 02	OMS 418/2005 + OMS 1677/2025 + OMS 2382/2021	Cadru juridic complet existent. Nu necesită modificare de lege.
Dietetician autorizat CDR	Extindere listă servicii conexe + atestat CDR	OMS 1992/2023 (modificare) + Legea 256/2015	Necesită modificarea OMS 1992/2023 pentru a include dieteticianul.
Asistent medical generalist	Competență nouă cu curriculum aprobat prin Ordin MS	Model SPIAAM + Legea 278/2015	Necesită Ordin MS nou pentru competența Educator în Diabet.

Cele trei profesii eligibile au trasee legislative diferite, dar toate sunt fezabile prin mecanisme sub-legislative (ordine ministeriale). Coordonarea lor într-un consorțiu (CFR + CDR + OAMGMAMR + SRDNBM + MS) este pasul următor, după validarea clinică în faza-pilot.

5. Contextul internațional — modele validate

România nu este prima țară care construiește acest rol. Modelele internaționale confirmă faptul că abordarea interprofesională este singurul model care funcționează la scară.

Țară / Model	Profesii eligibile	Organism acreditator	Specificitate
SUA — CDCES	Farmacist, medic, asistent, dietetician, psiholog, fizioterapeut, educator în sănătate	ADCES / CBDCE	Certificare interdisciplinară, formalizată din 1973. Peste 19.200 de profesioniști certificați activ.
UK — NHS	Farmacist, asistent, dietetician, fiziolog	RPS / NHS	Integrat în NHS, salarizat ca specialist clinic.
Australia — ADEA	Farmacist, asistent, dietetician, fiziolog sportiv, podiatru	ADEA (CDE)	Recunoscut în sistemul public de sănătate.
Germania — DDG	Farmacist, asistent, dietetician	Deutsche Diabetes Gesellschaft	Rol educațional, fără ajustare autonomă de doze.
România — propus	Farmacist, dietetician autorizat CDR, asistent medical	CFR + CDR + OAMGMAMR + SRDNBM	Prima competență interprofesională în DZ din România. Cadrul juridic pentru farmacist există deja (OMS 2382/2021).

Reper de curriculum internațional.

IDF School of Diabetes (platforma educațională a Federației Internaționale de Diabet) oferă un curriculum structurat, recunoscut internațional, pentru formarea profesioniștilor din echipa de diabet. Acesta poate constitui un reper metodologic pentru trunchiul comun al programului românesc (Secțiunea 10) și o sursă de aliniere la standardele globale de educație terapeutică.

Niciuna dintre aceste țări nu a obținut recunoașterea acestui rol printr-o decizie ministerială directă. Toate au parcurs același traseu: pilot clinic documentat, susținerea societăților profesionale, date publicate, recunoaștere formală. Ordinea contează.

Distincție critică: „nutriționistul” fără calificare formală NU este eligibil. Singurul profesionist din domeniul nutriției cu competența legală de a lucra cu pacienții diabetici este dieteticianul autorizat CDR, cu diplomă de licență în nutriție și dietetică (3 ani, facultate de medicină acreditată) și autorizație de liberă practică CDR, conform Legii 256/2015.

6. Profesiile eligibile

Farmacistul

Bază legală: Legea 95/2006 Titlul XIV + Legea farmaciei 266/2008 + OMS 2382/2021 (SFA 02) + OMS 418/2005 (atestat). **Organism:** Colegiul Farmaciștilor din România (CFR).

Contribuție specifică în echipă: farmacologia insulinelor (farmacocinetică, farmacodinamică, analogii disponibili pe CNAS), analiza rapoartelor CGM și AGP, identificarea tiparelor glicemice cu semnificație farmacologică, analiza interacțiunilor medicamentelor cu impact glicemic, educația privind utilizarea pompei de insulină și a senzorilor CGM, redactarea raportului farmacologic structurat transmis medicului diabetolog. Cadrul legal pentru SFA 02 există deja prin OMS 2382/2021 — lipsește cursul acreditat, pe care atestatul OMS 418/2005 îl furnizează.

Validare (Ghid SRDNBM 2021): Cap. 14 (Bala) — *farmaciștii sunt nominalizați explicit ca profesioniști eligibili pentru educația terapeutică în diabet, după formare specifică.*

Dieteticianul autorizat CDR

Bază legală: Legea 256/2015 privind exercitarea profesiei de dietetician + OMS 1992/2023 (servicii conexe actului medical). **Organism:** Colegiul Dieteticienilor din România (CDR).

Contribuție specifică în echipă: educația nutrițională specifică diabetului — calculul carbohidraților (carb counting), indicele glicemic, efectul grăsime-proteină (fat-protein effect), planificarea meselor în raport cu schema insulinară. Gestionarea nutrițională a efortului fizic și a situațiilor intercurrente. Numai dieteticianul autorizat CDR cu diplomă de licență are competența legală de a lucra nutrițional cu pacienții bolnavi; tehnicianul nutriționist NU este eligibil. Calea legislativă: extinderea OMS 1992/2023.

Validare (Ghid SRDNBM 2021): Cap. 4.2 (Cerghizan) — *dietetician certificat, parte a echipei ideale de educație terapeutică; Cap. 10.3 (Guja) — dietetician acreditat recomandat pentru managementul DZ tip 1.*

Asistentul medical generalist

Bază legală: Legea 278/2015 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist + model SPIAAM. **Organism:** OAMGMAMR.

Contribuție specifică în echipă: educația privind tehnica de injectare, rotația locurilor de administrare, prevenirea lipodistrofiilor, utilizarea practică a dispozitivelor. Monitorizarea clinică, identificarea semnelor de hipoglicemie și hiperglicemie, educația pentru urgențe (glucagon, protocol 15-15). Cel mai prezent profesionist clinic în relația directă cu pacientul. Calea legislativă: Ordin MS nou de aprobare a competenței, pe modelul SPIAAM.

Validare (Ghid SRDNBM 2021): Cap. 4.2 (Cerghizan) — *asistentă educatoare, parte a echipei ideale, conform ghidului clinic național.*

6.1 Condiții de acces comune

Cerință	Detaliu
Calificare de bază	Diplomă de licență în profesia respectivă + autorizație activă de la organismul reglementator

Cerință	Detaliu
Experiență minimă	Minimum 2 ani de practică activă, cu contact documentat cu pacienți cu diabet
Program de formare	Curs postuniversitar acreditat, 250–400 de ore, organizat de o instituție de învățământ superior în colaborare cu SRDNBM și colegiile profesionale
Certificare	Examen național standardizat; consorțiu CFR + CDR + OAMGMAMR; aviz SRDNBM
Reacreditare	La 5 ani (farmacist: la 3 ani, conform OMS 2382/2021); credite EMC/EFC în diabetologie

6.2 Organisme de reglementare și guvernare profesională

Fiecare dintre cele trei profesii eligibile este reglementată de un organism profesional cu personalitate juridică, registru național, cod deontologic și mecanism de control al practicii. Propunerea nu creează un vid de responsabilitate și nu necesită un organism nou — infrastructura instituțională există deja.

Profesie	Organism	Atribuții relevante	Bază legală
Farmacist	CFR	Acreditare curs, eliberare atestat, reacreditare la 3 ani (EFC), control al exercițiului profesional, retragerea dreptului de practică	Legea 95/2006 Titlul XIV + OMS 418/2005 + OMS 1677/2025
Dietetician CDR	CDR	Acreditare curs, autorizare liberă practică, registru național, standarde de competență, control etic	Legea 256/2015 + OMS 1992/2023
Asistent medical	OAMGMAMR	Avizare anuală, registru național, aprobare competențe prin Ordin MS, control disciplinar	Legea 278/2015 + model SPIAAM

Argument-cheie: când medicul diabetolog sau Ministerul Sănătății va întreba „Cine controlează că educatorul face treaba corect?”, răspunsul este imediat — CFR pentru farmaciști, OAMGMAMR pentru asistenți, CDR pentru dieteticieni. Exact cum controlează acum practica curentă a membrilor lor. Nu se creează un organism nou; se folosește infrastructura existentă.

7. Ce face și ce nu face Educatorul în Diabet

7.1 Competențe comune tuturor profesiilor eligibile

- educație structurată DSMES, în componenta de expertiză a fiecăruia;
- identificarea tiparelor problematice CGM și sesizarea medicului diabetolog;
- educație privind situații intercurrente: boli infecțioase, efort fizic, călătorii, stres;
- monitorizarea aderenței și identificarea barierelor;
- triere și escaladare către medic sau UPU, când este cazul;
- raport structurat de constatare transmis medicului diabetolog curant.

7.2 Competențe specifice

Farmacistul — componenta farmacologică

- analiza AGP: TIR, TBR, TAR, CV, tipare zilnice;
- identificarea discordanțelor farmacocinetice între insulina utilizată și profilul glicemic;
- analiza interacțiunilor medicamentelor cu impact glicemic;
- educație privind utilizarea pompei de insulină și a senzorilor CGM;
- constatare farmacologică + recomandare structurată transmisă medicului.

Dieteticianul autorizat — componenta nutrițională

- educație carb counting și raportul insulină/carbohidrați;
- planificarea meselor în raport cu schema insulinică prescrisă;
- ajustarea dietetică în situații speciale;
- identificarea impactului nutrițional al variabilității glicemice.

Asistentul medical — componenta clinică

- tehnica de injectare și prevenția lipodistrofiilor;
- educație pentru gestionarea hipoglicemiei și utilizarea glucagonului;
- monitorizare clinică structurată.

7.3 Ce NU face niciun Educator în Diabet

Educatorul în Diabet NU: stabilește diagnostic • nu inițiază terapia insulinică • nu modifică independent schema de tratament • nu prescrie medicamente • nu înlocuiește consultația medicală • nu ajustează autonom dozele de insulină.

Orice constatare se transmite medicului curant sub forma unui raport structurat. Decizia terapeutică finală aparține exclusiv medicului diabetolog. Răspunderea juridică nu se modifică.

7.4 Psihologul — destinat al referirilor

Psihologul clinic cu expertiză în diabet nu face parte din competența Educator în Diabet — are deja un rol propriu, distinct și complet: diabetes distress, burnout diabetic, anxietatea hipoglicemică, depresia asociată bolii cronice. Educatorul în Diabet are competența și obligația de a identifica aceste tablouri și de a trimite pacientul către psihologul clinic. Psihologul este destinatarul referirilor, nu un competitor.

8. Modelul operațional – flux clinic și indicatori

8.1 Fluxul clinic

1. Pacientul sau medicul identifică o situație intermediară: hipoglicemii recurente, variabilitate mare, întrebări despre medicație asociată, dificultăți cu pompa sau CGM.
2. Educatorul în Diabet colectează datele: raport CGM 14 zile, schema insulinică, lista medicamentelor, jurnal alimentar (dacă e disponibil).
3. Educatorul aplică protocolul de analiză standardizat, identifică tiparul și constatarea specifică expertizei sale.
4. Educatorul transmite raport structurat medicului și comunică educația corespunzătoare pacientului. Dacă identifică o urgență, direcționează imediat.
5. Medicul primește raportul, decide ajustarea terapiei și confirmă sau modifică recomandările. Consultația devine mai eficientă.

8.2 Indicatori de performanță pentru proiectul-pilot

Indicator	Țintă	Semnificație
TIR (Time in Range)	≥ 70% (70–180 mg/dl) la adulți cu DZ tip 1	Indicatorul primar al calității controlului glicemic. Măsurabil obiectiv prin CGM.
TBR (Time Below Range)	< 4% sub 70 mg/dl; < 1% sub 54 mg/dl	Indicatorul de siguranță. Reducerea hipoglicemiilor = primul beneficiu așteptat.
Hipoglicemii severe / DKA	Reducere per pacient/an	Impact direct asupra costurilor de spitalizare.
CV (variabilitate glicemică)	< 36%	Reflectă concordanța dintre insulină, alimentație și comportamentul pacientului.
Aderență	Utilizare CGM > 70% timp activ	Frecvența consultațiilor cu educatorul și cu medicul.
Satisfacția pacientului	Scor PES și DES-SF	Măsurarea autonomiei și încrederii pacientului.

8.3 Cele patru momente esențiale ale educației terapeutice (Ghid SRDNBM 2021, Cap. 14)

Ghidul SRDNBM 2021 definește patru momente în care educația terapeutică trebuie să fie accesibilă pacientului. Educatorul în Diabet asigură continuitatea educațională în toate patru:

Moment	Rolul Educatorului în Diabet
1. La diagnostic	Educație inițială: tehnica injectării, automonitorizare, calcul glucide, utilizarea dispozitivelor
2. Anual	Reevaluarea obiectivelor, interpretarea AGP, actualizarea educației nutriționale
3. La complicații	Educație adaptată: hipoglicemie, efort fizic, management stres-glicemie
4. Schimbare de echipă	Continuitate educațională: transfer de informații, reevaluarea obiectivelor comportamentale

9. Cadrul de acreditare — consorțiul instituțional

Fiecare profesie eligibilă are o cale legislativă proprie (detaliată în Secțiunea 4). Consorțiul instituțional are rolul de a coordona aceste căi, de a valida științific curriculumul comun și de a emite certificarea națională interprofesională.

Organism	Rol în consorțiu
CFR	Temei legal: Legea 95/2006 Titlul XIV + OMS 418/2005 + OMS 2382/2021. Propune și acreditează programul de atestat pentru farmacist (Anexa III). Gestionează SFA 02 și sistemul EFC.
CDR	Temei legal: Legea 256/2015 + OMS 1992/2023. Propune extinderea OMS 1992/2023 pentru dietetician. Emite autorizația de liberă practică. Colaborează cu CFR (precedent legal explicit în Legea 256/2015).
OAMGMAMR	Temei legal: Legea 278/2015 + model SPIAAM. Propune Ordinul MS de recunoaștere a competenței pentru asistentul medical. Organizează cursul și certifică prin sistemul EMC.
SRDNBM	Avizul științific al întregii curricule. Validarea protocoalelor clinice. Partener în proiectul-pilot. Coordonare academică a proiectului național de cercetare. Recomandare către Ministerul Sănătății.
Ministerul Sănătății	Emite cele trei Ordine de recunoaștere (farmacist: completarea Anexei III / dietetician: modificarea OMS 1992/2023 / asistent: Ordin nou pe modelul SPIAAM). Pasul 4, nu pasul 1 — după finalizarea pilotului și obținerea avizelor consorțiului.

9.1 Criterii DESG/EASD de acreditare (Ghid SRDNBM 2021, Tab. 14.3)

Ghidul SRDNBM 2021 prezintă criteriile de acreditare recomandate de Grupul de Educație în Diabet (DESG) al EASD, agreeate de ghidul național. Propunerea adoptă aceste criterii ca bază pentru acreditarea programelor de formare:

1. Structură organizatorică: spațiu dedicat, personal calificat (medic și/sau asistentă specializată, psiholog, dietetician), materiale educative standardizate.
2. Descrierea procedurilor: listă structurată de subiecte/teme, programare pe module, adaptată de fiecare echipă la necesitățile specifice.
3. Cuantificarea rezultatelor: obligatorie pentru fiecare modul, raportată la obiective educaționale și terapeutice pe termen scurt și lung.

Recomandare de finanțare CNAS (Ghid SRDNBM 2021, Cap. 14).

Dovezile clare legate de un raport favorabil cost-beneficiu al educației terapeutice recomandă finanțarea programelor de către sistemul de asigurări sociale de sănătate. Pentru a fi finanțate, programele trebuie să fie acreditate de către un organism desemnat de finanțator. Acesta este argumentul direct pentru includerea competenței Educator în Diabet în contractul-cadru CNAS, susținut de ghidul clinic național.

10. Curricula — structură modulară

10.1 Trunchi comun (toate profesiile) — 150-200 de ore

Modul	Conținut
C1 — Fiziopatologie	DZ tip 1 și tip 2. Mecanisme autoimune. Clasificare. Diagnostic. LADA, MODY. Complicații cronice. Bază: Tratatul de Diabet România 2026.
C2 — Tehnologie	CGM, interpretare AGP, TIR/TBR/TAR/CV. Pompe CSII — tipuri, funcționare, sisteme hibride în buclă închisă. Stilouri injectoare.
C3 — Complicații acute	Hipoglicemie, hiperglicemie, cetoacidoză. Criterii de escaladare către medic și UPU.
C4 — DSMES	Principii, componente, momente-cheie. Burnout diabetic, diabetes distress — identificare și trimitere către psiholog.
C5 — Colaborare	Limite de competență. Redactarea raportului structurat. Comunicarea medic-educator. Protocol de colaborare. Telemedicină.

10.2 Module de specializare (diferențiate) — 100-200 de ore

Modul	Conținut
F — Farmacist	Farmacologia insulinelor (PK/PD detaliat, analogi CNAS). Analiză avansată AGP. Interacțiuni medicamentoase. Dispozitive de administrare și monitorizare.
D — Dietetician	Carb counting avansat. Fat-protein effect. Planificarea meselor în DZ tip 1. Terapie nutrițională în complicații.
A — Asistent	Tehnică avansată de injectare. Prevenirea lipodistrofiilor. Utilizarea practică a pompei și CGM. Glucagon și kit de urgență.

Referință metodologică internațională: curriculumul IDF School of Diabetes poate fundamenta alinierea trunchiului comun la standardele globale de educație terapeutică.

11. Plan de implementare – de la concept la recunoaștere

Nicio reformă din sistemul medical românesc nu a apărut prin decizie ministerială directă. Toate au parcurs același traseu: dovadă clinică, susținere academică, presiune profesională, recunoaștere formală. Prezentul plan respectă această ordine.

Etapă	Activități
Etapa 1 (6-12 luni)	Consultarea medicilor diabetologi (chestionar + întâlniri directe cu Prof. Guja, Prof. Cătrinoiu, Prof. Timar, Prof. Viorel Șerban). Consultare informală CFR, CDR, OAMGMAMR. Construirea protocolului clinic. Identificarea centrului-pilot. Aliat de implementare pentru formarea pe pompă: ACES Iași.
Etapa 2 (12-18 luni)	Program-pilot în 1-2 centre universitare. Echipă: farmacist + dietetician + asistent, sub coordonarea unui diabetolog. 50-100 de pacienți cu DZ tip 1 pe CGM. Indicatori măsurați: TIR, TBR, hipoglicemii severe, satisfacția pacienților.
Etapa 3 (18-24 luni)	Prezentarea rezultatelor la Congresul SRDNBM. Publicare în revistă de specialitate. Propunere formală către consorțiul colegiilor. Elaborarea curriculei acreditate. Inițierea procedurilor legislative paralele: CFR → OMS 418/2005 Anexa III; CDR → extinderea OMS 1992/2023; OAMGMAMR → Ordin MS competență.
Etapa 4 (24-36 luni)	Trei Ordine MS de recunoaștere a competenței (farmacist, dietetician, asistent). Certificarea națională interprofesională Educator în Diabet. Extindere națională. Prima cohortă certificată din România.

12. RNDZP — infrastructura instituțională pentru Educatorul în Diabet

Orice competență profesională, oricât de bine definită legislativ, rămâne invizibilă fără o infrastructură digitală care să o documenteze, să o măsoare și să o conecteze la echipa clinică. În România, această infrastructură există deja ca proiect — Registrul Național de Diabet Zaharat și Prediabet (RNDZP) — și reprezintă oportunitatea instituțională esențială pentru integrarea Educatorului în Diabet în sistemul de sănătate.

12.1 Ce este RNDZP — baza legală

RNDZP a fost instituit prin OG 39/2023 ca platformă electronică națională, în proprietatea Ministerului Sănătății și administrată de Institutul Național de Sănătate Publică (INSP). Scopul său declarat este înregistrarea datelor medicale ale pacienților cu prediabet și diabet zaharat într-o bază de date unică la nivel național, în interconexiune cu dosarul electronic de sănătate al pacientului din cadrul PIAS (Platforma Informatică pentru Asigurările de Sănătate).

Finanțarea proiectării, realizării, mentenanței și dezvoltării RNDZP se asigură de la bugetul de stat, din fonduri externe nerambursabile sau alte surse legal constituite. La momentul redactării acestei versiuni (iulie 2026), platforma nu este încă operațională — ceea ce înseamnă că arhitectura sa de roluri și acces este încă în faza de proiectare, reprezentând o fereastră de oportunitate pentru integrarea Educatorului în Diabet de la bun început.

Oportunitate legislativă critică — OG 39/2023.

OG 39/2023 prevede explicit că în Planul național de prevenție vor fi parte activă, alături de medici, „personalul acreditat care oferă servicii conexe actului medical, educație terapeutică, tratament farmacologic sau dispozitive medicale”. Legislatorul a anticipat deja că educatorii în diabet și farmaciștii cu competențe de farmacoterapie cronică trebuie să aibă acces în RNDZP — mecanismul tehnic și profesional lipsește încă și poate fi construit prin prezenta propunere.

12.2 Modulele propuse — arhitectura de roluri și acces

Pentru ca Educatorul în Diabet să funcționeze eficient în cadrul echipei multidisciplinare, RNDZP ar trebui să cuprindă patru module interconectate:

Modul RNDZP	Conținut-cheie	Vizibilitate / acces
Modul Pacient	CNP, tip diabet, data diagnosticului, tratament curent, dispozitive active (pompă, CGM — model, serie), HbA1c, TIR, date AGP	Medic diabetolog, educator în diabet, farmacist SFA 02 (acces parțial)
Modul Educator în Diabet	Profil educator (certificat, specialitate, unitate), note structurate per sesiune (subiect, durată, competențe abordate, obiective), data sesiunii, documente anexate	Editare proprie + vizualizare de către medicul curant. Pacientul poate vedea propriile date.
Modul Medic Diabetolog	Vedere 360° a pacientului: medicație + date CGM + note educator + evoluție HbA1c. Referral formal către educator (documentat în sistem).	Acces complet la toți pacienții proprii + datele înregistrate de educator
Modul Farmacist SFA 02	Înregistrarea consilierii pacientului cronic diabetic (OMS 2382/2021), eliberarea consumabilelor	Farmacist autorizat SFA 02, CNAS, INSP (raportare)

Modul RNDZP	Conținut-cheie	Vizibilitate / acces
	CGM/pompă, legătura cu rețeta electronică și FNUASS, trasabilitate lot/serie/pacient/farmacist	națională)

12.3 De ce este RNDZP esențial pentru acest proiect

Fără un RNDZP funcțional, Educatorul în Diabet există doar pe hârtie: are competența recunoscută, are cursul acreditat, dar activitatea sa nu este vizibilă, nu poate fi auditată, nu poate fi decontată și nu poate contribui la indicatorii clinici naționali. Cu RNDZP și un modul dedicat educatorului, competența devine vizibilă, măsurabilă și finanțabilă.

Integrarea în RNDZP permite totodată măsurarea impactului real al educației terapeutice: scăderea HbA1c, creșterea TIR, reducerea episoadelor de hipoglicemie severă, numărul de spitalizări evitate — date care pot argumenta finanțarea sustenabilă a serviciului și includerea lui în contractul-cadru CNAS. Astfel, propunerea din acest White Paper se transformă dintr-un document academic într-o componentă de infrastructură națională a sănătății.

12.4 Ce NU face și ce FACE Educatorul în Diabet în RNDZP

Educatorul în Diabet NU face	Educatorul în Diabet FACE în RNDZP
• Nu pune diagnostic de diabet sau complicații • Nu inițiază sau modifică schema de tratament • Nu ajustează autonom dozele de insulină • Nu prescrie medicamente sau dispozitive • Nu este substitut al medicului diabetolog	1. Înregistrează sesiunile de educație terapeutică (subiect, durată, obiective) vizibile medicului 2. Interpretează datele CGM și AGP împreună cu pacientul (fără decizie clinică autonomă) 3. Documentează obiective comportamentale: alimentație, activitate fizică, management stres-glicemie 4. Trimite referral formal către medic sau psiholog prin RNDZP (documentat și trasat) 5. Contribuie la indicatorii clinici naționali: TIR, HbA1c, nr. sesiuni, nr. spitalizări evitate

Această delimitare clară este argumentul central pentru care propunerea nu necesită modificarea Legii 95/2006, a Legii 278/2015 sau a Legii 256/2015. Nu se cere extinderea competenței medicale către alți profesioniști. Se cere recunoașterea unei competențe educaționale distincte, cu limite verificabile și documentate în RNDZP — exact mecanismul prin care CDCES funcționează în SUA de peste 50 de ani.

13. Argumentul economic — estimare cost-beneficiu

Pentru Ministerul Sănătății și CNAS, argumentul decisiv este economic: educația terapeutică structurată reduce complicațiile acute costisitoare (cetoacidoză, hipoglicemie severă) și spitalizările asociate, iar prin ameliorarea controlului glicemic reduce, pe termen lung, complicațiile cronice care domină costurile. Ghidul SRDNBM 2021 recomandă explicit finanțarea educației terapeutice pe baza raportului favorabil cost-beneficiu. Estimarea de mai jos folosește exclusiv date publicate, românești și internaționale.

13.1 Parametrii calculului (surse)

Parametru	Valoare	Sursă
Populația cu DZ tip 1 (România)	~27.000 persoane	T1D Index v3.0 / IDF Atlas ed. a 11-a (2024)
Cost median / internare în diabet (RO)	596,5 EUR ($\approx$ 2.980 lei); durata medie 7,3 zile	Bala et al., 2022 — spital public terțiar, România
Verificare independentă prin DRG	TCP $\sim$ 1.850 lei $\times$ ICM $\sim$ 1,6 $\approx$ 2.960 lei	Ordinul 444/2025 (CNAS); metoda DRG
Rata de bază a internărilor pentru cetoacidoză	$\sim$ 3,6% / an ($\approx$ 4,8 episoade / 100 pacienți-an)	Dhatariya et al., 2017 (studiu național UK)
Reducerea cetoacidozei după educație structurată	–62%	Elliott et al., 2014 — baza de date DAFNE
Reducerea hipoglicemiilor severe (urgență)	–82%	Elliott et al., 2014 — baza de date DAFNE

Convergență importantă: două metode românești independente dau același cost.

Costul median publicat per internare în diabet (596,5 EUR $\approx$ 2.980 lei, Bala 2022) coincide cu estimarea prin sistemul DRG (TCP $\sim$ 1.850 lei $\times$ ICM $\sim$ 1,6 $\approx$ 2.960 lei). Folosim, conservator, $\sim$ 2.980 lei per internare — costul median al tuturor internărilor în diabet, deși o internare pentru cetoacidoză (7,3 zile, uneori ATI) costă de regulă mai mult. Referință internațională: un episod de cetoacidoză la adult costă în UK $\sim$ 2.064 £ ($\approx$ 12.000 lei).

13.2 Scenariu național conservator (doar cetoacidoză)

Aplicând parametrii de mai sus la întreaga populație cu DZ tip 1, folosind costul median (nu cel specific cetoacidozei, mai mare) și efectul integral raportat de literatură:

Internări pentru cetoacidoză / an: $27.000 \times 3,6\% \approx 972$ internări
Internări evitate prin educație structurată: $972 \times 62\% \approx 603$ internări / an
Economie anuală: $603 \times 2.980 \text{ lei} \approx 1,80 \text{ milioane lei / an } (\approx 360.000 \text{ EUR})$
 — și aceasta doar din cetoacidoză, la costul median, fără a monetiza restul beneficiilor.

Această cifră este un prag inferior. Ea nu include: reducerea cu 82% a hipoglicemiilor severe care necesită intervenție de urgență; costul real, mai mare, al unei internări

specifice pentru cetoacidoză (față de mediana folosită); și — cel mai important — reducerea complicațiilor cronice pe termen lung.

13.3 Partea nemonetizată — cea mai valoroasă

Studiul românesc Bala et al. (2022) identifică drept principali factori de creștere a costului spitalizării în diabet bolile cardiovasculare, boala cronică de rinichi și ulcerațiile piciorului. Exact aceste complicații sunt cele pe care educația terapeutică le reduce pe termen lung, prin ameliorarea susținută a controlului glicemic (HbA1c, TIR). Beneficiul economic real depășește cu mult economia acută calculată mai sus, la care se adaugă câștigul de productivitate și calitatea vieții.

13.4 Scenariu țintit — cel mai bun raport cost-beneficiu

Randamentul imediat maxim se obține prin țintirea pacienților cu risc înalt — cei cu cetoacidoză recurentă, care concentrează majoritatea internărilor. Un utilizator de pompă cu control instabil poate acumula până la ~3,4 internări pentru cetoacidoză pe an (date raportate la utilizatorii de pompă din Israel). Un program-pilot dedicat câtorva sute de astfel de pacienți produce economii nete substanțiale și imediate, la un cost minim al serviciului — argumentul ideal pentru o linie-pilot de finanțare CNAS.

Un singur input de confirmat la CNAS/INSP pentru cifra finală:

(1) numărul real de internări pentru cetoacidoză și hipoglicemie severă la pacienții cu DZ tip 1 din România (care poate înlocui rata de bază UK folosită aici); (2) tariful decontat al unei sesiuni de educație terapeutică — pentru a calcula costul serviciului și pragul exact de rentabilitate.

14. Anticiparea obiecțiilor

14.1 „Nu îi ia asta medicului diabetolog din atribuții sau venituri?”

Aceasta este întrebarea pe care o va pune, pe bună dreptate, orice medic diabetolog. Răspunsul propunerii este ferm: Educatorul în Diabet nu concurează cu medicul, ci îi crește eficiența. Prin preluarea educației structurate, a interpretării preliminare a datelor CGM și a triajului între consultații, educatorul degrevează medicul de sarcini care nu necesită decizie terapeutică, permițându-i să gestioneze mai mulți pacienți, cu consultații mai bine pregătite. Decizia clinică și actul medical rămân integral la medic; raportul structurat al educatorului ajunge la medic ca instrument de decizie, nu ca substitut al ei.

În sistemele unde acest rol există (SUA, UK, Australia, Germania), efectul documentat nu a fost reducerea rolului medicului, ci creșterea calității controlului glicemic la nivel populațional și degrevarea specialistului de activități delegabile. Modelul propus păstrează integral răspunderea juridică în limitele fiecărei profesii de bază.

14.2 „Nu creează un vid de responsabilitate?”

Nu. Fiecare educator rămâne sub controlul organismului său profesional (CFR, CDR, OAMGMAMR), cu registru național, cod deontologic și mecanism disciplinar. Competența adaugă o calificare peste profesia de bază; nu creează o profesie nouă, nereglementată.

14.3 „De ce acum?”

Pentru că trei ferestre se aliniază simultan: Anexa III a OMS 418/2005 este activ modificată (OMS 1677/2025); RNDZP este în faza de proiectare a arhitecturii de roluri (OG 39/2023); iar Tratatul 2026 tocmai a consolidat consensul academic. Fereastra de oportunitate pentru integrarea rolului „din start” în infrastructura națională este deschisă acum.

15. Concluzii

România are aproximativ 26.000–29.000 de pacienți cu DZ tip 1 (T1D Index v3.0, 2024), o prevalență a diabetului de 11,6% și un tratat național de referință (2026) care recunoaște explicit rolul Educatorului în Diabet și identifică goluri concrete în sistemul de îngrijire. Are un precedent național funcțional la Buziaș (OMS 946/1998). Are un Ordin al Ministerului Sănătății (OMS 2382/2021) care recunoaște deja Serviciul Farmaceutic Avansat de gestionare a pacientului cronic diabetic. Are cadrul legal pentru atestate de studii complementare pentru farmaciști (OMS 418/2005, actualizat prin OMS 1677/2025). Are un cadru de autorizare pentru servicii conexe actului medical (OMS 1992/2023). Are un precedent de competențe noi pentru asistenți prin ordin ministerial (modelul SPIAAM).

Ceea ce nu are este cursul acreditat care să permită accesarea acestor cadre și mecanismul interprofesional care să le coordoneze într-o competență unică: Educator în Diabet.

Mesajul fundamental.

Nu propunem o lege nouă. Nu propunem o profesie nouă. Nu propunem un job nou. Propunem operaționalizarea unui concept deja acceptat academic (Tratatul SRDNBM 2026), prin trei mecanisme juridice care există deja (OMS 418/2005 pentru farmacist • OMS 1992/2023 pentru dietetician • modelul SPIAAM pentru asistent), coordonate într-un consorțiu interprofesional, măsurabile prin indicatori clinici validați internațional și scalabile la nivel național în 3–5 ani.

„Tehnologia oferă date. Educatorul în Diabet oferă înțelegere.”

— Principiul director al propunerii

Referințe normative principale

- OMS nr. 418/2005 (MO nr. 489/09.06.2005) — atestate de studii complementare.
- OMS nr. 1677/2025 (MO nr. 547/13.06.2025) — modificarea OMS 418/2005, Anexa III.
- OMS nr. 2382/04.11.2021 (MO nr. 1061/2021) — Nomenclatorul Serviciilor Farmaceutice Avansate, SFA 02.
- OMS nr. 1992/14.06.2023 — cabinete de liberă practică pentru servicii conexe actului medical.
- Model OMS — competența SPIAAM — competență nouă pentru asistentul medical, prin Ordin MS.
- OG nr. 39/2023 — Registrul Național de Diabet Zaharat și Prediabet (RNDZP).
- Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, Titlul XIV.
- Legea 256/2015 privind exercitarea profesiei de dietetician.
- Legea 278/2015 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist.
- OMS nr. 946/1998 — Centrul Cristian Șerban, Buziaș — precedent instituțional.

Referințe științifice și de context

- Tratatul de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice, România 2026 (coord. Prof. Dr. Bogdan Timar, Ed. Victor Babeș; ISBN 978-606-786-533-2).
- Ghidul de management al diabetului zaharat, SRDNBM & FRDNBM, 2021 (consultant științific Prof. Univ. Dr. Maria Moța).
- Ghidul Educatorului pentru Educația Terapeutică a Pacientului cu Diabet (coord. Prof. Univ. Dr. Maria Moța, Ed. ILEX, București, 2010; ISBN 978-606-8059-14-6).
- Proiect POSDRU ID 59775 — formare profesională în diabet pentru asistenți medicali, FSE, POSDRU 2007–2013.
- IDF Diabetes Atlas, ediția a 11-a (2024) / T1D Index v3.0 (www.t1dindex.org).
- Studiul Național PREDATORR; Comunicatul SRDNBM, Ziua Mondială a Diabetului 2024.
- IDF School of Diabetes — curriculum internațional de educație terapeutică (reper metodologic).

Referințe economice

- Bala C, Rusu A, Ciobanu D, Roman G. Length of Hospital Stay, Hospitalization Costs, and Their Drivers in Adults with Diabetes in the Romanian Public Hospital System. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(16):10035.
- Elliott J. et al. Substantial reductions in the number of diabetic ketoacidosis and severe hypoglycaemia episodes requiring emergency treatment lead to reduced costs after structured education (DAFNE). *Diabet Med*. 2014;31:847–853.
- Dhatariya K. et al. The cost of treating diabetic ketoacidosis in the UK: a national survey of hospital resource use. *Diabet Med*. 2017.
- Ordinul CNAS nr. 444/2025 — norme privind tariful pe caz ponderat (TCP) și modelul DRG; drg.ro (AR-DRG).

Despre inițiator

Ionuț Cărmășu este farmacist, absolvent al UMF „Ovidius” Constanța (2014), cu activitate în rețeaua SC Mini-Farm SRL, Tulcea. Din 2020 este pacient cu diabet zaharat tip 1, utilizator de pompă de insulină MiniMed 780G și senzor CGM Guardian 4, cu control glicemic documentat optim.

Inițiativa provine din dubla perspectivă a autorului: profesionist în farmacologie și pacient care utilizează zilnic tehnologie avansată de administrare a insulinei. Această combinație — clinician și pacient expert — este recunoscută în literatura de specialitate ca factor de creștere a calității educației terapeutice (ghiduri ADA/EASD; conceptul de expert prin experiență / expert by experience).

Ionuț Cărmășu

Farmacist | Pacient DZ Tip 1
2026 | Tulcea, România