



EXPUNERE DE MOTIVE

Adoptată în urmă cu două decenii, legislația privind centrele medicale de permanență necesită demersuri de actualizare, iar Parlamentului României îi revine această responsabilitate. Legea din anul 2004 a fost, indubitabil, una a bunelor intenții în ceea ce privește asigurarea asistenței medicale în zonele rurale izolate, însă prevederile mult prea laxe ale acesteia nu au instituit, așa cum ar fi fost logic și necesar, o strategie pe termen lung privind creșterea numărului de centre medicale de permanență acolo unde situația o cere.

Constatăm, cu părere de rău, că situația sistemului sanitar românesc nu a evoluat prea mult din 2004 până în prezent (cunoscând chiar și perioade de regres, în special în perioada crizei economice mondiale 2009-2013, marcată de subfinanțarea întregului sistem de sănătate și închidere de spitale orășenești), mai ales în ceea ce privește distribuția echitabilă de servicii medicale pentru populația României. Unul dintre criteriile esențiale care fac o localitate atractivă pentru locuire este accesul la asistență medicală. Extrapolând, unul dintre marile minusuri ale României, chiar mai semnificativ decât nivelul veniturilor sau nivelul de trai, este tocmai calitatea sistemului medical, situație semnalată unanim de românii care au ales drumul străinătății, implicit fiind un impediment pentru repatrierea acestora.

Prezentul proiect legislativ propune un criteriu definitoriu care să impulsioneze înființarea de centre medicale de permanență: județele cu un grad de urbanizare sub 50% (23 de județe îndeplinind acest criteriu, conform unui raport al MDLPA din anul 2017, pe baza metologiei Eurostat)¹, fiind județe care înregistrează un procent mai mic de 40 %: cum ar fi Giurgiu, Teleorman, Vrancea, Dâmbovița, Bistrița-Năsăud, Neamț sau Tulcea. Pe deasupra, în aceste județe, distanțele față de principalele unități spitalicești sunt extrem de mari, ceea ce se traduce prin timpi de așteptare și intervenție a echipajelor de urgență incompatibili cu eficiența și rolul asistenței medicale. Este o completare necesară și logică a articolelor din lege care definesc criteriile de înființare a centrelor medicale de permanență, având în vedere că situația sistemului medical românesc nu a cunoscut îmbunătățiri semnificative în ultimele două decenii, mai ales în mediul rural, unul care are în continuare o pondere importantă în populația României. Tot raportul MDLPA din 2016 ne arată că mare parte din localitățile rurale din România au una sau două unități sanitare, mai exact cabinete de medici de familie care, din cauza multiplelor locații în care își

¹ Raport privind starea teritoriului 2017.pdf (mdlpa.ro).



desfășoară activitatea, vin destul de sporadic să consulte pacienții din aceste zone rurale.²

În corespondența avută cu reprezentanții Ministerului Sănătății din calitate de senator de Ialomița, aceștia s-au rezumat în prima fază la un răspuns general cu citări de articole ale legii din anul 2004, deși situația pe care o semnalasem era una deosebit de gravă: direcționarea cazurilor de urgențe medicale de la Spitalul Municipal Urziceni (unitate declarată nefuncțională în august 2023 de către DSP Ialomița) la 60 de km, la Spitalul Județean din Slobozia. În răspunsul cu nr. 6492/29.12.2023 la interpelarea nr.2875 din 21.11.2023 cu titlul „Reiterarea apelului pentru centre medicale de permanență în județul Ialomița”, Ministerul Sănătății a invocat probleme privind personalul medical, în acest sens fiind elaborată Strategia Multianuală pentru dezvoltarea resurselor umane în Sănătate 2022-2030.

Modificările pe care le sugerez în corpul acestei legi, una esențială pentru funcționarea și utilitatea publică a sistemului medical românesc, vizează o distribuție a personalului medical în zonele rurale izolate și o mai mare implicare a consiliilor județene și locale, cele care ar trebui să aibă o mare dorință și viziune de dezvoltare a rețelei județene de unități sanitare pentru acoperirea cererilor populației, iar direcțiile județene de sănătate publică să se rezume doar la o activitate de monitorizare și control, și nu una specifică unor instituții care au ultimul cuvânt în înființarea de centre medicale de permanență, așa cum prevede în prezent legea din anul 2004- ceea ce este un impediment pentru aplicarea acesteia, datorat în mare parte pasivismului conducerii DSP-urilor județene. Este necesar transferul deciziei către autoritățile locale, alese prin votul cetățenilor. În cazul medicilor rezidenți, posibilitatea de a efectua o stagiatură în centrele medicale de permanență ar fi una binevenită, activitatea alertă din marile spitale fiind mai mult o piedică în calea perfecționării profesionale. De asemenea, am recomandat reducerea pragurilor privind numărul de posturi necesare funcționării unui centru de permanență, considerând că pragurile recomandate la articolul 8 sunt dificil de îndeplinit în condițiile actualei crize de personal din sistemul medical.

Sunt modificări necesare care fac din legea **263 din 16 iunie 2004 privind asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență** un act normativ cu aplicabilitate în societate și care va servi cu adevărat scopurilor pentru care a fost elaborat.

PENTRU INIȚIATORI:

SENATOR: ADRIAN COSTEA

² Raport privind starea teritoriului 2017.pdf (mdlpa.ro), p.93, fig. 64.



PARLAMENTUL ROMÂNIEI

CONSILIUL ECONOMIC ȘI SOCIAL	
INTRARE	Nr. 3335
IEȘIRE	
Ziua 24	Luna 05.20.24

Camera Deputaților

Senat

LEGE

Parlamentul României adoptă prezenta lege, cu titlul „**Lege pentru modificarea și completarea LEGII nr. 263 din 16 iunie 2004 privind asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență** ”

Articolul 3 se modifică și va avea următorul cuprins:

Articolul 3

Centrele de permanență se organizează în zone izolate sau greu accesibile ori în localități din mediul urban sau rural, cu precădere în județele în care gradul de urbanizare este sub 50%, acolo unde situația o impune, conform rapoartelor direcțiilor de sănătate publică, respectiv direcțiile medicale din ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie.

După articolul 3, se introduce alineatul 3¹ care va avea următorul cuprins:

(3¹) Autoritățile locale și județene din județele cu grad de urbanizare sub 50% își asumă responsabilitatea dezvoltării rețelei de unități sanitare, respectiv atragerea de personal medical necesar constituirii centrelor de permanență.

Articolul 4, alineatul (1), se modifică și va avea următorul cuprins:

Articolul 4

(1) Zonele și criteriile în baza cărora se înființează centrele de permanență sunt reglementate de ordine ale Ministerului Sănătății, la propunerea consiliilor locale și județene și cu avizul de oportunitate al direcțiilor de sănătate publică.

Alineatele (1), respectiv (1¹), ale articolului 8 se modifică și vor avea următorul cuprins:

Articolul 8



(1) Centrele de permanență funcționează cu un număr de minimum 5 posturi de medic și cu minimum 3 posturi de asistent medical. Criteriile de organizare a activității centrelor, precum și alte aspecte privind funcționarea acestora se stabilesc prin normele metodologice de aplicare a prevederilor prezentei legi, cu consultarea ministerelor și a instituțiilor cu rețea sanitară proprie, care se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

(1[^]1) Prin excepție de la prevederile alin. (1), în zonele din mediul rural izolate, greu accesibile și fără alte structuri de asistență medicală, în care este înregistrat un deficit de medici de familie, se pot înființa și centre de permanență cu minimum 3 posturi de medic, în condițiile asigurării funcționării centrului de permanență.

Această lege a fost adoptată de Parlamentul României, cu respectarea prevederilor art. 75 și ale art. 76 alin. (2) din Constituția României, republicată.

Președintele Camerei Deputaților

Președintele Senatului