

EXPUNERE DE MOTIVE

Descrierea situației actuale

Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene consacră la art. 35 faptul că: „Orice persoană are dreptul de acces la asistența medicală preventivă și de a beneficia de îngrijiri medicale în condițiile stabilite de legislațiile și practicile naționale. În definirea și punerea în aplicare a tuturor politicilor și acțiunilor Uniunii se asigură un nivel ridicat de protecție a sănătății umane.”

Statul, prin structurile sale, are obligația de a asigura sănătatea publică și de a crea cetățenilor toate condițiile de acces la servicii medicale la cele mai înalte standarde de calitate.

Cetățenii au dreptul la „asistență medicală în unitățile sanitare de stat”, așa cum prevede art. 47 alin. (2) din Constituția României. Un nivel de trai decent implică servicii medicale de calitate și accesibile cetățeanului. Accesibilitatea serviciilor medicale este esențială din perspectiva obligației statului de a asigura ocrotirea sănătății publice și atrage după sine atât îmbunătățirea stării generale de sănătate a populației.

România se situează pe ultimul loc (34, din tot atâtea țări analizate) din punctul de vedere al sistemului medical (drepturile și informarea pacienților, timpii de așteptare pentru tratament, rezultatele tratamentelor, gama de servicii, prevenția etc.), acesta fiind mai slab decât în Bulgaria sau Albania, acumulând în 2017, 439 puncte, conform EURO-HEALTH-CONSUMER-INDEX-2017
Sursa: <https://healthpowerhouse.com/euro-health-consumer-index-2017>

În 2021, cheltuielile pe cap de locuitor pentru sănătate în România au fost cele mai scăzute din Uniunea Europeană. Deficiențele asistenței medicale primare au implicații grave în ceea ce privește reducerea ratelor mortalității evitabile, care sunt cele mai ridicate din UE. Sursa: *State of Health in the EU România Profilul de țară din 2023 în ceea ce privește sănătatea.*

România are o populație rurală de 9.027.161 de locuitori, domiciliată în 2.861 de comune, respectiv în 9.626 de sate componente ale comunelor (alte 470 de sate aparțin de orașe/municipii). În mediul rural, anual mor mai mulți oameni decât se nasc: 137.446 de decese și 92.793 de născuți vii; sporul natural este de -44.653. Acest aspect ne arată precaritatea asistenței medicale de la sate. Având în vedere că bolile cardiovasculare reprezintă cea dintâi cauză a deceselor (aproape jumătate), o întrebare legitimă ar fi dacă nu ar crește șansele de a fi salvați de la un infarct sau accident vascular, în situația în care ar beneficia de un medic sau ambulanță?



Numărul de farmacii, drogherii sau puncte farmaceutice este mai mic, 3.701, ceea ce înseamnă aproximativ o farmacie la trei sate sau 4,1 unități farmaceutice la 10.000 de locuitori ori 2.462 de locuitori/farmacie. Doar un sfert dintre farmaciile din România se află în localități rurale.

În mediul rural sunt aproximativ 403 de cabinete medicale independente de specialitate, ceea ce ar echivala cu un cabinet la 24 de sate, 0,4 cabinete la 10.000 de locuitori și 22.613 locuitori arondați la un astfel de cabinet. În privința cabinetelor stomatologice, există 2.142 de cabinete (2,4 cabinete la 10.000 de locuitori, față de 12,3 la oraș și 4.254 de persoane arondate la un cabinet, față de 813 în mediul rural).

Posibilitățile de a apela la un medic stomatolog sunt de asemenea mult mai scăzute pentru populația rurală din România, comparativ cu cea urbană. Referitor la medici, potrivit Institutului Național de Statistică (INS), în mediul rural proporția este de 8 ori mai mulți locuitori la un medic, de 6 ori mai mulți locuitori la un dentist și de 4 ori mai mulți locuitori la un farmacist în comparație cu mediul urban.

Deși în mediul rural trăiește 46% din populația țării, doar 22,8% din unitățile sanitare sunt amplasate în sate. În ultimii 10 ani, numărul unităților sanitare din mediul rural a scăzut treptat, anumite categorii dispărând definitiv (de exemplu, policlinicile rurale). În paralel, prin politicile sanitare ale guvernelor a fost încurajată dezvoltarea unităților sanitare publice din orașe, la aceasta adăugându-se o dinamică ascendentă a unităților sanitare private în mediul urban (cabinete medicale, farmacii, spitale etc.) în defavoarea mediului rural.

53% dintre localitățile din România nu au niciun medic de familie sau au medici de familie insuficienți. Aproape jumătate dintre medicii de familie au peste 61 de ani. 424 de localități din mediul rural nu au nici un medic de familie, în timp ce în peste 1000 de localități necesarul de medici de familie nu este acoperit. 550.000 de români nu au medic de familie în proximitate (*potrivit unui studiu realizat de Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie în 2019*).

Potrivit Eurostat 2022, România înregistrează cel mai ridicat procent (34,5%) de persoane care se confruntă cu riscul de sărăcie sau excluziune socială în rândul statelor membre ale UE. Conform datelor INS, cei mai săraci sunt copiii și tinerii cu vârsta până la 24 de ani. În valori absolute, numărul persoanelor sărace a fost, în anul 2022, de 4.029.000.



În anul 2022, rata de deprivare materială și socială severă a fost de 24,3%, în creștere cu 1,2 puncte procentuale, față de anul anterior.

Numărul total al persoanelor afectate de deprivare materială și socială severă a fost în anul 2022 de 4.594.000, adică 46,8% bărbați, respectiv 53,2% femei.

CONCLUZII

1. Precum în celelalte domenii de muncă și viață și în planul posibilităților de acces la serviciile medicale, satul românesc apare tot mai puternic „decuplat” de la realitățile și oportunitățile secolului al XXI-lea, respectiv de la cerințele unei integrări reușite în spațiul european dezvoltat. Consecința acestei decuplări de la serviciile medicale elementare este o morbiditate crescută și, mai ales, o mortalitate mult mai mare decât în urban.
2. Morbiditatea ridicată a ruralului de astăzi reprezintă un indicator relevant, alături de sărăcie și de devalorizarea educației, pentru calitatea precară a vieții din majoritatea satelor.
3. În comparație cu populația din orașe, sătenii apelează mai puțin frecvent la medici și la facilitățile medicale. Explicația acestui comportament rezidă atât în faptul că nu dispun de aceste facilități în propriul sat sau în propria comună, neavând nici suficiente mijloace financiare pentru a apela la medici și la informarea sanitară existentă cu deosebire în spațiul urban.
4. O altă dimensiune explicativă, cu privire la morbiditatea ridicată din mediul rural, este de găsit în precara educație sanitară și generală a populației rurale: lipsa unei informări și chiar a unei culturi sanitare conduce la comportamente care afectează starea de sănătate prin non-apelul la medici și la alte cadre de specialitate, dar și prin apelul la alte căi neortodoxe și nemedicale de tratament și vindecare.
5. Morbiditatea ridicată, specifică mediului rural românesc de astăzi, este și un efect al îmbătrânirii accentuate a populației rurale. Astfel, este cunoscut faptul că în ultimii ani satele îmbătrânesc profund, ca efect al acțiunii conjugate a următorilor factori:



- a) migrația tinerilor spre orașe sau/și spre zone externe României;
- b) reîntoarcerea bătrânilor (și chiar a adulților) în sate, din orașele în care au migrat cu ani sau chiar decenii în urmă;
- c) la sat se apelează mai puțin frecvent la serviciile medicale, din cauza unei infrastructuri sanitare deficitare (spitale, policlinici, cabinete medicale, dispensare, farmacii, medici și cadre medii sanitare etc.);
- d) starea materială (financiară) nesatisfăcătoare a majorității populației rurale conduce, cel mai adesea, la imposibilitatea apelării, pe măsura nevoilor, la serviciile medicale, fie că este vorba despre acelea puține rămase în sate, fie că este vorba de serviciile sanitare din orașe mai îndepărtate sau mai apropiate.

România se află în categoria țărilor europene cele mai afectate de cazurile în care examinările medicale necesare sunt neacoperite din cauza unuia dintre următoarele motive: „motive financiare”, „lista de așteptare” și „prea departe pentru a călători”. Așadar, pentru ca accesibilitatea pacientului la serviciile de examinare medicală din țara noastră să fie îmbunătățită, este necesară identificarea și luarea unor măsuri pentru a veni în sprijinul cetățenilor care doresc să beneficieze și au nevoie de examinare, analize medicale, îngrijiri medicale.

Cadrul legislativ actual în domeniul sănătății și-a dovedit ineficiența și disfuncționalitățile majore, afectând de prea multe ori interesele cetățenilor (ex: Pandemia de Covid-19; alte mii de cazuri în care cetățenii nu au beneficiat de un serviciu medical la cele mai înalte standarde profesionale în domeniu sau deloc), afectând în mod direct unul dintre drepturile fundamentale constituționale și anume *dreptul la ocrotirea sănătății*, prevăzut de art. 34 din Constituția României.

Schimbări preconizate

Sub aspectul conținutului, față de Titlul V¹ din Legea 95/2006, privind „Asistența medicală mobilă”, prezentul proiect de act normativ cuprinde modificări privind sporirea accesibilității serviciilor de asistență medicală generală, primară și de specialitate în zonele defavorizate din țară, în care se află populație vulnerabilă, stabilirea obligației pentru autoritățile administrației publice locale de a acorda facilități și stimulente furnizorilor de servicii medicale



și organizațiilor neguvernamentale , care acordă servicii de asistență medicală mobilă gratuită, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare.

Modificările legislative propuse vizează următoarele aspecte:

1. Accesul populației din zonele cu acoperire deficitară a serviciilor de sănătate, la serviciile medicale mobile gratuite;
2. Încurajarea furnizorilor de servicii medicale și a organizațiilor neguvernamentale de a acorda lunar în toate județele țării, în zonele cu acoperire deficitară a serviciilor de sănătate, servicii de asistență medicală mobilă.

Impactul socio-economic al proiectului de act normativ

Prezentul act normativ nu are impact macro-economic.

Impactul social

Prezentul act normativ are impact asupra dezvoltării, eficienței și calității asistenței medicale primare și a asistenței medicale mobile.

Efecte așteptate:

1) pe termen scurt:

- se creează premisele pentru o mai bună adaptare a sistemului național de asistență medicală primară, ambulatorie de specialitate și mobilă la nevoile populației din zone cu acoperire deficitară a serviciilor de sănătate;
- organizarea serviciilor de asistență medicală mobilă în conformitate cu normele și standardele europene în vigoare.

2) pe termen lung:

- scăderea ratei mortalității și morbidității generale evitabile în zone cu acoperire deficitară a serviciilor de sănătate.

Impactul financiar asupra bugetului general consolidat, atât pe termen scurt, pentru anul curent, cât și pe termen lung (5 ani)

Bugetul necesar pentru achiziționarea a 5 unități medicale mobile este de:

Unitate medicală mobilă: analize medicale de laborator + oftalmologie + EKG + ecograf + stomatologie: 4.000.000 lei
5 unități medicale mobile: 5 x 4.000.000 lei = 20.000.000 lei.

Drept sursă de finanțare pot fi utilizate fonduri europene nerambursabile din cadrul Programului Sănătate 2021 -2027.



Efectele proiectului de act normativ asupra legislației în vigoare

Vor fi modificate:

- Norme Metodologice de aplicare Titlul V¹ „Asistența medicală mobilă”, Legea nr. 65/2022 pentru completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății;
- Alte prevederi legale privind organizarea și funcționarea „Asistenței medicale mobile”.

Întrucât aplicarea măsurilor preconizate prin această propunere legislativă are implicații asupra bugetului de stat, prin adresa de înaintare s-a solicitat Guvernului, în temeiul art. 111 alin. (1) din Constituția României, republicată, să comunice punctul de vedere asupra prezentei și informații privind implicațiile bugetare generate de aceasta - fișă financiară.

Față de cele prezentate mai sus, a fost elaborată propunerea legislativă pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, pe care o supunem spre analiză.

PENTRU INIȚIATORI:

- 1. SENATOR CLAUDIU RICHARD TÂRZIU**
- 2. SENATOR SORIN LAVRIC**

LISTA

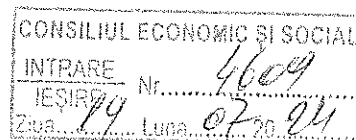
Suținătorilor propunerii legislative – Lege pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății

Nr.	Numele și prenumele	Grupul parlamentar	Semnătura
1			
2	SIMION GEORGE NICOLAE	AUR	
3	ANDREI GHEA ANTONIO	AUR	
4	Volobodici Doru	PLR	
5	Grădinaru Radu	AUR	
6	COLEȘA IULIE-ALINA	AUR	
7	SOMN MUNCACIU	AUR	
8	TITUS PAUNESCU	AUR	
9	GIANINA ȘERBAN	AUR	
10	STOICA CIPRIAN-TITI	AUR	
11	ALBȘTEANU MIHAIL	AUR	
12	Arkevi Doru	AUR	
13	Scrimbe Liliac	AUR	
14	CĂLIN CĂTIN BALABĂȘCIUC	AUR	

LISTA

Suținătorilor propunerii legislative - Lege pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății

Nr.	Numele și prenumele	Grupul parlamentar	Semnătura /
15	DĂMUREANU RINCO	AUR	
16	POP DARIUS	AUR	
17	Lucian Florin Trefeșu	AUR	
18	Ivănuta Cristina	AUR	
19	Luciu Sebastian	AUR	
20	MITREA DUMITRINIA	AUR	
21	CHELARU MIRCHA	AUR	
22	Gheba Daniel	AUR	
23	ANITA ADRIAN GEORGE	AUR	
24	DUMITRU FLUCUR	AUR	
25	PUȘCĂȘU PETRE	AUR	



PARLAMENTUL ROMÂNIEI

CAMERA DEPUTAȚILOR

SENAT

LEGE

pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății

Parlamentul României adoptă prezenta lege:

Art. I. – Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 372/ din 28.04.2006, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 652 din 28 august 2015, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La articolul 140¹, alineatul (5) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(5) Serviciile de asistență medicală mobilă sunt furnizate cu prioritate femeilor gravide , copiilor și persoanelor vârstnice.”

2. La articolul 140², literele a) și b) se modifică și vor avea următorul cuprins:

În înțelesul prezentului titlu, expresiile de mai jos au următoarele semnificații:

a) cabinet medical mobil - structură medicală mobilă organizată pe un autovehicul special amenajat, cu dotări corespunzătoare asigurării serviciilor medicale de calitate, care se deplasează în teritoriu împreună cu personalul medical, în vederea acordării serviciilor medicale generale și de specialitate;

b) unitate medicală mobilă - structură medicală mobilă care cuprinde două sau mai multe cabinete medicale mobile, cu anumite facilități, organizate pe un autovehicul special amenajat cu dotări corespunzătoare asigurării serviciilor medicale de calitate, care se deplasează în teritoriu împreună cu personalul medical, în vederea acordării serviciilor medicale generale și de specialitate;



3. La articolul 140², după litera c) se introduce o nouă literă, lit. d) cu următorul cuprins

"d) spital mobil – structură medicală mobilă, care cuprinde trei sau mai multe cabinete medicale mobile, cu anumite facilități, organizate pe un autovehicul special amenajat cu dotări corespunzătoare asigurării serviciilor de îngrijiri medicale generale și de specialitate în regim de spitalizare de zi și corturi cu un număr potrivit de paturi."

4. La articolul 140⁴ după litera b) se introduce o nouă literă, lit. c) cu următorul cuprins:

"c) spitale mobile organizate potrivit normelor de aplicare a prezentului titlu, aprobate prin ordin al ministrului sănătății."

5. La articolul 140¹⁸ după alineatul 2) se introduce un nou alineat, alin. (3) cu următorul cuprins:

(3) La indicația medicului specialist, persoanelor vârstnice aflate în situație de vulnerabilitate socială, care necesită o intervenție chirurgicală prescrisă ca urmare a unui consult medical realizat într-un cabinet medical mobil/ unitate medicală mobilă/spital mobil, li se asigură decontarea transportului intrajudețean sau interjudețean, pentru deplasarea la spital, în vederea realizării intervențiilor chirurgicale recomandate.

6. Articolul 140¹⁹ se modifică și va avea următorul cuprins:

- a) Pentru furnizarea serviciilor medicale prin asistența medicală mobilă și decontarea transportului gravidelor vulnerabile, Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate prevăd anual fonduri din bugetul repartizat.
- b) Pentru furnizarea serviciilor medicale prin asistența medicală mobilă și decontarea transportului și a cheltuielilor cu intervențiile chirurgicale prescrise conform prevederilor alin. (3) al art. 140¹⁸, persoanelor vârstnice aflate în situație de vulnerabilitate socială, Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate prevăd anual fonduri din bugetul repartizat.

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