

AVOCATUL POPORULUI



RAPORT SPECIAL

**privind lipsa medicilor de familie din zona rurală și din
zonele defavorizate sau greu accesibile**

București, aprilie 2021

CUPRINS

Capitolul I Precizări preliminare, scopul și metodologia Raportului special.....	3
Capitolul II Informații preliminare întocmirii raportului.....	6
Capitolul III Norme legale incidente în materie.....	8
Capitolul IV Demersurile scrise efectuate.....	13
Capitolul V Rezultatele demersurilor întreprinse.....	16
Capitolul VI Cazuistica instituției Avocatul Poporului.....	34
Capitolul VII Concluzii.....	41
Capitolul VIII Propuneri.....	43
§ Secțiunea 1 - Propuneri care vizează legislația în materie.....	43
§ Secțiunea a 2-a - Propuneri privind îmbunătățirea activității autorităților publice, locale, județene și centrale cu atribuții în materie.....	46

Capitolul I

Precizări preliminare, scopul și metodologia Raportului special

În calitate de apărător al drepturilor și libertăților fundamentale ale cetățenilor, Avocatul Poporului consideră că dreptul la ocrotirea sănătății, consacrat de art. 34 din Constituția României, trebuie să se reflecte corespunzător, în legislație, prin instituirea unor norme care să asigure condițiile optime asigurării sănătății publice, *dar în egală măsură* în modul în care autoritățile/instituțiile statului, trebuie să sprijine realizarea obligației pozitive a statului de a asigura sănătatea publică. Astfel, statul trebuie să se manifeste activ, în sensul obligației sale pozitive de a apăra dreptul la ocrotirea sănătății prin toate mijloacele legale și administrative, în scopul exclusiv al protecției sănătății fizice și mintale a persoanelor.

Medicina de familie practică prin medicii de familie reprezintă esența unui sistem de îngrijiri de sănătate complex. Pentru realizarea acestui obiectiv este necesar ca statul român, prin puterea legiuitoare și autoritățile/instituțiile cu atribuții în materie, să ofere medicilor de familie posibilitatea exercitării profesiei în condiții corespunzătoare, în scopul prevenirii, depistării timpurii sau vindecării problemelor de sănătate specifice populației.

Medicii de familie, ca specialiști pregătiți în această disciplină, sunt singurii medici generaliști competenți să îngrijească pacienți de toate vârstele și cu diverse probleme de sănătate. Grație abilității acestora de a asigura asistența medicală generală pacienților de toate vârstele preventiv și curativ, medicii de familie sunt soluția ideală pentru rezolvarea nevoii de asistență medicală primară.

În contextul unei continue schimbări a medicinei generale (practic, toată populația României trebuie să se afle în evidența medicilor de familie), a necesității unor îngrijiri specializate, importanța medicului devine din ce în ce mai mare. **Prezența unui medic de familie în comunitate este o condiție necesară garantării dreptului constituțional la ocrotirea sănătății**, dar, totodată, reprezintă o soluție alternativă și de prevenire a internării pacienților în spitale. În plus, *pe de o parte*, prin tratamentul timpuriu, prescris de medicul de familie și sub stricta observație a acestuia, se previne apariția unor forme severe a bolii la pacienți, iar, *pe de altă parte*, se ia povara internării pacienților în spitale.

În condițiile în care zona rurală este populată cu persoane de toate vârstele, de la nou-născuți până la persoane vârstnice, inclusiv femei însărcinate și persoane cu nevoi speciale, sau cu posibilități materiale și financiare insuficiente unui nivel de viață decent, accesul acestora la servicii medicale, altele decât prin intermediul medicului de familie este limitat sau chiar inexistent, în lipsa unui medic de familie în comunitate.

Cu atât mai mult, persoanele aflate în situații speciale, de genul celor evidențiate mai sus, au nevoie de prezența unui medic de familie în apropierea locuinței lor, care să le cunoască istoricul stării de sănătate și care, în anumite situații, să fie în măsură de a asigura asistența medicală de care au nevoie, fără a fi necesar ca pacienții să fie internați în spitale.

În aceste condiții, existența unui cabinet de medicină de familie, cu o echipă completă (medic, personal medico-sanitar etc.), dotat cu echipamente medicale necesare efectuării examinării medicale de bază și tratament pentru pacienți, constituie o garanție pentru asigurarea sănătății populației.

Prin urmare, necesitatea unui medic de familie într-o comunitate, este evidentă.

După cum se va constata din cuprinsul prezentului raport, accesul populației și, în mod special, a celei din zona rurală și din zonele defavorizate sau greu accesibile, este limitat, și, în unele cazuri inexistent, din cauza lipsei cabinetelor medicilor de familie.

Astfel, din datele comunicate, pot fi reținute, cu titlu de exemplu, următoarele:

- localități fără medic de familie: **Alba - 13, Caraș-Severin - 14, Sălaj - 16, Buzău - 10, Hunedoara - 12;**

- populația *per cabinet* de medicină de familie: **în Botoșani - 2471/CM; Constanța - 2636/CM; Sălaj - 4774/CM; Suceava - 2259/CM** (diferă de la un cabinet la altul).

De asemenea, la nivel național, din informațiile furnizate, am constatat existența unui număr de **212 localități din mediul rural fără medic de familie și 665 de posturi de medic de familie vacante.**

Cu prilejul cercetărilor întreprinse, am remarcat, în esență, lipsa de cooperare a autorităților locale cu instituțiile județene sau centrale (a se vedea cazuistica instituției, în care sunt prezentate eforturile primarului unei comune de a deschide un cabinet medical pentru locuitorii din localitatea sa) și lipsa unei baze de date comună instituțiilor/autorităților implicate în gestionarea situației medicilor de familie, astfel încât informațiile actualizate referitoare la numărul medicilor, contractele în vigoare/încetate, etc. să poată fi verificate de oricare dintre aceste organisme.

Din nefericire, pandemia a accentuat starea deficitară a sistemului medical și implicit a medicinei de familie, cu consecințe directe negative asupra stării de sănătate a populației.

Apreciem că se impune o reorganizare a sistemului medical bazat pe medicină de familie pentru următoarele considerente:

- medicul de familie este, din punct de vedere profesional, prima persoană de contact pentru pacient în relația cu serviciile medicale existente; este cel care îndrumă pacientul spre medicul de specialitate, în funcție de nevoile concrete ale acestuia;

- medicul de familie, prin rolul pe care îl are în viața unui pacient, are posibilitatea să-i asigure acestuia accesibilitatea continuă și completă a pacientului la asistența medicală generală și de specialitate;

- medicul de familie este specialistul/omul care asigură pacientului său încredere și stabilitate; dat fiind perioada lungă de timp în care medicul de familie are în grijă un pacient, acesta are posibilitatea să îl cunoască și să îl abordeze cu toate problemele sale: biologice, psihologice, familiale și sociale ori de altă natură; această cunoaștere contribuie în mod hotărâtor la prevenirea afecțiunilor medicale sau în evoluția unei boli;

- asigurarea asistenței medicale pentru întreaga familie, îi oferă medicului de familie posibilitatea de a cunoaște istoricul medical al tuturor membrilor familiei și de a aborda și preveni problemele de sănătate care ar putea apărea în interiorul aceleiași familii (ex. boli genetice);

- prezența unui medic de familie într-o comunitate este o garanție a asigurării stării de sănătate a tuturor membrilor săi; astfel, dată fiind diversitatea unei comunități (nou născuți, copii, adolescenți, tineri, femei însărcinate sau aflate în lăuzie, persoane cu nevoi speciale, persoane vârstnice sau persoane cu particularități specifice vârstei), medicul de familie are rolul de a supraveghea și promova starea de sănătate a tuturor pacienților săi, de a îndruma pacienții în anumite perioade ale vieții lor (sarcină, lăuzie, pubertate/adolescență, îmbătrânire) și de a preveni apariția bolilor prin educația sanitară a pacienților, prin promovarea unui stil de viață sănătos și prin efectuarea vaccinărilor specifice împotriva unor boli;

- medicul de familie poate fi considerat confidentul pacientului și poate asigura acestuia suportul psihosocial de care pacientul are nevoie în anumite momente ale existenței lui;

- în perioada pandemiei, activitatea medicului de familie a suferit modificări importante, fiind legiferate consultațiile la distanță prin telefon/internet/videocall, medicii de familie fiind puși în situația să decidă pe baza unor chestionare, pe declarațiile pacientului, fără a exista un examen clinic direct/față în față; astfel, cel mai important rol al medicului de familie a constat în supravegherea și tratamentul pacienților infectați cu virusul Sars-CoV-2;

- în plus, medicii de familie au primit și competențe suplimentare în ceea ce privește vaccinarea anti-covid (așa cum rezultă din prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 3/2021 privind unele măsuri pentru recrutarea și plata personalului implicat în procesul de vaccinare împotriva COVID-19 și stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății).

Prin urmare, față de faptul că medicul de familie poate rezolva sau preveni o mare parte din problemele medicale curente ale populației, considerăm că este absolut necesar să se recunoască importanța deosebită a medicilor de familie în viața populației și în asigurarea serviciilor de sănătate de bază.

Având în vedere aspectele prezentate, prezentul Raport special își propune, *în principal*, să aducă în atenția legiuitorului/ autorităților centrale și locale/factorilor de decizie în materia medicinei de familie, **cauzele care stau la baza lipsei medicilor de familie, mai ales în zona rurală și în zonele defavorizate sau greu accesibile, consecințele neasigurării asistenței medicale umane preventivă, curativă, de recuperare și de urgență, asistența medicală generală, determinată de lipsa medicilor de familie**, iar, *în subsidiar*, să contribuie, prin recomandările propuse, la crearea unui cadru legislativ și administrativ coerent, menit să asigure respectarea efectivă a dreptului la ocrotirea sănătății, statuat în art. 34 din Constituția României.

În temeiul art. 29 alin. (2) din Legea nr. 35/1997 privind organizarea și funcționarea instituției Avocatul Poporului, republicată, *dacă Avocatul Poporului constată, cu prilejul cercetărilor întreprinse, lacune în legislație sau cazuri grave de corupție ori de nerespectare a legilor țării, va prezenta un raport, conținând cele constatate, președinților celor două Camere ale Parlamentului sau, după caz, prim-ministrului.*

În acest context, Avocatul Poporului și-a propus să identifice și să efectueze demersuri pentru soluționarea dificultăților de natură legală și administrativă în materia medicinei de familie, în scopul exclusiv de garantare a dreptului fundamental la ocrotirea sănătății.

În vederea obținerii informațiilor necesare întocmirii prezentului Raport special, s-au efectuat demersuri către Casele Județene de Asigurări de Sănătate, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești (C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.), Colegiul Medicilor din România, Societatea Națională de Medicina Familiei, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, direcțiile de sănătate publică județene, Ministerul Sănătății și Ministerul Lucrărilor Publice, Dezvoltării și Administrației și Compania Națională de Investiții.

Majoritatea instituțiilor/entităților vizate au răspuns la solicitarea Avocatului Poporului, cu excepția câtorva direcții de sănătate publică.

Capitolul II

Informații preliminare întocmirii raportului

În perioada de după declanșarea pandemiei, în mass-media au apărut numeroase informații, referitoare la situația medicilor de familie, în special, la condițiile dificile existente în mediul rural.

Astfel, cu titlul *Medic „Mutat la țară”, acolo unde nu vine pandemia, ci Apocalipsa din Scripturi*, se menționa: **suntem în anul 2020, anul pandemiei. Mai mult de jumătate din localitățile din România (53%) nu au niciun medic de familie sau au medici de familie insuficienți, arată datele centralizate de Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie și date recent publicității. 328 de localități rurale din România nu au niciun medic de familie, iar 559.611 de locuitori, adică 2,52% din populația României, nu are niciun medic de familie în comuna în care locuiesc** (<https://www.revistasinteza.ro/medic-mutat-la-tara-acolo-unde-nu-vine-pandemia-ci-apocalipsa-din-scripturi>).

Potrivit HotNews.ro (<https://www.hotnews.ro/stiri-sanatate-24262482-sistemul-medical-din-romania-cifre-numarul-medecilor-din-romania-crescut-aproape-2-700-ultimul-medec-307-locuitori-medi-tara-noastra.htm>), distribuția personalului sanitar pe medii de rezidență este determinată de repartizarea teritorială a unităților sanitare, păstrându-se discrepanțele majore existente. Din totalul medicilor, aproximativ o cincime au fost medici de familie, **aproape două treimi dintre aceștia desfășurându-și activitatea în mediul urban**. În anul 2019, la fel ca în anul precedent, discrepanțele pe medii de rezidență privind asigurarea populației cu personal medical sunt evidențiate de numărul mai mare de locuitori (aparținând populației rezidente) care au revenit unui cadru medico-sanitar, astfel: în mediul rural au revenit de peste 8 ori mai mulți locuitori unui medic (de 1,5 ori mai mulți locuitori unui medic de familie), de 6 ori mai mulți locuitori unui medic stomatolog și de aproape 4 ori mai mulți locuitori unui farmacist, față de mediul urban.

De asemenea, conform altor informații, (<https://www.newmoney.ro/romania-are-un-medec-la-307-locuitori-si-10-000-de-farmacii-cate-cadre-medicale-sunt-active-la-nivel-national/>) **Medicii de familie, sufocați în mediul rural**. Medicina primară, asigurată prin rețeaua de cabinete medicale de familie, reprezintă primul contact al populației cu sistemul sanitar, atât pentru diagnosticarea și tratarea unor boli, cât și pentru realizarea examenelor medicale preventive. Cele mai multe cabinete de medicină de familie au funcționat în mediul urban, 6.500 cabinete comparativ cu 4.400 cabinete în mediul rural, la fel ca în anul 2018. În mediul rural, unui cabinet de medicină de familie i-au revenit de 1,3 ori mai mulți locuitori (aparținând populației rezidente) comparativ cu unui cabinet din mediul urban.

Alte surse (<https://www.formaremedicla.ro/snmf-este-anormal-ca-autoritatile-sa-profite-in-mod-repetat-de-capacitatea-de-tampon-a-medecilor-de-familie>) afirmă că, după șapte luni de pandemie, s-ar părea că lucrurile evoluează cât se poate de îngrijorător în ceea ce privește controlul răspândirii infecției cu SARS-CoV-2 și este momentul ca autoritățile să înțeleagă faptul că gestionarea pandemiei nu se poate face „doar pe hârtie” și „la televizor”, fără să se țină cont de opiniile celor care sunt zilnic în contact cu pacientul. În 15 martie, odată cu declararea stării de urgență, a avut loc practic blocarea accesului pacienților non COVID la spitale, închiderea temporară a celor mai multe cabinete din ambulatoriile de specialitate și transferarea îngrijirilor asigurate până atunci de către spitale și ambulatoriile de specialitate către medicii de familie.

Medicii de familie subliniază că au preluat în toate aceste șapte luni sarcini foarte diverse, cele mai multe cu caracter de noutate pentru profesia medicală în general dar și pentru specialitatea Medicina de Familie: triaj epidemiologic pentru cazurile suspecte de infecție cu SARS-CoV-2; monitorizarea pacienților pozitivi izolați la domiciliu (chiar și în perioada în care pacienții izolați ar fi trebuit în mod legal să fie internați, dar autoritățile au preferat în unele zone să încalce legea); monitorizarea contactilor direcți (de multe ori uitați de

autorități); rezolvarea urgențelor care nu aveau acces la servicii specializate, etc. Este anormal ca autoritățile să profite în mod repetat de capacitatea de tampon a medicilor de familie, categorie pe care cu îndârjire au uitat să o menționeze în comunicările lor.

Din statistica publicată de Institutul Național de Statistică în *Activitățile unităților Sanitare în anul 2019*¹, din punctul de vedere al personalului sanitar care asigură îngrijirea sănătății populației în mediul rural, acesta **a fost slab reprezentat**, în anul 2019, desfășurându-și activitatea în localitățile rurale numai 9,0% dintre medici, 12,4% dintre medicii stomatologi, 18,2% din totalul farmaciștilor, 10,9% din totalul personalului sanitar mediu și 11,6% din personalul sanitar auxiliar.

În mediul rural, asistența medicală primară a fost asigurată de 40,2% dintre cabinetele independente de medicină de familie. Totodată, 63 de spitale și alte unități medicale asimilate spitalelor în structura cărora au funcționat 25 de ambulatorii de spital, un număr de 9 ambulatorii de specialitate, 4 centre de diagnostic și tratament, unul din cele două sanatorii de neuropsihiatrie au oferit asistență medicală de specialitate în mediul rural. De asemenea, în mediul rural au funcționat 59,1% dintre unitățile medico - sociale, 63,2% dintre drogherii și punctele de lucru ale farmaciilor, 3 din cele 9 centre multifuncționale, precum și cele două preventorii existente.

Mediul de rezidență rural este deficitar din punctul de vedere al acoperirii cu unități medicale. Din acest punct de vedere, este important ca rețeaua de cabinete medicale de medicină de familie să fie bine reprezentată în mediul rural. În 19 județe cabinetele medicale de familie sunt preponderente în mediul rural, cele mai mari ponderi fiind înregistrate în județele: Dâmbovița (65,6%), Giurgiu (64,6%), Teleorman (61,2%). În anul 2019, cele mai mici ponderi înregistrate de cabinetele individuale de medicină de familie în mediul rural au fost în județele Brașov (22,6%) și Hunedoara (22,5%).

Situația specifică pandemiei a adus o serie de informații suplimentare care au evidențiat lipsa medicilor de familie, în mod special, în zona rurală și în zonele defavorizate sau greu accesibile, unde persoanele au fost lipsite de asistență medicală - spitalele din apropierea comunităților în care locuiau erau destinate pacienților infectați cu virusul SARS-CoV-2. Au fost localități în țară, care au rămas fără medici de familie, fie ca urmare a decesului, fie ca urmare a pensionării sau a vreunei forme legale de încetare a activității (renunțare la colaborări). S-au evidențiat o serie de probleme pe care medicii de familie au trebuit să le găsească rezolvare, cum ar fi de exemplu, lipsa echipamentelor și materialelor necesare desfășurării actului medical în condiții de siguranță pentru ei și pentru pacienți, caz în care Avocatul Poporului a întreprins demersurile specifice.

Totodată, în contextul pandemiei, medicilor de familie, li s-au dat noi sarcini cum ar fi:

- triajul epidemiologic pentru cazurile suspecte de infecție cu virusul SARS-CoV-2;
- monitorizarea pacienților pozitivi izolați la domiciliu;
- monitorizarea contactilor direcți;
- rezolvarea urgențelor pentru pacienții care nu aveau acces la servicii specializate, din cauza dificultăților legate de accesul în spitale;
- îngrijirea pacienților cu afecțiuni cronice;
- asigurarea suportului informațional, medical și emoțional pentru pacienți;
- implicarea acestora în diverse demersuri cu autoritățile cu competențe în domeniu (ex. DSP-urile, școli, angajatori);
- elaborarea de circuite necesare respectării măsurilor destinate prevenirii infectării cu virusul SARS-CoV-2 a personalului și a pacienților;
- informare, a, programarea la vaccinare, monitorizarea și raportarea reacțiilor adverse pentru persoanele aflate pe listele proprii.

Toate aceste neajunsuri și atribuții suplimentare s-au răsfrânt, în mod direct, asupra celor implicați în asigurarea asistenței medicale și asupra populației lipsită de posibilitatea de a avea acces efectiv la serviciile medicale.

¹ https://insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/activitatea_unitatilor_sanitare_anul_2019.pdf

Capitolul III

Norme legale incidente în materie

În spațiul public se discută despre dreptul persoanei la sănătate. De fapt, Constituția României la art. 34 prevede că dreptul la ocrotirea sănătății este garantat, ceea ce înseamnă că statul are obligația pozitivă generală de a lua măsuri în acest sens prin garantarea unui cadru legislativ corespunzător și alocarea resurselor necesare pentru asigurarea sănătății publice, organizarea asistenței medicale și a sistemului de asigurări sociale pentru boală, maternitate, recuperare etc., controlul exercitării profesiilor medicale și a activităților paramedicale. De asemenea, statul poate să ia orice alte măsuri de protecție a sănătății fizice și mintale a persoanei.

Prin aplicarea art. 20 alin. (1) din Legea fundamentală, dreptul la ocrotirea sănătății trebuie interpretat și aplicat în concordanță cu Declarația Universală a Drepturilor Omului, cu pactele și cu celelalte tratate la care România este parte. Astfel, potrivit art. 25 alin. (1) din Declarația Universală a Drepturilor Omului, orice om are dreptul la un nivel de trai care să-i asigure sănătatea și bunăstarea lui și a familiei sale, cuprinzând, printre altele, îngrijirea medicală și serviciile sociale necesare. Totodată, potrivit art. 12 alin. (1) și (2) lit. d) din Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale², *statele părți recunosc dreptul pe care îl are orice persoană de a se bucura de cea mai bună sănătate fizică și mintală pe care o poate atinge*, iar una dintre măsurile pe care statele părți le vor adopta în vederea asigurării exercitării depline a acestui drept va fi *crearea de condiții care să asigure tuturor servicii medicale și un ajutor medical în caz de boală*.

Prin Legea nr. 74/1999 pentru ratificarea Cartei sociale europene revizuite, adoptată la Strasbourg la 3 mai 1996³, în art. 11 și 13 punctele (1)-(3) sunt garantate două drepturi distincte, respectiv dreptul la protecția sănătății și dreptul la asistență socială și medicală.

Referitor la dreptul la protecția sănătății, potrivit art. 11, *în vederea exercitării efective a dreptului la protecția sănătății, părțile se angajează să ia fie direct, fie în cooperare cu organizațiile publice și private măsuri corespunzătoare, care vizează, în special:*

- 1. să elimine, în măsura în care este posibil, cauzele unei sănătăți deficitare;*
- 2. să prevadă servicii de consultare și de educare în ceea ce privește ameliorarea sănătății și dezvoltarea simțului responsabilității individuale în materie de sănătate;*
- 3. să prevină, în măsura în care este posibil, bolile epidemice, endemice și alte boli, precum și accidente.*

În vederea **exercitării efective a dreptului la asistență medicală**, statuat prin art. 13 pct. 1-3, *Statul se angajează:*

- 1. să vegheze ca orice persoană care nu dispune de resurse suficiente și care nu este în măsură să și le procure prin propriile mijloace sau să le primească dintr-o altă sursă, în special prin prestații rezultate dintr-un regim de securitate socială, să poată beneficia de o asistență corespunzătoare și, în caz de boală, de îngrijirile impuse de starea sa;*
- 2. să vegheze ca persoanele care beneficiază de o astfel de asistență să nu sufere, din acest motiv, o reducere a drepturilor lor politice sau sociale;*
- 3. să prevadă ca fiecare să poată obține, prin servicii competente cu caracter public sau privat, orice sfat și orice ajutor personal, necesare pentru a preveni, a îndepărta sau a atenua starea de nevoie de ordin personal și de ordin familial;*

În sfera asistenței acordate de medicul de familie, **Legea nr. 95/2006** privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cuprinde o serie de reglementări, din cuprinsul cărora se poate reține că medicul de familie reprezintă primul contact în cadrul sistemului de sănătate, oferind acces nediscriminatoriu pacienților și

² Ratificat de România prin Decretul Consiliului de Stat nr. 212 din 31 octombrie 1974, publicat în Buletinul Oficial nr. 146 din 20 noiembrie 1974,

³ Publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 193 din 4 mai 1999

ocupându-se de toate problemele de sănătate ale acestora. În acest sens, colaborează cu ceilalți furnizori de servicii din asistența medicală primară și asigură legătura cu celelalte specialități. Medicul de familie trebuie să acorde consultațiile de urgență, în afara programului normal de lucru al cabinetelor de medicină de familie, precum și în regim de gardă, prin intermediul centrelor de permanență, să rezolve problemele de sănătate acute și cronice ale pacienților, urmărind rezolvarea problemelor de sănătate ale comunității (**art. 67**).

Cheltuielile pentru investiții în vederea construcției, reabilitării, dotării spațiilor medicale și nemedicale în care se desfășoară activități de îngrijire medicală primară, în localitățile rurale, se asigură din bugetul de stat, prin Ministerul Sănătății, care alocă sumele necesare sub formă de transferuri prin direcțiile de sănătate publică județene către autoritățile administrației publice locale (**art. 87**).

De asemenea, autoritățile administrației publice locale **pot** acorda facilități și stimulente aferente instalării unui medic, înființării și funcționării cabinetului de medicină de familie și **pot** încheia cu reprezentantul legal al cabinetului de medicină de familie un contract civil în care să se consemneze drepturile și obligațiile părților (**art. 74**). Totodată, un medic de familie poate fi titularul unui singur cabinet, iar cabinetele de medicină de familie **pot deschide cel mult două puncte secundare de lucru** în altă unitate administrativ-teritorială, unde nu funcționează un alt cabinet medical în specialitatea medicină de familie, dacă solicitantul asigură un program fracționat de **minimum 10 ore pe săptămână** în norma lui de bază sau peste norma lui de bază (**art. 75**).

Contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 - 2019⁴, dispune, în art. 12 alin. (1) că, *Programul de activitate săptămânal al cabinetului medical individual, precum și al fiecărui medic de familie cu listă proprie care își desfășoară activitatea în alte forme de organizare a cabinetelor medicale, organizat în funcție de condițiile specifice din zonă, trebuie să asigure minimum 35 de ore pe săptămână și minimum 5 zile pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile și ore fiind stabilită în funcție de condițiile specifice din zonă de către reprezentantul legal al cabinetului.*

Totodată, același contract cadru prevede că necesarul de medici de familie cu liste proprii, atât pentru mediul urban, cât și pentru mediul rural, precum și numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie din mediul rural, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară, **se stabilesc pe unități administrativ-teritoriale/zone urbane de către o comisie** formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, ai direcțiilor de sănătate publică și ai colegiilor teritoriale ale medicilor, **pe baza unor criterii** care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. La lucrările comisiei **participă cu rol consultativ reprezentanți ai autorităților administrației publice locale**, ai patronatului județean al medicilor de familie și ai asociației profesionale județene a medicilor. **Necesarul de medici de familie** cu liste proprii la nivel județean/la nivelul municipiului București **cuprinde și numărul de medici de familie stabilit ca necesar pentru a intra în relație contractuală cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.**

De reținut este faptul că, **în localitățile urbane numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie**, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, **este de 800, cu excepția zonelor neacoperite din punctul de vedere al numărului necesar de medici de familie, zone stabilite de comisie.** Pentru medicii de familie al căror număr de persoane asigurate înscrise pe listele proprii se menține timp de **6 luni consecutive** la un nivel **mai mic cu 20%** din numărul minim de persoane asigurate înscrise pe lista proprie, stabilit pentru unitatea administrativ-teritorială/zona respectivă, **contractul poate**

⁴ Aprobabil prin Hotărârea de Guvern nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019

înceta prin denunțare unilaterală de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate. (art. 2)

Cu privire la *atribuțiile* comisiilor constituite la nivel local, menționate mai sus, acestea sunt enumerate la **art. 9** din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 400 din 27 martie 2018⁵ și stabilesc în sarcina acestor comisii obligații privind: stabilirea **necesarului de medici de familie** cu liste proprii, atât pentru mediul urban, cât și pentru mediul rural, pentru care se poate încheia contract de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară cu casa de asigurări de sănătate; stabilirea **numărului minim** de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie din mediul rural, pe unități administrativ-teritoriale, pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară cu casele de asigurări de sănătate; stabilirea **zonelor din mediul urban neacoperite** din punctul de vedere al numărului necesar de medici de familie pentru care se pot încheia contracte cu medicii de familie cu liste cuprinzând sub 800 de persoane asigurate înscrise și stabilește numărul minim de persoane asigurate înscrise pentru aceste zone; **analizarea situațiilor** în care numărul de persoane asigurate înscrise pe listele proprii ale medicilor de familie se menține timp de 6 luni consecutive la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim de persoane asigurate înscrise pe lista proprie, stabilit pentru unitatea administrativ-teritorială/zona respectivă, **situații ce pot conduce la încetarea contractului de servicii medicale** în asistența medicală primară, pentru cabinetele medicale individuale, **respectiv la excluderea din contract a medicilor de familie** la care se înregistrează astfel de situații, pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale; **analizarea situațiilor** de încadrare a unităților administrativ-teritoriale/zonelor **deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de familie**, respectiv situația în care, **în ultimii 2 ani**, numărul medicilor de familie **a fost sub cel necesar** sau, în unitatea administrativ-teritorială/zona respectivă, **nu a funcționat un medic de familie** în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

Comisia se constituie prin act administrativ al președintelui - director general al casei de asigurări de sănătate⁶. Comisia se întrunește obligatoriu anual, în vederea pregătirii procesului de contractare, astfel încât să se poată încheia procesul de contractare la termenul stabilit și **o dată la 6 luni**, pentru evaluarea situațiilor de fapt raportate la atribuțiile proprii, **precum și ori de câte ori este nevoie** - art. 8 alin. (1).

Anexa **Ordinului nr. 697/2011** pentru aprobarea Normelor metodologice cu privire la asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență, dispune că asigurarea **continuității asistenței medicale primare în regim de gardă** a colectivităților locale arondate, **în afara programului normal de lucru** al cabinetelor de medicină de familie, **se realizează prin intermediul centrelor de permanență (art. 2).**

Un centru de permanență se poate înființa prin voința a **minimum 2 medici de familie**, titulari de cabinete de medicină de familie, care pot coopta alți medici de familie/rezidenți în medicina de familie, astfel încât să se constituie un grup de 7 medici, însă este permisă înființarea centrelor de permanență și cu 5 sau 6 medici de familie, dacă aceștia **pot asigura funcționalitatea centrului** de permanență și sunt de acord să funcționeze în această formulă **(art. 9).**

Totodată, zonele în care se înființează centre de permanență **sunt stabilite** de către **direcțiile de sănătate publică**, cu acordul caselor de asigurări de sănătate și al consiliilor locale

⁵ Privind aprobarea regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a comisiilor constituite în baza prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019,

⁶ Comisia este formată din 5 membri de drept, dintre care 2 reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, 2 reprezentanți ai direcției de sănătate publică, un reprezentant al colegiului teritorial al medicilor pentru specialitatea medicină de familie. La lucrările comisiei participă, cu rol consultativ, un reprezentant al autorităților administrației publice locale, un reprezentant al patronatului județean al medicilor de familie și un reprezentant al asociației profesionale județene a medicilor de familie în condițiile în care sunt constituite astfel de organizații la nivel local.

sau la inițiativa medicilor de familie din zonele respective, existând unele excepții (centrele organizate de ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie) (**art. 12**). Cu privire la **funcționarea centrelor de permanență, acestea își pot desfășura activitatea într-un spațiu pus la dispoziție de autoritățile administrației publice locale**; într-un cabinet medical pus la dispoziție de unul dintre medicii de familie asociați, în cazul în care este disponibil un alt spațiu decât cel destinat activității zilnice derulate în acel cabinet, cu circuite separate; prin rotație, în cabinetele medicale ale medicilor de familie asociați (**art. 17**).

Potrivit **art. 24 alin. (1)** - activitatea desfășurată în centrele de permanență **se finanțează de la bugetul de stat**, prin bugetul Ministerului Sănătății.

De asemenea, direcțiile de sănătate publică, casele de asigurări de sănătate, serviciile de ambulanță județene și al municipiului București - Ilfov și consiliile locale au atribuții specifice privind funcționarea centrelor de permanență, iar *controlul privind respectarea asigurării continuității asistenței medicale primare în regim de gardă în centrele de permanență se exercită cel puțin anual de comisii mixte formate din reprezentanți ai direcțiilor de sănătate publică și ai casei de asigurări de sănătate, în funcție de domeniul de competență* (**art. 40**).

Potrivit **art. 6 alin. (3) și (5) din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998** privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, *controlul privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, indiferent de forma de organizare, se exercită de Ministerul Sănătății și Familiei și de Colegiul Medicilor din România. Controlul privind respectarea normelor legale în furnizarea serviciilor de sănătate se exercită de Ministerul Sănătății și Familiei și unitățile sale subordonate, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Colegiul Medicilor din România sau de alte organe abilitate, în condițiile legii.*

Potrivit **art. 14** din același act normativ, *cabinetele medicale se pot înființa în cadrul actualelor dispensare medicale, policlinici ori în alte spații puse la dispoziție de autoritățile publice centrale sau locale ori în spații private, autorizate.* Totodată, bunurile **imobile** aflate în proprietatea privată a statului/unităților administrativ-teritoriale, utilizate în prezent pentru activități medicale, **pot fi date în folosință gratuită, închiriate, concesionate ori vândute fără licitație publică** cabinetelor medicale sau, după caz, unităților medico-sanitare cu personalitate juridică, iar bunurile imobile **aflate în proprietatea publică** a statului sau a unităților administrativ-teritoriale, utilizate în prezent pentru activități medicale, vor fi trecute în domeniul privat al statului/unităților administrativ-teritoriale.

În contextul pandemiei, a fost adoptată **Legea nr. 136/2020** privind instituirea unor măsuri în domeniul sănătății publice în situații de risc epidemiologic și biologic. Prin acest act normativ, medicii de familie au un rol principal în luarea în evidență, monitorizarea stării de sănătate a pacienților etc., aflați în măsura izolării.

Astfel, potrivit **art. 8 alin. (3¹) și (3³)** persoanele care prezintă semne și simptome sugestive specifice definiției de caz, precum și cele care, după confirmarea diagnosticului de boală infectocontagioasă, nu prezintă semne și simptome sugestive sau prezintă simptome care nu necesită izolarea într-o unitate sanitară/locație alternativă atașată unității sanitare și se izolează la domiciliu sau la o altă locație aleasă de aceasta, au obligația de a informa medicul de familie despre ipoteza în care se află, inclusiv cu privire la locul în care au decis să se izoleze sau s-a instituit izolarea. **Medicul de familie are obligația luării în evidență și monitorizării stării de sănătate** a persoanelor respective și de a **transmite direcției de sănătate publică** județene, respectiv, după caz, a municipiului București, fișa de monitorizare a persoanei izolate, al cărei model este aprobat prin ordin al ministrului sănătății.

În plus, dacă persoanele care trebuie să se izoleze refuză această măsură, **medicul de familie trebuie să informeze, de îndată, după consemnarea refuzului persoanei, direcția de sănătate publică** județeană sau a municipiului București, care, în termen de cel mult două ore, va emite decizia prin care confirmă sau infirmă măsura izolării recomandată de medic, în unitatea sanitară sau într-o locație alternativă atașată acesteia. Decizia are caracter individual și se comunică de îndată persoanei în cauză - **art. 8 alin. (6)**.

Totodată, potrivit art. 1 alin. (10) din Ordonanță de Urgență a Guvernului nr. 3/2021 privind unele măsuri pentru recrutarea și plata personalului implicat în procesul de vaccinare împotriva COVID-19 și stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății, *medicul de familie, are obligația să programeze grupele populaționale prioritare în platforma națională Rovaccinare, conform fiecărei etape, astfel cum sunt ele stabilite în Strategia de vaccinare împotriva COVID-19 în România.*

Medicii de familie cu liste proprii, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, în vederea informării, programării la vaccinare, monitorizării și raportării reacțiilor adverse pentru persoanele aflate pe listele proprii, beneficiază de un tarif pe serviciu - art. 3 alin. (3).

Capitolul IV

Demersurile scrise efectuate

Prin raportarea situațiilor de fapt semnalate la normele legale care reglementează activitatea medicilor de familie, am propus efectuarea unor demersuri în scopul clarificării aspectelor semnalate, prin formularea unor adrese către *Casele Județene de Asigurări de Sănătate, C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., Colegiul Medicilor din România, Societatea Națională de Medicina Familiei, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Direcțiile de Sănătate Publică Județene, Ministerul Sănătății, Ministerul Lucrărilor Publice, Dezvoltării și Administrației și Compania Națională de Investiții*, prin care am solicitat următoarele:

1. Casele Județene de Asigurări de Sănătate și C.A.S.A.O.P.S.N.A.J⁷:

- care este numărul de medici de familie aferent fiecărei localități din județ (comuna/oraș/municipiu);
- care este numărul medicilor de familie care au solicitat încheierea unui contract cu Casele Județene de Asigurări de Sănătate și C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., în mediul rural, și cărora li s-a reziliat contractul pe considerentul că nu au îndeplinit cerința numărului de asigurați, în termenul legal (defalcat pe cabinete de medicină de familie și puncte de lucru);
- numărul localităților/asiguraților care nu beneficiază de medic de familie;
- în ce măsură autoritățile administrației publice locale acordă facilități și stimulente aferente instalării unui medic, înființării și funcționării cabinetului de medicină de familie; dacă dețin informații referitoare la facilitățile și stimulentele acordate de autoritățile administrației publice locale să ni le comunice;
- câte puncte de lucru sunt deschise de cabinetele de medicină de familie în mediul rural;
- câte posturi vacante de medici de familie sunt în mediul rural;
- de câte ori au fost convocați în vederea participării în cadrul comisiei constituită în baza prevederilor art. 2 alin. (1)-(5) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018, în vederea discutării situației medicilor de familie din zona rurală.

2. Colegiul Medicilor din România

- în ce mod Colegiul Medicilor din România (CMR) se implică în controlul privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, în mod special, a celor de medicină de familie în mediul rural și cum încurajează/atrage medicii de familie să practice în mediul rural;
- dacă CMR, prin colegiile teritoriale, a încheiat cu unitățile sanitare acreditate să desfășoare programe de pregătire în rezidențiat, inclusiv cu cabinetele medicale individuale de medicină de familie, contracte pentru efectuarea stagiului practic pentru medicii interesați de medicina de familie;
- dacă CMR colaborează cu organizații de profil profesional-științific, patronal, sindical din domeniul sanitar și cu organizații neguvernamentale în problemele ce privesc asigurarea sănătății populației în mediul rural și care au fost măsurile concrete pentru sprijinirea medicinii de familie în mediul rural;
- ce măsuri au în vedere pentru acoperirea necesarului de medici de familie în mediul rural.

3. Societatea Națională de Medicina Familiei

- care sunt modalitățile concrete de participare activă la eforturile de încurajare a medicilor de familie să practice profesia în mediul rural;

⁷ Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București și Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

- dacă au existat sau există preocupări pentru îmbunătățirea cadrului legislativ a activității desfășurate de medicii de familie și care sunt acțiunile concrete întreprinse în acest sens;

- în ce mod monitorizează aplicarea unitară în teritoriu de către autoritățile publice locale a prevederilor legale specifice aplicabile medicilor de familie (facilități și stimulente aferente instalării unui medic, înființării și funcționării cabinetului de medicină de familie);

- dacă au încheiate protocoale de colaborare cu autoritățile locale din mediul rural în scopul atragerii și încurajării medicilor de familie, în special a tinerilor medici (pentru facilități și stimulente aferente instalării unui medic, înființării și funcționării cabinetului de medicină de familie);

- dacă au încheiate parteneriate cu structuri similare din țară sau străinătate care vizează interesele profesionale, științifice, sociale și economice ale medicilor de familie din mediul rural (exemple de bună practică din străinătate privind atragerea și stabilirea medicilor de familie în mediul rural);

- dacă au în vedere crearea unui sistem propriu de evidențiere și, eventual, premiere a organizațiilor locale și, respectiv, a membrilor individuali ai acestora, pentru merite deosebite în promovarea și dezvoltarea specializării medicină de familie în mediu rural.

4. Casa Națională de Asigurări de Sănătate

- dacă la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate este cunoscută situația medicilor de familie din zonă rurală atât cu privire la numărul insuficient al acestora, cât și cu privire la dificultățile întâmpinate în deschiderea unui cabinet medical;

- dacă comisia constituită în baza prevederilor art. 2 alin. (1) - (5) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018, s-a întrunit pentru evaluarea situațiilor de fapt raportate la starea medicilor de familie; câte astfel de întâlniri au avut loc în ultimii doi ani și ce măsuri concrete au fost dispuse pentru remedierea deficiențelor constatate;

- care sunt criteriile în baza cărora sunt convocați reprezentanții caselor de asigurări de sănătate, ai direcției de sănătate publică și al colegiului teritorial al medicilor pentru specialitatea medicină de familie (aleatoriu, problematică discutată etc) în cadrul comisiei mai sus amintite;

- cum au pus în aplicare noile prevederi din Legea nr. 95/2006, care dau dreptul unui medic să desfășoare activitate minimum 10 ore pe săptămână, având în vedere că, în Contractul - cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 - 2019, se prevede un număr de minimum 35 de ore; dacă au în vedere punerea în acord a prevederilor contractului cadru pe anul 2010 - 2021, cu dispozițiile din Legea nr. 95/2006.

5. Direcțiile de sănătate publică județene

- câte solicitări de înființare a cabinetelor de medicină de familie au fost înregistrate în ultimii 2 ani;

- care este implicarea Direcției de Sănătate Publică Județeană în înființarea cabinetelor de medicină de familie și în ce constă acest sprijin;

- câte centre de permanență sunt organizate la nivelul țării și distribuirea lor în zonele rurale;

- dacă a fost realizată o statistică privind cheltuielile cu reabilitarea, dotarea spațiilor medicale și nemedicale în care se desfășoară activități de îngrijire medicală primară, în localitățile rurale.

6. Ministerul Sănătății

- dacă a fost realizată o statistică privind cheltuielile aferente investițiilor în infrastructură, în localitățile rurale, în vederea construcției, reabilitării, dotării minime standard a spațiilor medicale și nemedicale în care se desfășoară activități de îngrijire medicală primară, în ultimi 2 ani;

- dacă există o evidență a cabinetelor medicale din mediul rural, care au beneficiat de aceste investiții;
- în ce a constat colaborarea cu instituțiile administrației publice locale, în vederea asigurării resurselor umane, materiale și financiare necesare funcționării instituțiilor din sistemul public de sănătate;
- dacă au fost elaborate programe/strategii pentru creșterea calității asistenței medicale acordată populației din mediu rural;
- dacă au trimis către Ministerul Finanțelor Publice solicitare privind fondurile necesare asigurării medicilor de familie peste tot în mediul rural, în vederea elaborării bugetului pe anul 2021.

7. Ministerul lucrărilor publice, dezvoltării și administrației

- care sunt programele de finanțare destinate unităților administrativ-teritoriale care au avut /au prevăzut investiții în construcția/înființarea /reabilitarea cabinetelor medicale în zona rurală;
- câte proiecte de finanțare au fost depuse de către unitățile administrativ-teritoriale, câte proiecte au primit finanțare și care este stadiul de implementare al acestora;
- dacă se au în vedere și alte programe/strategii de implicare a unităților administrativ teritoriale în dezvoltarea serviciilor medicale în zona rurală și care sunt acestea;
- dacă au trimis către Ministerul Finanțelor Publice solicitare privind fondurile necesare asigurării infrastructurii pentru cabinetele medicale în mediul rural în vederea elaborării bugetului pe anul 2021.

Capitolul V

Rezultatele demersurilor întreprinse

1. În ceea ce privește normarea medicilor de familie, **Ministerul Sănătății**⁸ a precizat în principal, că, potrivit prevederilor lit. f) ale art. 64 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cabinetul de medicină de familie reprezintă unitatea sanitară privată specializată în furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, organizată în condițiile legii, iar praxisul de medicină familie, așa cum este definit la lit. i) din același articol, reunește patrimoniul de afecțiuni profesionale, infrastructura cabinetului, aflată în proprietatea sau în folosința medicului și clientelei. Medicina de familie este organizată în baza Ordonanței de Guvern nr. 124/1998 republicată, cu completările ulterioare. Relația medic de familie și asigurări medicale, reprezintă unul dintre multe aspecte manageriale din activitatea medicului de familie, în esență, acesta încheie anual un contract cu Casa de Asigurări de Sănătate în baza Contractului - cadru, elaborate anual, negociind plata serviciilor pe care le oferă.

În conformitate cu prevederile Hotărârii de Guvern nr. 884/2004 privind concesionarea unor spații cu destinația de cabinete medicale bunurile imobile sau părțile acestora, aflate în proprietatea publică a statului sau unităților administrativ-teritoriale, în care funcționează cabinete medicale înființate potrivit Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată prin Legea nr. 629/2001, republicată, cu completările ulterioare, **trec în proprietatea privată a statului, respectiv a unităților administrativ-teritoriale**, potrivit art. 10 din Legea nr. 213/1998 privind proprietatea publică și regimul juridic al acesteia, cu modificările și completările ulterioare. Concesionarea imobilelor în care funcționează cabinetele medicale înființate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, se face fără licitație publică. Spațiile concesionate vor fi utilizate doar în scopul desfășurării de activități medicale.

În baza dispozițiilor art. 74 din Legea 95/2006 republicată, *autoritățile administrației publice locale pot acorda facilități și stimulente aferente instalării unui medic, înființării și funcționării cabinetului de medicină de familie, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare și pot încheia cu reprezentantul legal al cabinetului de medicină de familie un contract civil în care să se consemneze drepturile și obligațiile părților.*

Prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 68/2008 privind vânzarea spațiilor proprietate privată a statului sau a unităților administrativ-teritoriale cu destinația de cabinete medicale, precum și a spațiilor în care se desfășoară activități conexe actului medical, s-a stabilit cadrul juridic pentru vânzarea spațiilor proprietate privată a statului sau a unităților administrativ-teritoriale în care funcționau unități medicale înființate și organizate potrivit Ordonanței Guvernului nr. 124/1998. Spațiile medicale concesionate în temeiul Hotărârii Guvernului nr. 884/2004 privind concesionarea unor spații cu destinația de cabinete medicale, cu modificările ulterioare, pentru care concesionarii nu și-au exprimat intenția de cumpărare, vor fi folosite în continuare de aceștia, până la expirarea duratei pentru care s-a încheiat contractul de concesiune.

Față de cele de mai sus, Ministerul Sănătății a precizat că medicii de familie activând într-un sistem privat și având o formă de proprietate a cabinetului exprimată printr-un contract de vânzare cumpărare, concesiune, comodat, închiriere, după caz, **informațiile legate de cheltuielile legate de infrastructura cabinetelor de medicină de familie, nu sunt deținute de minister.**

Referitor la normarea medicilor de familie, Ministerul Sănătății a precizat că, prin *Strategia națională de sănătate*, în vederea optimizării resurselor umane din sănătate și implementarea de strategii sustenabile de atragere și retenție a medicilor și asistenților medicali

⁸ Adresa nr. NT13565/17.12.2020

în sistemul de sănătate românesc mai ales în specialitățile și zonele deficitare, **a fost dezvoltat cadrul strategic și normativ în sensul organizării rezidențiatului pe post, acordarea unor facilități la deschiderea cabinetelor medicale medicilor de familie, asigurarea de condiții suplimentare motivante pentru deschiderea de cabine medicale în zonele defavorizate.**

Comisia Paritară (formată din membri CJAS/CM/DSP) funcționează la nivelul caselor județene de asigurări de sănătate, în baza prevederilor Ordinului nr. 400/833/2018 din 27 martie 2018 privind aprobarea regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a comisiilor constituite în baza prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului - cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019.

Ministerul Sănătății a mai precizat că sistemul de servicii de sănătate necesită o reformă structurală. *Continuă să existe inechități rural-urban în accesul la servicii de sănătate și în rândul unor grupuri populaționale vulnerabile. Serviciile de bază la nivelul comunităților nu sunt dezvoltate, procesul de decentralizare fiind în egală măsură, o oportunitate, dar și un risc în același timp. Asistența medicală primară, prin transformarea medicilor de medicină generală în medici de familie nu și-a atins scopul propus în acoperirea cu servicii de sănătate bază în special în mediul rural, în parte, datorită reglementărilor insuficiente și în permanentă schimbare, a infrastructurii deficitare și a finanțării limitate care au redus motivația absolvenților universităților de medicină de a opta pentru aceasta specialitate și de a o practica mai ales în mediul rural, dar și datorită lipsei unor politici publice care să condiționeze sau să stimuleze medicii de familie existenți să desfășoare o activitate pro-activă în familii și comunități, focalizată pe prevenție primară, secundară și terțiară.*

De asemenea, Ministerul Sănătății a apreciat faptul că îmbunătățirea accesibilității medicinei de familie în zonele rurale, izolate, necesită stimularea implicării autorităților locale în zonele slab deservite, introducerea și monitorizarea stimulentei financiare și non-financiare pentru stabilirea practicii în mediul rural, promovarea studiilor în medicina de familie pentru studenții din mediul rural (burse), organizarea de stagii de practică în mediul rural pentru studenții și medicii rezidenți în medicina de familie, organizarea medicinei de familie în regim de 24x7 (centre de permanență, serviciu de gardă prin rotație).

Din statistica pe județe, transmisă de Ministerul Sănătății și centralizată la sfârșitul anului 2019, rezultă următoarele:

- Alba: sunt 197 de cabinete de medici de familie (MF), 78 de unități administrativ-teritoriale (UAT), **13 unități administrativ-teritoriale sunt fără medic de familie, iar populația per cabinet medic de familie este de 1720;**

- Arad: sunt 263 de cabinete MF, 78 de unități administrativ-teritoriale, 2 unități administrativ-teritoriale sunt fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 1637;

- Argeș: sunt 340 de cabinetele MF, 102 unități administrativ-teritoriale, o singură unitate administrativ-teritorială este fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 1786;

- Bacău: sunt 264 de cabinete MF, 93 de unități administrativ-teritoriale, 3 unități administrativ-teritoriale sunt fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 2139;

- Bihor: sunt 379 de cabinete MF, 102 unități administrativ-teritoriale, una singură este fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 1347;

- Bistrița-Năsăud: sunt 136 cabinete MF, 62 de unități administrativ-teritoriale, 3 unități administrativ-teritoriale sunt fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 2030;

- Botoșani: sunt 157 cabinete MF, 78 de unități administrativ-teritoriale, 5 unități administrativ-teritoriale sunt fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 2471;

- Brăila: sunt 144 de cabinete MF, 44 de unități administrativ-teritoriale, 2 unități administrativ-teritoriale sunt fără medic de familie, populația per cabinet MF este de 2113;

- Brașov: sunt 312 cabinete MF, 58 de unități administrativ-teritoriale, 5 unități administrativ-teritoriale sunt fără medic de familie, populația per cabinet MF este de 1749;

- Buzău: sunt 194 cabinete MF, 87 de unități administrativ-teritoriale, 10 unități administrativ-teritoriale fără medic de familie, populația per cabinet MF este de 2128;
- Călărași: sunt 111 cabinete MF, 55 unități administrativ-teritoriale, nicio unitate administrativ-teritoriale fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 2621;
- Caraș-Severin: sunt 144 cabinete MF, 77 unități administrativ-teritoriale, 14 sunt fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 2011;
- Cluj: sunt 380 de cabinete MF, 81 de unități administrativ-teritoriale, 4 unități administrativ-teritoriale sunt fără medic de familie, iar populația per cabinet este de 1819;
- Constanța: sunt 371 de cabinete MF, 82 de unități administrativ-teritoriale, 5 fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 2636;
- Covasna: sunt 98 de cabinete MF, 45 de unități administrativ-teritoriale, 4 unități administrativ-teritoriale fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 1709;
- Dâmbovița: sunt 222 de cabinete MF, 89 de unități administrativ-teritoriale, o singură unitate administrativ-teritorială fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 2161;
- Dolj: sunt 399 de cabinete MF, 111 unități administrativ-teritoriale, nicio unitate administrativ-teritorială fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 1584;
- Galați: sunt 242 cabinete MF, 65 de unități administrativ-teritoriale, una singură fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 2046;
- Giurgiu: sunt 106 cabinete MF, 54 de unități administrativ-teritoriale, 4 unități fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 2405;
- Gorj: sunt 212 cabinete MF, 70 de unități administrativ-teritoriale, nicio unitate administrativ-teritorială fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 1532;
- Harghita: sunt 151 cabinete MF, 67 unități administrativ-teritoriale, o singură unitate administrativ-teritorială fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 1873;
- Hunedoara: sunt 223 cabinete MF, 69 unități administrativ-teritoriale, 12 unități administrativ-teritoriale fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 1812;
- Ialomița: sunt 108 cabinete MF, 66 unități administrativ-teritoriale, 3 unități administrativ-teritoriale fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 2229;
- Iași: sunt 405 de cabinete MF, 98 unități administrativ-teritoriale, 4 unități administrativ-teritoriale fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 1898;
- Ilfov: sunt 158 cabinete MF, 40 de unități administrativ-teritoriale, nicio unitate administrativ-teritorială fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 2385;
- Maramureș: sunt 210 cabinete MF, 76 de unități administrativ-teritoriale, 7 unități administrativ-teritoriale fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 2206;
- Mehedinți: sunt 131 cabinete MF, 66 de unități administrativ-teritoriale, 4 unități administrativ-teritoriale fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 1896;
- Mureș: sunt 296 cabinete MF, 101 unități administrativ-teritoriale, 4 unități administrativ-teritoriale fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 1649;
- Neamț: sunt 240 de cabinete MF, 83 unități administrativ-teritoriale, 3 unități administrativ-teritoriale fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 1883;
- Olt: sunt 234 cabinete MF, 112 unități administrativ-teritoriale, o singură unitate administrativ-teritorială fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 1857;
- Prahova: sunt 358 de cabinete MF, 104 unități administrativ-teritoriale, 3 unități administrativ-teritoriale fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 2013;
- Sălaj: sunt 45 de cabinete MF, 61 de unități administrativ-teritoriale, 16 unități administrativ-teritoriale fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 4774;
- Satu Mare: sunt 166 cabinete MF, 65 de unități administrativ-teritoriale, o singură unitate administrativ-teritorială fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 1991;
- Sibiu: sunt 312 cabinete MF, 64 de unități administrativ-teritoriale, nicio unitate administrativ-teritorială fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 1183;

- Suceava: sunt 277 cabinete MF, 114 unități administrativ-teritoriale, 4 unități administrativ-teritoriale fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 2259;
- Teleorman: sunt 176 cabinete MF, 97 unități administrativ-teritoriale, 3 unități administrativ-teritoriale fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 2089;
- Timiș: sunt 443 cabinete MF, 99 unități administrativ-teritoriale, 4 unități administrativ-teritoriale fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 1338;
- Tulcea: sunt 87 de cabinete MF, 51 de unități administrativ-teritoriale, 9 unități administrativ-teritoriale fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 2174;
- Vâlcea: sunt 202 cabinete MF, 89 unități administrativ-teritoriale, 2 unități administrativ-teritoriale fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 1779;
- Vaslui: sunt 157 cabinete MF, 86 unități administrativ-teritoriale, 6 unități administrativ-teritoriale fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 2299;
- Vrancea: sunt 137 de cabinete MF, 73 unități administrativ-teritoriale, 4 unități administrativ-teritoriale fără medic de familie, iar populația per cabinet MF este de 2299.

2. Prin informațiile transmise, **Ministerul Lucrărilor Publice, Dezvoltării și Administrației (M.L.P.D.A.)**⁹, în esență, a menționat următoarele:

a) implementează **Programul național de dezvoltare locală (PNDL)**, un program multianual de finanțare cu fonduri de la bugetul de stat, structurat în două etape, respectiv PNDL I (2015-2021) și PNDL II (2017-2020), care are ca **obiectiv general echiparea unităților administrativ-teritoriale cu toate dotările tehnico-edilitare, inclusiv infrastructura sanitară**. În legătură cu obiectivele finanțate prin PNDL, M.L.P.D.A. a precizat că:

- numărul de solicitări pentru PNDL II (primate în 2017): **707 obiective**, în valoare totală de 1,78 miliarde lei; dintre acestea, **în mediul rural 606 obiective**, în valoare totală de 712 milioane lei;

- numărul obiectivelor finanțate prin PNDL II: **595 obiective**, în valoare totală de 1,07 miliarde lei; din acestea, **în mediul rural 566 obiective**, în valoare totală de 606 milioane lei.

Din cele 566 din mediul rural, un număr de 148 sunt finalizate, 337 sunt în curs de execuție (au avut deja deconturi din PNDL), iar 81 deocamdată nu au primit plăți în cadrul programului. În prezent, având în vedere prevederile legale și bugetare, nu pot fi incluse obiective noi în cadrul PNDL.

b) De asemenea, a menționat **Programul Locuințe pentru tineri**, destinate închirierii, care vine și în sprijinul medicilor și tinerilor specialiști din domeniul sănătății (până la 35 de ani), ale căror venituri nu le permit accesul la o locuință în proprietate sau închirierea unei locuințe în condițiile pieței. Programul este derulat prin Agenția Națională de Locuințe și este dedicat tinerilor specialiști din sănătate, angajați ai unităților medicale aflate pe raza unității administrativ-teritoriale în care sunt amplasate locuințele, inclusiv medicilor rezidenți și care nu dețin o locuință în proprietate pe raza unității administrativ-teritoriale respective. **La nivelul anului 2019 sunt raportate 29 obiective de investiții destinate specialiștilor în sănătate, dintre acestea, în mediul rural, figurând un singur obiectiv, în comuna Vișina din județul Olt.**

c) **Raportat la programe/strategii de implicare a unităților administrativ-teritoriale în dezvoltarea serviciilor medicale în zona rurală, M.L.P.D.A.** a menționat:

- **Strategia de dezvoltare teritorială a României**, documentul programatic pe termen lung prin care sunt stabilite liniile directoare de dezvoltare teritorială, bazat pe un concept strategic, precum și direcțiile de implementare **pentru o perioadă de timp pentru orizontul de timp 2035**. Proiectul de lege privind aprobarea SDTR se află în procedura de aprobare în Camera Deputaților (cameră decizională). Printre acțiunile propuse se numără:

- *înființarea, modernizarea și dotarea dispensarelor medicale rurale, cu precădere în comunele care îndeplinesc criteriile: „au o pondere a populației de 65 de ani și peste de minim*

⁹ Adresa nr. 173503/23.12.2020

30%, peste 3.000 de locuitori/medic de familie sau sunt lipsite de cabinet de medicină de familie”;

- înființarea de farmacii în mediul rural, cu precădere în comunele care nu dispun de astfel de unități;

- înființarea de centre de permanență medicală, inclusiv dotarea acestora cu autosanitare și cu echipamente de telemedicină, cu precădere în polii de dezvoltare rurală desemnați.

Programul național de construcții de interes public sau social este derulat prin Compania Națională de Investiții. Ca urmare a modificării Ordonanței Guvernului nr. 25/2001 privind înființarea Companiei Naționale de Investiții „C.N.I.” - S.A, cu modificările și completările ulterioare, a fost introdus Subprogramul Unități sanitare (spitale/dispensare medicale și/sau alte unități sanitare în care funcționează cabinete medicale). În conformitate cu prevederile art. 3 alin. (1) din Anexa 3 la Ordonanța Guvernului nr. 25/2001, cu modificările și completările ulterioare, pot fi finanțate următoarele categorii de servicii și lucrări: expertizare tehnică/expertizare energetică/proiectare/construcții noi/ reabilitare/consolidare/ extindere/ modernizare/finalizare structuri începute cu aceeași destinație/dotare. **În prezent, pe lista sinteză a programului sunt incluse 159 de obiective cu potențial de realizare, din mediul rural** (<https://www.cni.ro/proiecte/proiecte>).

De asemenea, M.L.P.D.A. a amintit și demersul Ministerului Fondurilor Europene în colaborare cu Ministerul Sănătății, de lansare a **Programului Operațional Sănătate 2021-2027**, document strategic de programare care acoperă domeniile medical, social, energie, CDI și TIC, obiectivul acestuia fiind de a contribui la strategia în domeniu, luând în considerare obiectivele și prioritățile specifice tematice selectate în funcție de nevoile naționale, regionale și locale. **Sub prioritatea 2** - Creșterea eficacității și diversificarea serviciilor de asistență medicală primară, comunitară și a celor oferite în regim ambulatoriu - sunt prevăzute investiții (exemple acțiuni eligibile: dotare/ modernizare) în infrastructură: cabinetelor medicilor de familie (inclusiv puncte de lucru pentru medicii de familie și centre de permanență), cu prioritate, în cele din mediul rural, zone marginalizate, zone greu accesibile, inclusiv în zonele în care aceștia nu sunt prezenți sau în care infrastructura existentă este precară sau lipsește și în infrastructura publică a centrelor/compartimentelor unde se furnizează servicii de asistență medicală comunitară.

În completare, M.L.P.D.A. a precizat că, prin **Programele de Cooperare Teritorială Europeană**, nu se finanțează proiecte exclusiv pentru investiții în construcția/înființarea/reabilitarea cabinetelor medicale în mediul rural și nici nu se planifică investiții în acest domeniu, existând alte instituții cu atribuții în aceste domenii. În perioada de programare 2014 - 2020, Ministerul Lucrărilor Publice, Dezvoltării și Administrației, prin Direcția Generală Cooperare Teritorială Europeană, gestionează programe de cooperare teritorială europeană în parteneriat cu structurile responsabile din statele partenere. În cadrul acestora, pe unele obiective specifice, este finanțată achiziția de dotări și echipamente pentru spitale atât din România, cât și din statele partenere.

Două proiecte care finanțează autorități publice din mediul rural, cu mențiunea că limba de contract este limba engleză, iar denumirile proiectelor sunt în engleză:

În cadrul Programului Interreg V-a Romania-Ungaria:

- proiectul ROHU-392 „Integrated Response for Medical Assistance in the Cross-Border Region”, din valoarea totală a proiectului de 1.251.969,00 euro, UAT Comuna Moftin beneficiază de 663.469,00 euro, prin care se propun a se moderniza cu echipamente 3 centre medicale de familie din comunele Moftinu Mic, Moftinu Mare și Domănești și, respectiv, a se realiza un studiu - barometru de sănătate al populației din zonă. Proiect în implementare demarat la 01.11.2019, cu finalizare la 28.02.2022, stadiu de progres tehnic 24%.

În cadrul Programului Interreg V-a România - Serbia:

- proiectul RORS-448 „Increased quality of the medical services for the cross border communities”, valoare totală a proiectului de 394.598.78 euro din care beneficiarul lider, UAT Comuna Berliște cu un buget de 298.141,28 euro, își propune reabilitarea dispensarului medical

din comuna Berliște și dotarea cu echipamente: 1 electrocardiograf, 1 ecograf portabil, 8 autoclave, mobilier. Proiect în implementare, demarat 01.01.2020, cu finalizare la 31.12.2021, stadiu de progres de 25%.

Totodată, prin **Programul Operațional Regional**, în cadrul Axei prioritare 8, Dezvoltarea infrastructurii de sănătate și sociale, prioritatea de investiție 8.1. *Investițiile în infrastructurile sanitare și sociale care contribuie la dezvoltarea la nivel național, regional și local, reducând inegalitățile în ceea ce privește starea de sănătate și promovând incluziunea socială prin îmbunătățirea accesului la serviciile sociale, culturale și de recreare, precum și trecerea de la serviciile instituționale la serviciile prestate de colectivitățile locale, obiectivul specific 8.1. - Creșterea accesibilității serviciilor de sănătate, comunitare și a celor de nivel secundar, în special pentru zonele sărace și izolate - Operațiunea A, sunt finanțabile, inclusiv în zonele rurale, următoarele tipuri de infrastructuri:*

- construcție/reabilitarea/modernizarea/extinderea dotarea centrelor comunitare integrate;

- reabilitarea/ modernizarea/extinderea/dotarea (inclusiv cu echipamente și dispozitive medicale - care deservește ambulatoriile) a infrastructurii ambulatoriilor, inclusiv a celor provenite din reorganizarea/raționalizarea spitalelor mici, ineficiente;

În ceea ce privește stadiul proiectelor de finanțare depuse, respectiv al proiectelor care au primit finanțare, Ministerul Lucrărilor Publice, Dezvoltării și Administrației a menționat faptul că **apelurile de proiecte dedicate acestor obiective de investiții sunt, în prezent, închise, nemaifiind posibilă depunerea de proiecte, dată fiind epuizarea alocării financiare.**

Până la data de 11.12.2020, în cadrul AP 8 a POR obiectivul specific 8. 1., operațiunea A, au fost depuse, în total, 177 de proiecte, având o valoare nerambursabilă de aprox. 370 mil. euro, din care:

- 5 proiecte au fost respinse;
- 32 de proiecte sunt în diferite etape ale procesului de evaluare și selecție;
- 140 de proiecte au fost contractate, acestea având o valoare eligibilă de aprox. 307 mil. euro, din care aprox. 213 mil. euro reprezintă contribuția UE.

3. Societatea Națională de Medicina Familiei (S.N.M.F.)¹⁰ a menționat că disfuncțiile sistemului de sănătate din România sunt trenante și de notorietate. Între acestea, se regăsește și **deficitul de medici de familie care își desfășoară activitatea în localitățile ce aparțin mediului rural, aceasta fiind o dimensiune specială a mării crize a resursei umane în sănătate.** Această problemă se înscrie în mai generoasa categorie a disfuncțiilor sistemului de medicină primară din România care, între altele, suferă de o severă afecțiune a subfinanțării, ce afectează inclusiv infrastructura necesară pentru o bună funcționare a acestui sector al sănătății publice. Astfel, **medicinii primare îi sunt alocate doar aproximativ 6% din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (F.N.U.A.S.S.), în condițiile în care aproximativ 78% din suma serviciilor medicale din România, sunt oferite prin intermediul medicilor de familie.** Prin comparație, serviciilor spitalicești le sunt alocate aproximativ 50% din F.N.U.A.S.S. Media, la nivelul Uniunii Europene, a sumelor alocate prin intermediul medicilor de familie, relevă un procent de aproximativ 13% din resurse similare afectate susținerii medicinei primare.

De asemenea, S.N.M.F. a menționat că, din perspectivă legislativă, a fost abrogat Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 163/93/2008 pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale din asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate, în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea, acesta fiind înlocuit cu Ordinul ministrului sănătății și al președintelui

¹⁰ Adresa nr. 26 din 21 ianuarie 2021

Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 391/187/2015 pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale/punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice din mediul rural și din mediul urban - pentru orașele cu un număr de până la 10.000 de locuitori, în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea. **S.N.M.F. a atras atenția instituțiilor abilitate cu privire la involuția mediului care să asigure buna funcționare a medicinei primare în localitățile defavorizate, demersuri rămase fără ecou.**

Totodată, S.N.M.F. consideră că **medicii de familie au fost descurajați în desfășurarea sau continuarea activității în anumite localități din mediul rural și din cauza implementării deficitare a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 68/2008** privind vânzarea spațiilor proprietate privată a statului sau a unităților administrativ-teritoriale cu destinația de cabinete medicale, precum și a spațiilor în care se desfășoară activități conexe actului medical.

S.N.M.F. amintește și faptul că **„toate recomandările Comisiei Europene și ale Organizației Mondiale a Sănătății precum și rapoartele întocmite în urma asistenței tehnice furnizate de Banca Mondială și Organizația Mondială a Sănătății au fost constant ignorate de Ministerul Sănătății și de Guvernul României, nefiind niciodată transpuse în măsuri concrete pentru ameliorarea spectrului resursei umane în medicina primară”.**

În acest sens, este dat ca exemplu Documentul de sinteză elaborat de Comisia Europeană - Recrutarea și menținerea forței de muncă în domeniul sănătății în Europa, **care cuprinde, printre subiectele studiului și pe cel referitor la atragerea și menținerea medicilor generaliști pentru a consolida asistența medicală primară în zonele deservite insuficient.**

S.N.M.F. ne-a informat că, **a propus în mai multe rânduri, soluții pentru stimularea practicării medicinei de familie în mediul rural, însă aceste soluții nu puteau fi implementate fără participarea și susținerea oferite de autoritățile locale care reprezintă chiar beneficiarul serviciilor de medicină de familie, comunitatea locală.**

4. Colegiul Medicilor din România¹¹ (C.M.R.) menționează că una dintre marile carențe din sistemul medical din România este reprezentată de deficitul de medici de familie care activează în mediul rural. C.M.R. apreciază că motivul principal pentru care s-a ajuns în această situație se bazează pe dificultățile întâmpinate de către personalul medical, dificultăți de natură profesională (deficitul de resursă umană, dificultățile de accesibilitate la educația medicală continuă), de natură umană (posibilitățile de adaptare la condițiile de viață oferite de mediul rural, nestimulative, lipsite de orizont, fără acces la educație, cultură, sanitație deficitară - România are 45% din populație în mediul rural, 45% având toalete în curte, lipsa accesului la rețeaua de apă centralizată și canalizare), precum și lipsa de sustenabilitate din partea administrației locale.

În lumina situației prezentate, Colegiul Medicilor a desprins următoarele aspecte:

- *rolul deosebit de important al medicilor de familie în asigurarea serviciilor de sănătate;*
- *zona rurală este deficitară din punct de vedere al acoperirii cu unități medicale reprezentate prin medici de familie sau centre de permanență;*
- *existența unei infrastructuri deficitare și a unei finanțări limitate la nivelul unităților administrativ-teritoriale;*
- *lipsa de implicare, în mod special a autorităților publice locale în atragerea medicilor de familie în zona rurală (legea lasă la latitudinea autorităților locale acordarea de facilități și stimulente aferente instalării unui medic, înființării și funcționării cabinetului de medicină de familie);*
- *raportat la reprezentarea medicilor de familie în zona rurală, legislația actuală și organele reprezentative cu atribuții în materie, nu par să-și fi atins scopul propus în acoperirea serviciilor de sănătate de bază;*

¹¹ Adresa nr. 1055 din 28.01.2021

- lipsa unor politici publice care să conducă la încurajarea absolvenților universităților de medicină de a opta pentru specialitatea medicină de familie și de a o practica mai ales în zona rurală;

- lipsa unei activități pro-active în familii și comunități, focalizată pe prevenție primară, secundară și terțiară.

Colegiul Medicilor din România este direct implicat în supravegherea condiției medicului de familie cu practică în mediul rural.

În anul 2016, Comisia de medicină de familie a Ministerului Sănătății a propus un nou curriculum pentru rezidențiat în specialitatea Medicină de familie. Acesta a fost aprobat în anul 2017.

Acest nou curriculum prevede pentru prima oară existența unui stagiul de medicină de familie în mediul rural de 2 săptămâni, astfel încât rezidenții să fie expuși precoce la practica din mediul rural, iar alegerea zonei rurale să reprezinte o prioritate.

Colegiul Medicilor din România a avizat acest nou curriculum și participă activ, prin colegiile teritoriale, la identificarea medicilor de familie din mediul rural care doresc să devină formatori.

Colegiul Medicilor din România consideră că este nevoie de o reformă structurală profundă a sistemului medical în România, o nouă lege a sănătății, o lege a prevenției, care să reglementeze condițiile în care să se deruleze activitatea medicală. De asemenea, C.M.R. apreciază, în principal că, **ar fi necesare modificări curriculare particulare, practicii din mediul rural pentru rezidenții în medicina de familie, dar și alocarea unui procent de 10 - 12% din PIB pentru medicina primară.**

5. Casa Națională de Asigurări de Sănătate (C.N.A.S.)¹² a precizat că prin actele normative în vigoare, asigură aplicarea politicilor și programelor Guvernului în domeniul sanitar, în coordonarea Ministerului Sănătății, în contextul asigurării echilibrului și utilizării eficiente a Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate.

Conform prevederilor art. 86 din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, **„sumele alocate pentru finanțarea asistenței medicale primare se stabilesc pe baza obiectivelor politicii naționale de sănătate publică”.**

Totodată, C.N.A.S. a menționat că, potrivit art. 74 alin. (1) din același act normativ, **„autoritățile administrației publice locale pot acorda facilități și stimulente aferente instalării unui medic, înființării și funcționării cabinetului de medicină de familie, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare”.**

Referitor la accesul pacienților la servicii medicale în zone rurale și izolate, a precizat că potrivit prevederilor art. 302 lit. c) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, casele de asigurări de sănătate au obligația **„să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit legislației”.**

Potrivit prevederilor art. 1 alin. (2) lit. d) din Anexa 2 la Ordinul ministrului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018, numărul de puncte rezultat în raport cu numărul și vârstă a persoanelor asigurate înscrise în lista medicului de familie, **număr care stă la baza calculării sumei cuvenită medicului de familie pentru plata „per capita”, se recalculează condițiile în care se desfășoară activitatea, majorarea fiind cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale Sănătate nr. 391/187/2015, cu excepția cabinetelor medicale/punctelor de lucru medicale din asistența medicală primară din mediul rural și din mediul urban pentru orașele cu un număr de sub 10.000 de locuitori din aria Rezervației Biosferei Delta Dunării un procent de majorare de 200%.**

¹² Adresa nr. P11003/30.12.2020

De asemenea, C.N.A.S. a precizat că, pentru cabinetele medicale care au punct/puncte de lucru/puncte secundare de lucru și un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul și pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, numărul total de puncte pentru plata „per capita”, va fi împărțit proporțional cu programul de lucru - exprimat în ore, desfășurat la cabinet, respectiv la punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, iar numărul de puncte, rezultat pentru fiecare dintre acestea, se va ajusta în funcție de sporul de zonă aferent localității unde se află cabinetul, respectiv punctul/punctele de lucru. Lista cuprinzând cabinetele medicale în asistența medicală primară la care se aplică majorările și procentul de majorare corespunzător se stabilește anual conform Ordinului comun nr. 391/187/2015.

În ceea ce privește centrele de permanență, C.N.A.S. a precizat că acestea se organizează în zone izolate sau greu accesibile sau localități din mediul urban sau rural, în care direcțiile de sănătate publică, respectiv direcțiile medicale din ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie consideră că este necesară asigurarea continuității asistenței medicale primare; acestea sunt forme de organizare a activității medicale în sistemul sanitar, fixe sau mobile, care funcționează în afara programului cabinetului de medicină de familie stabilit și prevăzut în contractul de furnizare în asistența medicală primară încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care asigură continuitatea asistenței medicale primare.

Potrivit informațiilor transmise de C.N.A.S., **serviciile medicale acordate de medicii de familie în cadrul centrelor, persoanelor care le solicită, indiferent de statutul de asigurat al acestora**, sunt:

- a) asistență medicală în afecțiunile acute și urgențele medico-chirurgicale, în limitele competenței medicului de familie și posibilităților tehnice;
- b) trimitere către alte specialități în vederea internării, în situațiile care depășesc competențele;
- c) administrarea medicației necesare tratamentului de urgență care se asigură din trusa de urgență a centrului de permanență sau a cabinetului medical, în cazul în care permanența se asigură la cabinetul medical;
- d) eliberarea unei scrisori medicale, conform normelor de aplicare a Contractului - cadru, pe care pacientul o va prezenta în zilele următoare la medicul său de familie pentru informare asupra diagnosticului și tratamentului administrat în centrul de permanență.

În cuprinsul răspunsului, C.N.A.S. a făcut referire la: întâlnirile comisii constituite în baza prevederilor art. 2 alin. (1)-(5) din Anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018 și la criteriile în baza cărora sunt convocați reprezentanții caselor de asigurări de sănătate, ai direcțiilor de sănătate publică și ai colegiilor teritoriale ale medicilor.

Totodată, au făcut referire la programul cabinetelor de medicină de familie - reglementat pentru desfășurarea activității în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, C.N.A.S. menționând că, în conformitate cu dispozițiile art. 75 din Legea nr. 95/2006, „*Cabinetele de medicină de familie pot deschide cel mult două puncte secundare de lucru în altă unitate administrativ-teritorială, unde nu funcționează un alt cabinet medical în specialitatea medicină de familie, dacă solicitantul asigură un program fracționat de minimum 10 ore pe săptămână în norma lui de bază sau peste norma lui de bază*”.

În consecință, programul de minimum 10 ore se referă la punctul/punctele secundare de lucru ale cabinetelor de medicină de familie.

De asemenea, C.N.A.S. a subliniat că, programul de minimum 35 de ore pe săptămână și minimum 5 zile pe săptămână (prevăzut de art. 12 alin. (1) din Anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018) este reglementat în vederea asigurării accesului asiguraților la servicii medicale din asistența primară, iar intervalul orar în care se desfășoară activitatea medicului la cabinet și la domiciliu se asumă de către furnizori prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

În contextul pandemiei, din informațiile transmise de C.N.A.S., rezultă că, având în vedere dispozițiile art. 1-3 din Ordinul Comandantului Acțiunii nr. 74527/23.03.2020

suspendarea consultațiilor programate și programabile, s-a dispus doar pentru structurile ambulatorii spitalicești, indiferent dacă își desfășurau activitatea în sistemul asigurărilor sociale de sănătate sau în afara acestuia și nu s-a aplicat celorlalte categorii de furnizori de servicii.

În plus, C.N.A.S. a precizat că, *începând cu data instituirii stării de urgență pe teritoriul României prin Decretul Președintelui României nr. 195/2020, în sistemul asigurărilor sociale de sănătate au fost reglementate consultațiile medicale acordate la distanță, prin orice mijloace de comunicare, pentru serviciile prevăzute în pachetul minimal și de bază din asistența medicală primară și asistența ambulatorie de specialitate pentru specialități clinice. Pentru ambele segmente de asistență medicală, numărul consultațiilor care pot fi acordate a crescut la maximum 8/oră. În urma consultațiilor acordate la distanță, medicii emit toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical și **le transmit pacientului prin mijloace de comunicare electronică**. De asemenea, a precizat că, pentru monitorizarea stării de sănătate a pacienților în condițiile art. 8 alin. (3¹)-(3³) din Legea nr. 136/2020, republicată, medicii încheie un contract distinct cu casa de asigurări de sănătate, iar activitatea de monitorizare este remunerată distinct față de sumele pentru plata punctelor „per capita” și pe serviciu, cu un tarif de 105 lei/caz.*

Concluzionând, Casa Națională de Asigurări de Sănătate a apreciat că *reglementările referitoare la asistența medicală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, dau eficiență dispozițiilor art. 63 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care definesc termenul de asistență medicală primară, drept **furnizarea îngrijirilor de sănătate cuprinzătoare, de prim-contact, indiferent de natura problemei de sănătate, în contextul unei relații cu pacienții, în prezența bolii sau în absența acesteia**.*

Din documentele transmise de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, centralizate la data de 30.11.2020, rezultă următoarele informații, prezentate pe județe:

- Alba: sunt 13 localități din mediu rural fără MF și 13 localități cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, iar în perioada 2018-2020, comisia¹³ s-a întâlnit de 5 ori;
- Arad: nu sunt localități în mediul rural fără MF și nici nu există deficit din punct de vedere al prezenței MF, iar în perioada 2018-2020 au fost 2 întâlniri;
- Argeș: sunt 2 localități în mediu rural fără MF, 2 localități din mediu rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF și au fost 11 întâlniri ale comisiei;
- Bacău: sunt 4 localități în mediul rural fără medic de familie, 28 de localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, 8 întâlniri ale comisiei;
- Bihor: este o singură localitate din mediul rural fără medic de familie, 24 de localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, 11 întâlniri ale comisiei;
- Bistrița-Năsăud: sunt 3 localități din mediul rural fără medic de familie, în localitățile din mediul rural nu există deficit din punct de vedere al prezenței MF, iar comisia s-a întâlnit de 8 ori;
- Botoșani: sunt 6 localități din mediul rural fără medic de familie, o localitate din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, 7 întâlniri ale comisiei;
- Brașov: sunt 5 localități din mediul rural fără medic de familie, 12 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, 7 întâlniri ale comisiei;
- Brăila: sunt 2 localități din mediul rural fără medic de familie și 4 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, au fost 3 întâlniri ale comisiei;
- Buzău: sunt 12 localități din mediul rural fără medic de familie și 24 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, 7 întâlniri ale comisiei;
- Caraș-Severin: sunt 16 localități din mediul rural fără medic de familie, 11 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, comisia s-a întâlnit de 14 ori;
- Călărași: sunt 2 localități din mediul rural fără medic de familie, 37 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF și au fost 3 întâlniri ale comisiei;

¹³ Comisia constituită conform art. 2 alin. (1) din HG nr. 140/2018

- Cluj: o singură localitate din mediul rural este fără medic de familie, 6 localități din mediul rural au deficit din punct de vedere al prezenței MF, 35 de întâlniri ale comisiei;
- Constanța: nu există localități în mediul rural fără medic de familie sau cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, comisia s-a întâlnit de 2 ori;
- Covasna: sunt 8 localități din mediul rural sunt fără medic de familie, 16 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, au fost 3 întâlniri ale comisiei;
- Dâmbovița: sunt 6 localități din mediul rural fără medic de familie, 25 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, 5 întâlniri ale comisiei;
- Dolj: nu sunt localități în mediul rural fără medic de familie, 5 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, 25 de întâlniri ale comisiei;
- Galați: sunt 5 localități din mediul rural fără medic de familie, 32 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, 8 întâlniri ale comisiei;
- Giurgiu: sunt 10 localități în mediul rural fără medic de familie, 9 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, 9 întâlniri ale comisiei;
- Gorj: nu sunt localități fără medic de familie, 10 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF și au fost 2 întâlniri ale comisiei;
- Harghita: este o singură localitate din mediul rural fără medic de familie, 6 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, 2 întâlniri ale comisiei;
- Hunedoara: sunt 7 localități din mediul rural fără medic de familie și 5 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, 6 întâlniri ale comisiei;
- Ialomița: sunt 5 localități din mediul rural fără medic de familie, 9 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, 3 întâlniri ale comisiei;
- Iași: sunt 3 localități din mediul rural sunt fără medic de familie, 8 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, comisia s-a întâlnit de 3 ori;
- Ilfov: *nu este nicio localitate din mediul rural fără medic de familie*, 37 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, comisia s-a întâlnit de 16 ori;
- Maramureș: sunt 4 localități din mediul rural fără medic de familie, 16 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, comisia s-a întâlnit de 6 ori;
- Mehedinți: sunt 7 localități din mediul rural fără medic de familie, 7 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, comisia s-a întâlnit de 10 ori;
- Mureș: sunt 7 localități din mediul rural fără medic de familie, 28 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, comisia s-a întâlnit de 4 ori;
- Neamț: sunt 2 localități din mediul rural fără medic de familie, 61 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, comisia s-a întâlnit de 3 ori;
- Olt: sunt 4 localități din mediul rural fără medic de familie, 8 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, comisia s-a întâlnit de 5 ori;
- Prahova: sunt 11 localități din mediul rural fără medic de familie din care în 7 localități există punct de lucru al unor medici cu CMI în alte localități, 19 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, comisia s-a întâlnit de 9 ori;
- Satu Mare: nu există nicio localitate fără medic de familie și nicio localitate din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, comisia s-a întâlnit de 2 ori;
- Sălaj: sunt 9 localități din mediul rural fără medic de familie, 9 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, comisia s-a întâlnit de 8 ori;
- Sibiu: sunt 2 localități din mediul rural fără medic de familie, 14 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, comisia s-a întâlnit de 8 ori;
- Suceava: sunt 9 localități din mediul rural fără medic de familie, 20 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, comisia s-a întâlnit de 4 ori;
- Teleorman: sunt 6 localități fără medic de familie, 23 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, comisia s-a întâlnit de 6 ori;
- Timiș: sunt 2 localități din mediul rural fără medic de familie, 2 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, comisia s-a întâlnit de 2 ori;
- Tulcea: sunt 6 localități din mediul rural fără medic de familie, 12 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, comisia s-a întâlnit de 8 ori;

- Vaslui: sunt 7 localități din mediul rural fără medic de familie, 29 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, comisia s-a întâlnit de 3 ori;
- Vâlcea: sunt 3 localități din mediul rural fără medic de familie, 21 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, comisia s-a întâlnit de 3 ori;
- Vrancea: sunt 8 localități din mediul rural fără medic de familie, 21 localități din mediul rural cu deficit din punct de vedere al prezenței MF, comisia s-a întâlnit de 5 ori.

6. Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești (C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.)¹⁴ a precizat că este o instituție publică nelucrativă cu personalitate juridică, care desfășoară activități de asigurări sociale de asistență sociale de sănătate, pentru personalul ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii din domeniile apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, conform art. 1 alin. (1) din Ordonanța Guvernului nr. 56/1998 privind înființarea, organizarea și funcționarea Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești. Prin Ordinul MS/CNAS nr. 400/833/2018 au fost aprobate regulamentele-cadru de organizare și funcționare a comisiilor constituite în baza prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului - cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019. Anexa nr. 1 la ordin stabilește Regulamentul - Cadru de organizare și funcționare a comisiei constituite în baza prevederilor art. 2 alin. (1)-(5) din Anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului - cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 - 2019 - pentru asistența medicală primară.

C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. a precizat că nu face parte din comisia constituită conform art. 2 alin. (1) din Anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018. În cadrul procesului de contractare, casele de asigurări de sănătate județene solicită de la C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. numărul de medici de familie cu care se află în relație contractuală în județul respectiv.

Din informațiile prezentate, nu au existat cazuri de încetare prin renunțare sau reziliere a contractelor de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară încheiate cu furnizorii din mediul rural.

Din situația prezentată de C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., rezultă că sunt deschise în mediul rural un număr de 13 puncte de lucru (puncte de lucru 1 și 2):

- județul Arad: comuna Șeitin - sat Șeitin și comuna Vinga - sat Mănăștur;
- județul Argeș: comuna Valea Mare;
- județul Cluj: comuna Vad și comuna Florești;
- județul Dâmbovița: comuna Niculești - sat Ciocănari;
- județul Galați: localitatea Vânători și comuna Tulucești;
- județul Giurgiu: comuna Florești-Stoenești;
- județul Iași: sat Lețcani;
- județul Suceava: localitatea Ipotești;
- județul Teleorman: localitatea Drăgănești Vlaşca;
- județul Vaslui: comuna Bălteni.

7. Direcțiile de sănătate publică

Implicarea direcțiilor de sănătate publică în ceea ce privește înființarea cabinetelor de medicină de familie este întemeiată pe dispozițiile:

- Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

¹⁴ Adresa nr. 437/04.02.2021

- Ordinului nr. 1078/2010 privind aprobarea regulamentului de organizare și funcționare și a structurii organizatorice ale direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București;

- Ordonanța Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată;

- Ordinul nr. 153/2003 pentru aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale;

- Ordinul nr. 1030/2009 privind aprobarea procedurilor de reglementare sanitară pentru proiectele de amplasare, amenajare, construire și pentru funcționarea obiectivelor ce desfășoară activități cu risc pentru starea de sănătate a populației.

În ceea ce privește o statistică privind cheltuielile de reabilitare și dotare a spațiilor medicale/nemedicale în care funcționează aceste cabinete, din răspunsurile transmise, reiese că, **direcțiile județene de sănătate nu dețin asemenea informații. Cabinetele medicale de familie/centrele de permanență funcționează în spații puse la dispoziție de autoritatea locale sau spații proprietate privată al medicilor de familie sau închiriate.**

Referitor la implicarea direcțiilor de sănătate publică în atragerea de medici de familie în mediul rural, am reținut, în principal, următoarele:

▪ **D.S.P. Caraș-Severin** a menționat că a înființat un compartiment ce are ca rol consilierea medicilor care doresc înființarea unui cabinet medical de medicină de familie; de asemenea, în ceea ce privește implicarea instituțională în înființarea cabinetelor de medicină de familie, aceasta a constatat în promovarea localităților care nu au medic de familie, în sensul determinării medicilor de a acoperi posturile vacante; o altă formă de sprijin o reprezintă asigurarea și dotarea cabinetelor cu echipamente electronice (laptop-uri), predate medicilor de familie prin contracte de comodat, încheiate pentru desfășurarea activității de evaluare a stării de sănătate a populației în asistența medicală primară.

▪ **D.S.P. Harghita** a menționat implicarea în atragerea tinerilor medici în județ pentru a asigura locuitorilor județului acces la serviciile de medicină de sănătate primară. Până în prezent, nu există localități neacoperite din acest punct de vedere, dar criza generată de pandemia de COVID-19 a influențat negativ și intenția medicilor de familie cu vârsta peste 65 de ani de a solicita prelungirea contractelor. Mai mulți medici de familie din județ au anunțat intenția de a se pensiona, începând cu ianuarie 2021. De asemenea, a evidențiat faptul că, directorul executiv și directorul executiv adjunct sunt prezenți, de ani de zile, la diferite evenimente științifice, profesionale cu participarea studenților medicinisti, medicilor proaspăt absolvenți, rezidenților și la evenimente organizate chiar cu acest scop de a informa tinerii despre locurile libere în județ, în domeniul de Medicină de Familie. Au fost discutate avantajele și posibilitățile acestei specialități și cu scopul de a-i convinge despre alegerea pe care să o facă în acest sens. În plus, a menționat că se fac demersuri pentru implicarea autorităților locale în vederea asigurării unor facilități medicilor care aleg zonele rurale din județ.

▪ **D.S.P. Sălaj** a precizat că, în ultimii 2 ani, în 4 comune unde nu erau medici de familie și-au deschis puncte de lucru 4 medici, în tot atâtea comune. Totodată, a menționat că împreună cu APL și C.A.S. Sălaj au făcut propuneri de modificare a Legii nr. 95/2006 privind asistența medicală primară, inclusiv reglementarea punctelor secundare de lucru;

▪ **D.S.P. Sibiu** a menționat că oferă asistență de specialitate în sănătate publică pentru evaluarea proiectelor de amplasare/construire/amenajare pentru cabinetele de medicina de familie.

▪ **D.S.P. Vrancea** a precizat că s-a preocupat și a reușit să convingă medici din alte localități ale județului să-și deschidă puncte de lucru în localitățile fără medic și astfel, a fost asigurată asistența medicală în toate localitățile; de asemenea, a menționat că a publicat pe pagina oficială, localitățile, pentru a veni în întâmpinarea medicilor de familie care termină rezidențiatul și nu au loc de muncă. Întrucât localitățile respective sunt în zone de munte îndepărtate sau cu populație redusă, care nu poate asigura o listă completă pentru un medic, nu există medici de familie dornici să preia aceste cabinete.

▪ **D.S.P. Vaslui** a informat că a făcut periodic demersuri solicitând sprijinul asociației medicilor de familie, colegiului medicilor de familie, universităților de medicină și farmacie din țară pentru a informa și îndruma medicii în specialitatea medicină de familie către zonele deficitare ale județului.

▪ **D.S.P. Suceava** oferă informații privind condițiile în care se poate înființa un cabinet de medicină de familie, oferă asistență de specialitate cu privire la modalitatea de realizare a acestora, atât medicilor care își doresc să practice medicina de familie, cât și autorităților locale care doresc să ofere cetățenilor servicii medicale de calitate. De asemenea, a menționat că autoritățile publice locale s-au implicat în reabilitarea spațiilor medicale alocând fonduri în acest scop. În mediul rural s-au creat condiții mai bune pentru desfășurarea asistenței medicale primare, spre exemplu:

- construire dispensar/centru medical (Voitinel, Baia Adâncata);
- reabilitare/modernizare/renovare/extindere dispensar medical/spațiu medical (Vadu Moldovei, Sasca Mare, Frumosu, Ostra, Grănicești);
- construire/renovare centru/spațiu medical (Poiana Stampei, Baia, Pătrăuți).

▪ **D.S.P. Vâlcea** a precizat că orice medic specialist poate deschide un cabinet, fie privat, fie concesionat sau obținut în comodat de la autoritatea publică locală, cabinet care se înregistrează la Colegiul medicilor, direcția de sănătate, se evaluează de casa de asigurări de sănătate și poate contracta servicii medicale cu casa. Aceeași procedură este valabilă inclusiv pentru localitățile acoperite cu punct de lucru ale cabinetelor medicale din alte localități, unde medicul, nou venit, are prioritate la contractul cu casa de asigurări, contractul punctului de lucru încetând de la data contractării cu un medic de familie care a deschis un cabinet cu normă întreagă în județ. Totodată, a precizat că a informat primăriile din județ cu privire la condițiile de contractare dar și referitor la stimulentele pe care autoritățile publice locale le pot acorda medicilor de familie care doresc să înființeze un cabinet de medicina de familie, în conformitate cu art. 69¹ din Legea nr. 95/2006.

▪ altă particularitate este menționată de **D.S.P. Covasna**, care a precizat că, nici la nivelul UMF Târgu-Mureș nu sunt foarte mulți studenți (3-5) care doresc să aleagă profesia de medic de familie; faptul că tinerii nu vor să aleagă această specialitate arată precis că nu este ușor și nici benefic să fii medic de familie. Cauzele acestui fapt sunt atât materiale și profesionale, cât și organizatorice. Aceste probleme, dar și propunerile de soluționare, au fost discutate de mai multe ori cu ocazia unor întâlniri cu forurile superioare și cu colegii din țară, dar realizarea tuturor acestor măsuri nu este de competența direcțiilor de sănătate publică, nici de cea Ministerului Sănătății.

▪ **D.S.P. Dâmbovița** a precizat că, în situația în care o comună/localitate rămâne fără asistență medicală primară, face publică această informație, anunțând vacantarea postului în specialitatea de medicina de familie pe pagina sa oficială și este, totodată, difuzată prin adresă scrisă celor două asociații profesionale ale medicilor de familie din județ, respectiv Asociația medicilor MF/MG și Patronatul medicilor de familie Dâmbovița. Datorită faptului că din ce în ce mai mulți medici de familie pensionari, care și-au mai prelungit activitatea un număr de ani, doresc să se retragă din activitate, a solicitat autorităților locale rămase fără asistență medicală primară, să încerce să creeze facilități pentru medicii de familie, astfel încât localitățile lor să devină atractive pentru aceștia mai ales, pentru medicii tineri, care doresc să intre în sistemul de sănătate.

Unele direcții de sănătate publice au precizat că implicarea în înființarea cabinetelor de medicină de familie constă în primirea cererilor titularilor, înregistrarea în Registrul Unic al cabinetelor Medicale și autorizarea sanitară a acestora după analizarea îndeplinirii condițiilor prevăzute de lege.

Solicitări de înființare a cabinetelor de familie în mediul rural în ultimii 2 ani (2019-2020) astfel, cum rezultă din răspunsurile primite, reiese că doar în județul Cluj nu s-a înregistrat o astfel de cerere, în restul județelor existând astfel de solicitări.

Totodată, în mediul rural sunt funcționale centre de permanență (**ex. Bihor - 23, Arad - 8, Caraș-Severin - 7, Călărași - 4, Dolj - 16, Iași - 14, Maramureș - 7, Neamț - 11**).

Din statistica transmisă de direcțiile județene de sănătate publică, reies următoarele:

- D.S.P. Alba - 2 solicitări de înființare de cabinete de medicină de familie; funcționează 5 centre de permanență: Centru de permanență mobil Arieșul Mare (deservește 30 de localități rurale din zona Munților Apuseni); Centrul de permanență Baia de Arieș; Centrul de permanență Ocna Mureș, Centrul de permanență Zlatna și Centru de permanență Alba Iulia;

- D.S.P. Arad - în ultimii 2 ani, 16 solicitări de înființare cabinet de medicină de familie; 18 centre de permanență (8 în mediul rural);

- D.S.P. Argeș - în perioada 2019 - 2020 au fost 14 solicitări de înființare a cabinetelor de medicină de familie (2019 - 12, 2020 - 2); 6 centre de permanență în mediul rural;

- D.S.P. Brașov - în ultimii 2 ani au fost înregistrate 6 solicitări de înscriere (5 cabinete medicale individuale și 1 cabinet medical S.R.L.); 11 centre de permanență (5 în mediul rural);

- D.S.P. Brăila - în ultimii 2 ani s-au înființat 2 cabinete de medicină de familie în mediul rural; 1 centru de permanență în orașul Însurăței;

- D.S.P. Botoșani - în ultimii 2 ani au fost înființate 3 cabinete medicale individuale și 2 societăți medicale; sunt 13 centre de permanență;

- D.S.P. Bihor - în perioada 2019 - 2020 au fost 13 solicitări de înființare cabinete de medicină de familie; 34 centre de permanență (23 în mediul rural);

- D.S.P. Bacău - în ultimii 2 ani a fost înregistrat un număr de 48 de solicitări pentru înființare cabinete de medicină de familie; 5 centre de permanență (3 în mediul rural), iar Centrul de Permanență Moinești cuprinde și unele comune;

- D.S.P. Buzău - în ultimii 2 ani au fost înființate 52 de cabinete de medicină de familie și 3 centre de permanență; în prezent, nu se pot înființa alte centre de permanență întrucât **Ministerul Sănătății, prin Direcția Generală Asistență Medicală și Sănătate Publică, a suspendat înființarea de noi centre de permanență, până la o dată care va fi comunicată ulterior;**

- D.S.P. Călărași - în ultimii 2 ani au fost înființate 5 cabinete (2019 - 2, 2020 - 3); centre de permanență 4 (Călărași, Vlad Țepeș, Plătărești, Jegălia);

- D.S.P. Caraș-Severin - în ultimii doi ani au fost înființate 2 cabinete de medicină de familie și 10 centre de permanență (7 în mediul rural);

- D.S.P. Covasna - în ultimii 2 ani au fost înființate 4 cabinete de medicină de familie, însă nu sunt cabinete noi, ci a fost preluată activitatea celor ieșiți din sistem;

- D.S.P. Cluj - nu au fost solicitări de înființare cabinete de medicină de familie; funcționează 4 centre de permanență (1 în comuna Mociu);

- D.S.P. Constanța - în ultimii 2 ani au fost 17 solicitări pentru înființare cabinete de medicină de familie, atât în mediul rural, cât și în cel urban; există 3 centre de permanență (Cumpăna, Năvodari și Cogealac);

- D.S.P. Dâmbovița - în ultimii 2 ani s-a înființat un nou cabinet medical individual de medicină de familie care își desfășoară activitatea în mediul rural, un număr de alți 4 noi medici au înființat cabinete medicale individuale de medicină de familie din care 3 în mediul rural, preluând spațiile medicilor de familie care s-au pensionat; 3 medici de familie din județ care aveau cabinete medicale individuale de medicină au înființat fiecare punct de lucru, rezultând 2 puncte noi de lucru în mediul rural; 2 centre de permanență (1 în mediul rural);

- D.S.P. Dolj - numărul total de cabinete de medicină de familie a rămas constant în ultimii doi ani, numărul medicilor de familie care s-au pensionat fiind egal cu cel al medicilor care au cumpărat praxisul; 18 centre de permanență (16 în mediul rural);

- D.S.P. Gorj - au fost înființate 3 cabinete de medicină de familie (2 în mediul rural) și 4 puncte de lucru ale cabinetelor de medicină de familie (toate în mediul rural); 20 de centre de permanență (13 în mediul rural);

- D.S.P. Galați - în ultimii 2 ani a fost un număr de 21 de solicitări de înființare cabinete de medicină de familie, din care 7 în mediul rural; 10 centre de permanență, din care 8 în mediul rural;

- D.S.P. Harghita - au fost înregistrate 10 solicitări de înființare cabinete de medicină de familie; 6 centre de permanență (3 în mediul rural);
- D.S.P. Iași - 19 cereri de înființare a cabinetelor de medicină de familie (2019 - 12, 2020 - 7); 33 de centre de permanență (14 în mediul rural);
- D.S.P. Ialomița - nu au fost înregistrate cereri de înființare a cabinetelor de medicină de familie și există un singur centru de permanență în mediul rural;
- D.S.P. Mureș - 7 solicitări de înființare cabinete de medicină de familie (2019 - 2, 2020 - 5); centre de permanență 2 în mediul rural;
- D.S.P. Mehedinți - 11 cereri de înființare de cabinete noi de medici de familie și 3 puncte secundare în mediul rural, din care 2 cabinete în mediul rural; 4 centre de permanență (1 în mediul rural);
- D.S.P. Maramureș - a fost înregistrat un număr de 130 cabinete de medicină de familie în perioada 01.01.2019 - 31.12.2020; 11 centre de permanență (7 în mediul rural);
- D.S.P. Neamț - 5 solicitări de obținere a autorizației sanitare de funcționare a cabinetelor de medicină de familie (2019 - 4, 2020 - 1); 26 de centre de permanență (11 în mediul rural);
- D.S.P. Prahova - 7 cabinete de medicină de familie (2019 - 4, 2020 - 3); la nivelul județului nu sunt înființate centre de permanență;
- D.S.P. Sălaj - în ultimii 2 ani, în 4 comune unde nu erau medici și-au deschis puncte de lucru 4 medici, în tot atâtea comune; sunt 5 centre de permanență distribuite echitabil ca adresabilitate și accesibilitate pentru populație;
- D.S.P. Sibiu - în ultimii doi ani, 35 de solicitări de înființare de cabinete de medicină de familie și 3 centre de permanență în orașele mici (Agnita, Săliște și Avrig), care deserveșc și populația din localitățile rurale aflate în zonă;
- D.S.P. Timiș - în ultimii 2 ani, 10 solicitări de înființare a cabinetelor de medicină de familie (2019 - 5, 2020 - 5); 47 de centre de permanență, din care 23 în mediul rural;
- D.S.P. Teleorman - au fost înființate 3 cabinete de medicină de familie; 11 centre de permanență la nivelul județului;
- D.S.P. Suceava - 2 cabinete de medicină de familie și 4 solicitări de pentru înființare de puncte de lucru ale unor cabinete de medicină de familie; 4 centre de permanență (unul suspendat temporar), care acoperă asistența medicală primară, atât în localități din zona urbană, cât și în localități din zona rurală (14 comune); în curs de organizare încă 2 centre de permanență care vor deservi 11 comune;
- D.S.P. Vaslui - în ultimii 2 ani, 2 cabinete de medicină de familie; 13 centre de permanență (10 în mediul rural);
- D.S.P. Vâlcea - în ultimii 2 ani, 9 cereri de înființare a unor cabinete noi de medicină de familie (5 CMI și 4 SRL); 4 centre de permanență care deserveșc localități din mediul rural, chiar dacă două dintre ele sunt situate în mediul urban.
- D.S.P. Vrancea - 1 centru de permanență în orașul Mărășești, care are o populație majoritară de etnie rommă.

8. Din informațiile furnizate de casele județene de asigurări de sănătate, rezultă că sunt unități administrativ-teritoriale *fără medici de familie* (Alba - 13, Caraș-Severin -16, Sălaj-9, Buzău-12, Hunedoara-15). Totodată, din răspunsurile comunicate de casele județene de asigurări de sănătate, a rezultat că sunt atât județe în care *toate localitățile au medici de familie* (Constanța, Dolj, Ilfov și Satu Mare), dar și *multe dintre județe au un deficit mare de medici de familie*, care să asigure asistența medicală în mediul rural (Hunedoara, Caraș-Severin sau Alba). De asemenea, la nivel național, din informațiile furnizate, se poate constata existența unui număr de 212 localități din mediul rural fără medic de familie și 665 de posturi de medici de familie vacante. În unele județe, absența medicilor de familie are consecințe serioase tocmai pentru că sunt mai multe localități, deci populația nu are unde să meargă decât la spital, iar în perioada pandemiei a fost/este foarte dificil.

În plus, casele județene de asigurări de sănătate au menționat că reprezentanții medicilor de familie au fost convocați în vederea participării în cadrul comisiei constituită în baza prevederilor art. 2 alin. (1)-(5) din Anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 140/2018, fără a preciza în mod concret care au fost subiectele dezbătute/discutate și concluziile rezultate sau propunerile înaintate, cu privire la îmbunătățirea situației medicilor de familie din zona rurală.

Totodată, din informațiile transmise de casele județene de asigurări de sănătate a reieșit că nu au existat/sau au existat foarte puține situații în care medicilor de familie le-a încetat/reziliat contractul pe considerentul că nu au îndeplinit cerința numărului de asigurați. Niciuna dintre casele județene de asigurări de sănătate nu a dat vreun *exemplu concret* de acordare a unor facilități/stimulente de către autoritățile administrației publice locale, însă unele dintre ele au menționat că există posibilitatea alocării în comodat sau concesiunii locațiilor cu destinația de cabinet medical, în măsura în care spațiile respective se află în proprietatea autorităților locale.

Casele județene de asigurări de sănătate ne-au transmis următoarele date:

- C.J.A.S. Alba - 108 medici de familie în mediul rural, 13 localități fără medic de familie, 10 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Arad - 113 medici de familie în mediul rural, nu sunt localități fără medic de familie, nu sunt posturi vacante în mediul rural și nu există puncte de lucru;
- C.J.A.S. Argeș - 170 de medici de familie în mediul rural, 2 localități fără medic de familie, 2 posturi vacante în mediul rural, 14 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Bacău - 114 medici de familie în mediul rural, 3 localități fără medic de familie, 34 de posturi vacante în mediul rural, 27 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Bihor - 166 medici de familie în mediul rural, o localitate fără medic de familie, niciun post vacant în mediul rural, 33 de puncte de lucru;
- C.J.A.S. Bistrița - Năsăud - 73 de medici în mediul rural, 6 localități fără medic de familie, 6 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Botoșani - 84 medici de familie mediu rural, 6 localități fără medic de familie, 7 posturi vacante în mediul rural, 5 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Brăila - 52 medici de familie în mediul rural, 2 localități fără medic de familie, niciun post vacant, 12 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Brașov - 71 medici de familie mediu rural, 5 localități fără medic de familie, 15 posturi vacante în mediul rural, 6 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Buzău - 110 medici de familie mediu rural, 12 localități fără medic de familie, 25 de posturi vacante în mediul rural, 11 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Călărași - 73 medici de familie în mediu rural, 2 localități fără medic de familie, 37 de posturi vacante în mediul rural, 4 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Caraș-Severin - 56 de medici mediu rural, 16 localități fără medic de familie, 11 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Cluj - 107 medici de familie în mediul rural, o localitate fără medic de familie, un post vacant în mediul rural, 14 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Constanța - 130 medici de familie în mediul rural, nicio localitate fără medic de familie, 19 posturi vacante;
- C.J.A.S. Covasna - 40 de medici de familie în mudirul rural, 8 localități fără medic de familie, 17 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Dâmbovița - 139 medici de familie în mediul rural, 6 localități fără medic de familie, 17 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Dolj - 224 medici de familie în mediul rural, nicio localitate fără medic de familie, 5 posturi vacante în mediul rural, 14 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Galați - 104 medici de familie în mediul rural, 5 localități fără medic de familie, 55 de posturi vacante în mediul rural, 18 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Giurgiu - 75 medici de familie în mediul rural, 6 localități fără medic de familie, 38 de posturi vacante în mediul rural, 5 puncte de lucru;

- C.J.A.S. Gorj - 98 medici de familie în mediul rural, 3 localități fără medic de familie, 18 posturi vacante în mediul rural, 8 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Harghita - 80 medici de familie în mediul rural, o localitate fără medic de familie, 10 posturi vacante în mediul rural, 18 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Hunedoara - 51 medici de familie în mediul rural, 15 localități fără medic de familie, 22 de posturi vacante în mediul rural, 8 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Ialomița - 73 medici de familie în mediul rural, 5 localități fără medic de familie, 9 posturi vacante în mediul rural, 12 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Iași - 406 la nivel județean, 3 localități fără medic de familie, 11 posturi vacante în mediul rural, 5 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Ilfov - 98 de medici de familie în mediul rural, nicio localitate fără medic de familie, 37 de posturi vacante în mediul rural, 90 de puncte de lucru;
- C.J.A.S. Maramureș - 218 la nivel județean, 4 localități fără medic de familie, 71 posturi vacante în mediul rural, 16 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Mehedinți - 66 medici de familie în mediul rural, 7 localități fără medic de familie, 10 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Mureș - 132 medici de familie în mediul rural, 7 localități fără medici de familie;
- C.J.A.S. Neamț - 132 medici de familie în mediul rural, 3 localități fără medic de familie, 59 posturi vacante în mediul rural, 10 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Olt - 227 la nivel județean, 4 localități fără medic de familie, 11 posturi vacante în mediul rural, 10 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Prahova - 158 medici de familie în mediul rural, 11 localități fără medic de familie (dar sunt 7 puncte de lucru), 49 posturi vacante în mediul rural, 24 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Sălaj - 109 la nivel județean, 9 localități fără medic de familie, 9 posturi vacante în mediul rural, 5 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Satu - Mare - în total, la nivelul județului sunt 181 de medici de familie, nu există posturi vacante, nu există localități fără medic de familie, 4 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Sibiu - 248 la nivelul județului, 2 localități fără medic de familie, 15 posturi vacante, 27 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Suceava - 136 medici de familie în mediul rural, 9 localități fără medic de familie, 23 posturi vacante în mediul rural, 17 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Teleorman – 163 la nivel județului, 9 localități fără medic de familie, 31 posturi vacante, 10 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Timiș - 142 medici de familie în mediul rural, 2 localități fără medic de familie, 31 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Tulcea - 49 medici de familie mediu rural, 6 localități fără medic de familie, 6 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Vâlcea - 104 medici de familie în mediul rural, 3 localități fără medic de familie, 21 posturi vacante, 22 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Vaslui - 71 medici de familie în mediul rural, 7 localități fără medic de familie, 22 posturi vacante în mediul rural, 20 puncte de lucru;
- C.J.A.S. Vrancea - 89 medici de familie în mediul rural, 8 localități fără medic de familie, 28 de posturi vacante în mediul rural, 10 puncte de lucru.

Capitolul VI

Cazuistica instituției Avocatul Poporului

Față de situația neasigurării asistenței medicale prin medicii de familie, prezentăm cazuri, care, reflectă o mică parte a situațiilor concrete, existente în realitate:

1. Astfel, la data de 1 februarie 2021, instituția Avocatul Poporului s-a sesizat din oficiu cu privire la respectarea prevederilor **art. 34** din Constituția României, referitoare la *dreptul la ocrotirea sănătății* prin prisma informațiilor apărute în mass-media, potrivit cărora *un primar din județul Botoșani este revoltat că, deși a făcut demersuri la autoritățile județene, nu poate deschide un cabinet medical pentru locuitorii din comuna sa. Este vorba de primarul comunei Concești, care își arată nemulțumirea față de lipsa de interes a instituțiilor statului, din domeniul sanitar, pentru rezolvarea unei probleme a unei comunități. Acesta subliniază că, în plină pandemie și în condițiile în care locuitorii comunei Concești au nevoie indispensabil de servicii medicale la îndemână, de un cabinet și un medic de familie care să vină în ajutorul acestora în rezolvarea problemelor de natură medicală, constatăm că această comună nu este inclusă în obiectivele actualei guvernări. În încercarea mea de a obține aprobările necesare deschiderii și funcționării unui cabinet medical în comuna Concești, în ultimii doi ani m-am confruntat cu diverse obstacole ..., în condițiile în care avem medici care și-au arătat interesul și disponibilitatea de a veni în comunitatea noastră și de a desfășura activitatea ca medic de familie, mai mult, avem și spațiu disponibil pentru un cabinet.* (BotoșaniNews)

În acest context, raportat la prerogativa Avocatului Poporului de a-și exercita atribuțiile și **din oficiu**, s-a adresat Casei Județene de Asigurări de Sănătate Botoșani, Direcției de Sănătate Publică Botoșani și Colegiului Medicilor Botoșani, cu solicitarea clarificării aspectelor semnalate, privind existența/funcționarea unui cabinet de medicină de familie la nivelul comunei Concești, județul Botoșani.

În urma demersurilor întreprinse:

- Direcția de Sănătate Publică Botoșani ne-a adus la cunoștință faptul că, potrivit evidențelor sale, **în localitatea Concești există autorizat un cabinet medical.**

- Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Botoșani ne-a informat că **în comuna Concești, a funcționat un cabinet medical individual de medicină de familie, în perioada 01.01.2007-10.07.2019, contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară încetând din data de 11.07.2019.** În acest context, Comisia constituită în temeiul prevederilor art. 2 alin. (1) din Anexa nr. 2 la H.G. nr. 140/2018 a stabilit că **în comuna Concești este disponibil un post de medic de familie, începând cu data de 19.07.2019, situație afișată pe site-ul C.A.S. Botoșani.**

- Colegiul Medicilor Botoșani a menționat că, la data de 26.07.2019, **a fost depusă o solicitare pentru înființarea unui punct de lucru a unei unități medicale care are sediul în localitatea Darabani, județul Botoșani. Această cerere a fost respinsă, motivat de faptul că, în cazul comunei Concești, există deja înființat un cabinet medical de medicină de familie.** Colegiul Medicilor Botoșani precizează că, în evidențele sale, figurează că, în comuna Concești *există medic de medicină de familie, în cadrul unei unități sanitare private, dar colegiul nu are atribuția verificării prezenței medicului la program (!?).*

2. Pe site-ul oficial al cotidianului Transilvania Expres, în data de 1 aprilie 2020, a fost publicat un articol care menționa că, *în comuna Dumbrăvița, județul Brașov, cei doi medici de familie care deserveau cetățenii comunei nu și-au mai prelungit contractele de liberă practică cu Casa de Asigurări de Sănătate a Județului Brașov, astfel că, începând cu aceeași dată, locuitorii nu au mai beneficiat de servicii medicale de asistență medicală primară.*

Față de cele expuse în presă, Avocatul Poporului s-a sesizat din oficiu și a întreprins demersuri la **Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Brașov, la Primăria Comunei**

Dumbrăvița, la Direcția de Sănătate Publică a Județului Brașov și la Colegiului Medicilor Brașov.

În urma demersurilor întreprinse, **C.J.A.S. Brașov** ne-a comunicat următoarele:

- doamnele A.B. și C.D., medici de familie în Comuna Dumbrăvița au notificat C.J.A.S. Brașov faptul că nu doresc continuarea relației contractuale cu această instituție, începând cu data de 01.04.2020, contractele de furnizare de servicii medicale în asistență medicală încetând astfel de drept la data de 31.03.2020;

- cei doi medici de familie în cauză aveau liste cu un număr de **1799 pacienți** (doamna A.B.) și de **1941 pacienți** (doamna C.D.);

- C.J.A.S. Brașov a adus la cunoștința Comisiei paritare constituite conform prevederilor art. 2 din Anexa II Capitolul I din Hotărârea de Guvern nr.140/2018, cu modificări și completări, Colegiului Medicilor Brașov și Direcției de Sănătate Publică Brașov încetarea relației contractuale cu cei doi furnizori de servicii medicale, prin adresa nr.14560/31.03.2020;

- C.J.A.S. Brașov a adus la cunoștința Primăriei Comunei Dumbrăvița solicitarea de a asigura păstrarea documentelor medicale având în vedere calitatea de proprietar al spațiului în care și-au desfășurat activitatea medicală cei doi furnizori, până la preluarea acestora de către medicul/medicii de familie care vor încheia contract de furnizare de servicii medicale de asistență medicală primară cu C.J.A.S. Brașov;

Direcția de Sănătate Publică a Județului Brașov ne-a comunicat următoarele:

- lucrările de amenajare a spațiului unde își vor desfășura activitatea cei doi medici de familie sunt în curs de finalizare;

- cabinetele medicale au fost vizitate de două ori de către medicii epidemiologi ai DSP Brașov, în vederea facilitării procesului de avizare a acestora;

- au fost recoltate probe de apă de la robinetul din rețeaua interioară a locației, aceasta încadrându-se în parametrii de potabilitate;

- s-au făcut recomandări în privința obligativității de monitorizare a apei potabile prin prelevare periodică de probe de apă din rețeaua interioară de alimentare cu apă potabilă;

- la finalizarea lucrărilor de amenajare, se vor elibera autorizații de funcționare pentru cele 2 cabinete medicale.

Primăria Comunei Dumbrăvița ne-a transmis următoarele:

- cei doi medici de familie care și-au încetat activitatea în data de 1 aprilie 2020 funcționau în cadrul cabinetelor amenajate în spațiile aflate în proprietatea comunei Dumbrăvița, în temeiul unor contracte de concesiune;

- prin H.C.L. Dumbrăvița nr. 26 din 8 aprilie 2020 a fost aprobată concesiunea directă a unui spațiu, cu destinația de cabinet medical, către un medic specialist medicină de familie;

- prin H.C.L. Dumbrăvița nr. 38 din 28 mai 2020, a fost aprobată concesiunea directă a unui spațiu, cu destinația de cabinet medical, către un medic specialist medicină de familie;

- prin H.C.L. Dumbrăvița nr. 34 din 14 mai 2020 au fost aprobați indicatorii tehnico-economici pentru lucrarea de investiții „Reparații capitale la Dispensarul uman Dumbrăvița”;

- în prezent, lucrările de reparații capitale la Dispensarul uman Dumbrăvița au fost finalizate, acestea fiind executate la standardele impuse de D.S.P. Brașov, astfel încât să primească avizul de funcționare. Cabinetele medicale au fost predate medicilor de familie, împreună cu toate documentele medicale. Cei doi medici depun toate diligențele ca, în cel mai scurt timp, să primească avizele de funcționare și, efectiv, să înceapă activitatea (cel mai târziu la data de 23 iulie 2020).

Colegiul Medicilor Brașov ne-a comunicat următoarele:

- la acest moment, **are aviz favorabil** solicitarea înființării unui cabinet prin cererea formulată de dr. E.F.– medic specialist medicină de familie;

- **este în curs de autorizare sanitară și cel de-al doilea cabinet**, urmând a fi depusă documentația și la Colegiul Medicilor Brașov spre avizare.

În speță, aspectele semnate de mass media s-au confirmat, însă autoritățile competente au luat măsuri pentru remedierea situației.

3. Un exemplu de bună practică, care s-a aflat în atenția instituției Avocatul Poporului, îl constituie un caz în care autoritățile locale și județene s-au implicat și colaborat, în vederea asigurării serviciilor specifice medicinei de familie într-o localitate din județul Olt.

Avocatul Poporului s-a sesizat din oficiu, ca urmare a unui articol prezentat de mass media sub titlul: *„Medic de familie, din Potcoava, mort din cauza COVID-19. Dispensarul din oraș este închis, deoarece și celălalt medic de familie este în spital”*, în care se relatează faptul că medicul de familie, în vârstă de 65 de ani, din orașul Potcoava, s-a stins din viață, în urma infecției cu COVID-19. Primarul preciza că dispensarul din oraș era închis, pentru că și celălalt medic de familie este internat la Caracal, fiind confirmat pozitiv, iar asistenta acestuia, se afla în izolare. Totodată, primarul susținea că a vorbit la Casa de Asigurări de Sănătate Olt, în încercarea de a găsi soluții pentru aducerea în oraș a unui medic de familie.

În urma sesizării, Avocatul Poporului a dispus *efectuarea de demersuri scrise la Casa de Asigurări de Sănătate Olt și Primăria orașului Potcoava, județul Olt, pentru semnalarea situații relatate de mass media și pentru a se comunica demersurile efectuate și soluțiile adoptate pentru asigurarea asistenței medicale a locuitorilor orașului Potcoava, județul Olt, în contextul în care valul doi al pandemiei de SARS-CoV-2 era în plină desfășurare, iar dispensarul din Potcoava era închis.*

Ca rezultat al demersurilor efectuate, s-au transmis următoarele informații:

Casa de Asigurări de Sănătate Olt a precizat că în perioada în care medicul de familie titular fost spitalizat, asistența medicală primară a locuitorilor orașului Potcoava a fost asigurată de doi medici, în baza a două convenții de reciprocitate încheiate cu medicul de familie titular. Cele două convenții de reciprocitate au fost încheiate în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (3) din Anexa 2 la Ordinul nr. 397/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii de Guvern nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019, cu modificările și completările ulterioare. Cei doi medici înlocuitori au asigurat furnizarea serviciilor medicale tuturor asiguraților din localitatea Potcoava, conform prevederilor legale în vigoare, care prevăd că în situația în care medicul de familie titular decedează, persoanele înscrise în lista acestui medic se pot înscrie la alt medic de familie din aceeași localitate sau din altă localitate, fapt care s-a și întâmplat în acest caz. Asistența medicală primară a fost asigurată tot de medicii de familie înlocuitori, în baza convențiilor de reciprocitate, până la revenirea în activitate a medicului de familie titular.

Cât privește necesitatea celui de al doilea medic de familie în localitatea Potcoava, înlocuitor al medicului decedat, un medic nou-venit a perfectat relații contractuale cu Casa de Asigurări de Sănătate Olt, pentru a desfășura activitatea de medic de familie în localitatea Potcoava, județul Olt.

Primăria orașului Potcoava, județul Olt a menționat că, în urma discuțiilor purtate de primarul orașului Potcoava, județul Olt, cu reprezentanții Casei de Asigurări de Sănătate Olt, s-a stabilit ca asigurarea asistenței medicale pentru locuitorii din Potcoava să fie asigurată de doi medici detașați, prin rotație, până la revenirea medicului de familie titular. În vederea asigurării asistenței medicale în condiții optime, a fost închiriat un cabinet medical, către un medic de familie care să asigure asistența medicală pentru medicul de familie care a decedat.

Urmare a demersurilor întreprinse, asistența medicală pentru locuitorii din Potcoava, la data efectuării demersurilor, era asigurată de doi medici cu specialitatea medicină de familie.

În perioada de la declanșarea pandemiei, medicii de familie și, implicit, pacienții acestora, s-au confruntat cu o serie de dificultăți de natură a le împiedica desfășurarea corespunzătoare a activității, respectiv de a beneficia de asistență medicală corespunzătoare. În cazurile pe care le-a avut în atenție, Avocatul Poporului a întreprins demersurile specifice instituției. Astfel:

1. Referitor la problemele cu care se confruntă medicii de familie din județul Vâlcea, dar și la nivel național, respectiv cu privire la necesitatea *asigurării materialelor de protecție împotriva îmbolnăvirii cu noul coronavirus*, medicii fiind nevoiți să își procure, cu mijloace proprii, echipamentele necesare prevenirii îmbolnăvirii cu virusul SARS-Cov-2, **Avocatul Poporului s-a sesizat din oficiu și a solicitat o serie de informații de la Societatea Națională de Medicina Familiei, de la Asociația profesională a medicilor de familie/medici generaliști Vâlcea și de la Ministerul Sănătății.**

a) Prin adresa de răspuns, **Asociația Societatea Națională de Medicina Familiei** a precizat, în esență că, posesia și utilizarea termometrelor, tensiometrelor și a pulsoximetrelor de către pacienții diagnosticați cu COVID-19, aflați în izolare, facilitează monitorizarea și ameliorarea stării de sănătate a acestor pacienți, dar Societatea Națională de Medicina Familiei nu își poate asuma punerea la dispoziție a unor astfel de dispozitive de genul celor menționate anterior.

În ceea ce privește demersurile făcute în legătură cu asigurarea dotării cu materiale de protecție pentru prevenirea îmbolnăvirii cu COVID-19, la nivelul cabinetelor de medicină de familie din România, au fost efectuate demersuri de fiecare formă de exercitare a profesiei de medic de familie în parte, colaborând în acest sens cu autoritățile locale și serviciile descentralizate ale acestora, neexistând vreo minimă criză în acest sens, în ciuda unor dificultăți de moment.

b) **Asociația Profesională a Medicilor de Familie/Medici Generaliști Vâlcea** ne-a informat că în cursul lunii martie 2020, Direcția de Sănătate Publică Vâlcea le-a solicitat un „necesar de echipamente, materiale de dezinfecție și curățenie specifice antivirale și antibacteriene”, toate cabinetele medicilor de familie întocmind acest document, însă nu au primit nici dezinfectanți, echipamente, pulsoximetre, termometre sau lămpi cu ultraviolete.

În cursul lunii mai 2020, prin intermediul Casei Județene de Asigurări de Sănătate Vâlcea, cabinetele medicilor de familie au primit una sau două cutii de măști de protecție simple.

La nivelul cabinetelor medicilor de familie, au fost achiziționate măști chirurgicale, viziere, capeline, botoșei, halate, dezinfectanți, lămpi cu ultraviolete, termometre, pulsoximetre și alte lucruri necesare pentru buna desfășurare a activității și pentru prevenirea infectării cu ocazia acordării de consultații medicale în cabinete.

Totodată, Asociația Profesională a Medicilor de Familie/Medici Generaliști Vâlcea precizează că au fost făcute numeroase intervenții atât în mass-media, solicitându-se sprijinul autorităților, la întâlnirile organizate la Instituția Prefectului Județul Vâlcea, precum și la întâlnirile cu reprezentanții Casei Județene de Asigurări de Sănătate Vâlcea, cât și cu cei ai Ministerului Sănătății.

Datorită sarcinilor suplimentare care li s-au stabilit medicilor de familie, față de activitatea curentă pe care o desfășoară, Asociația Profesională a Medicilor de Familie/Medici Generaliști Vâlcea a menționat că medicii de familie sunt obosiți, epuizați psihic din cauza volumului de muncă, a atitudinii autorităților publice, a pacienților care au devenit tot mai „revendicativi”, dar și unei părți a mass-media.

Un alt aspect evidențiat a fost cel legat de faptul că, de la începutul campaniei de vaccinare a populației împotriva COVID-19, în centrele de vaccinare special amenajate de primărie, cât și de Instituția Prefectului Județul Vâlcea, unde lucrează, încă din luna ianuarie 2021, medici de familie și asistenți medicali, nu s-au semnat încă contracte de colaborare și nu au primit bani pentru serviciile prestate în aceste centre.

c) **Ministerul Sănătății** ne-a comunicat faptul că medicii de familie asigură monitorizarea stării de sănătate a pacienților până la confirmarea infecției cu o boală infectocontagioasă, precum și după confirmarea diagnosticului de boală infectocontagioasă, prin investigații paraclinice specifice, în cazul în care persoanele nu prezintă semne și simptome sugestive definiției de caz.

Ministerul Sănătății a precizat că, practic, pacienții infectați cu virusul SARS-Cov-2 vor fi monitorizați și asistați medical de către medicii de familie, iar în această privință, **medicii**

de familie au posibilitatea, potrivit prevederilor Ordonanței de Urgență a Guvernului nr.180/2020 pentru modificarea și completarea Legii nr. 136/2020 privind instituirea unor măsuri în domeniul sănătății publice în situații de risc epidemiologic și biologic, a Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, precum și pentru stabilirea unor măsuri cu privire la acordarea concediilor medicale, **să deconteze aceste prestații medicale în sumă de 105 lei pe caz, din bugetul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.**

Medicul de familie va declara pacientul vindecat pe baza rezultatelor monitorizării zilnice telefonice, prin consultația medicală la distanță, în timpul programului de lucru, acesta urmărind starea de sănătate a pacientului, absența manifestărilor clinice pe parcursul perioadei de monitorizare fiind criteriul în baza căruia pacientul este declarat vindecat.

Ministerul Sănătății aprecia că având în vedere prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, monitorizarea reglementată de prevederile Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 180/2020, a Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005 și Ordinului comun al Ministerului Sănătății și al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.1822/1103/27.10.2020, **medicii de familie sunt obligați a supraveghea starea de sănătate a pacienților de pe lista proprie, iar prin dispozițiile referitoare la prestația medicilor de familie, prevăzute în actele normative menționate anterior, nu sunt instituite atribuții suplimentare acestora.**

În ceea ce privește asigurarea echipamentelor de protecție, începând cu data de 07.04.2020, au fost distribuite în perioada stării de urgență, măști de protecție medicilor de familie, acestea fiind repartizate de Inspectoratul General pentru Situații de Urgență către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, pentru asigurarea condițiilor corespunzătoare de protecție a personalului din asistența medicală primară din întreaga țară. Echipamentele au fost distribuite medicilor de familie, în cel mai scurt timp de la primirea acestora la Casele de Asigurări de Sănătate.

În conformitate cu recomandările prevăzute în Ordinul nr. 555/2020 privind aprobarea Planului de măsuri pentru pregătirea spitalelor în contextul epidemiei de coronavirus COVID-19, a Listei spitalelor care asigură asistența medicală pacienților testați pozitiv cu virusul SARS-CoV-2 în faza I și în faza a II-a și a Listei cu spitalele de suport pentru pacienții testați pozitiv sau suspecți cu virusul SARS-CoV-2, Anexa 1-Recomandări de folosire a echipamentului individual de protecție (PPE), care trebuie utilizat în contextul COVID-19, în funcție de secție, personal și tipul de activitate, **activitatea medicului de familie este asimilată activității medicale din ambulatoriu de specialitate, fiind indicat tipul de echipament, conform prevederilor legale menționate.**

Așadar, **Ministerul Sănătății a concluzionat că personalul din cabinetele de medicină de familie trebuie să își asume responsabilitatea pentru dezvoltarea și menținerea abilităților acestora, a echilibrului și a valorilor personale pentru o asistență medicală efectivă și sigură, ca structură profesională implicată direct în lupta împotriva pandemiei de COVID-19.**

2. Pe site-ul oficial al cotidianului de presă covăsnean Observatorul de Covasna, în data de 30 martie 2020, a fost publicat un articol care menționa următoarele: *Covăsnenii care ies din izolare sau carantină trebuie să aștepte ca autoritățile să se pună de acord în interpretarea legii. O interpretare diferită a legii a dus la situația în care medicii de familie ezită să emită actele pentru concediul medical necesare persoanelor ieșite din carantină sau din izolare. Medicii covăsneni spun că, în conformitate cu legislația în vigoare, pe lângă declarația pe propria răspundere a pacientului, este nevoie și de o adeverință de la Direcția de Sănătate Publică (Covasna, n.n.). Cei din urmă refuză o să elibereze pe motiv că nu e necesară. Drept pentru care, medicii de familie nu știu cum să gestioneze situația astfel încât legea să nu se întoarcă mai târziu împotriva lor.*

Având în vedere aspectele sesizate în presă, instituția Avocatul Poporului, prin Biroul Teritorial Brașov s-a sesizat din oficiu și a întreprins demersuri scrise la Ministerul Sănătății, solicitând acestuia un punct de vedere referitor la situația prezentată în presă, respectiv dacă

direcțiile de sănătate publică trebuie să emită adeverință/aviz pentru ca persoana aflată în carantină/izolare/autoizolare să poată beneficia de concediu medical.

Ministerul Sănătății ne-a comunicat că, potrivit art. 5 alin. (1)-(2) din Ordinul ministrului sănătății nr. 414/2020, completat și modificat prin Ordinul nr. 497/2020, asigurații cărora li se aplică măsuri de carantină instituționalizată în spațiile special amenajate și persoanele cărora li se interzice continuarea activității prin instituirea măsurii de izolare la domiciliu *beneficiază de concediu și indemnizație de carantină pentru perioada stabilită prin documentul eliberat de direcțiile de sănătate publică*, în conformitate cu Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

Direcțiile de sănătate publică județene comunică administratorului centrului de carantină încheierea perioadei de carantinare instituționalizată și se deplasează pentru *eliberarea avizului epidemiologic* la ieșirea din carantină, acesta putând fi eliberat și transmis și în format electronic.

Așadar, concediul și indemnizația pentru carantină se acordă asiguraților cărora li se interzice continuarea activității din cauza unei suspiciuni asupra unei boli contagioase, **pe durata stabilită prin certificatul** eliberat de direcția de sănătate publică. *Certificatul de concediu medical pentru carantina se eliberează de medicul curant pe baza certificatului eliberat de direcțiile de sănătate publică.*

Conform prevederilor art. 9 alin. (2) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005, cu modificările și completările ulterioare, în scopul prevenirii îmbolnăvirilor, persoanele asigurate au dreptul la concediu și indemnizație pentru carantină, *fără îndeplinirea condiției privind stagiul de asigurare.*

Potrivit prevederilor art. 78¹ alin. (5)-(6) din Ordinul MS nr. 15/2018 pentru aprobarea Normelor de aplicare a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, *documentul care atestă ieșirea din starea de carantină instituționalizată a persoanei asigurate, necesar pentru eliberarea certificatelor de concediu medical, se poate solicita și se poate transmite de către direcțiile de sănătate publică* persoanelor aflate în aceasta situație și prin mijloace electronice de transmitere la distanță.

Pentru categoriile de persoane aflate în situația de izolare la domiciliu, conform art. 1 alin. (3) din Ordinul ministrului sănătății nr. 414/2020, medicul de familie eliberează certificatul de concediu medical pentru carantina cu respectarea prevederilor art. 5 alin. (3) din același ordin, iar persoana izolată, care are nevoie de concediu medical pentru perioada instituirii măsurii de izolare la domiciliu, completează o declarație pe proprie răspundere, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 2 a ordinului.

*În concluzie, Ministerul Sănătății a menționat că Direcția de Sănătate Publică Covasna ARE obligația de a elibera **avizul epidemiologic** la sfârșitul perioadei de carantină pentru persoanele cărora li s-a instituit măsura de carantină, în baza căruia se acordă concediul medical de către medicul de familie.*

Direcția de Sănătate Publică NU are însă obligația de a elibera avizul epidemiologic la sfârșitul perioadei de izolare la domiciliu pentru persoanele față de care a fost instituită această măsură, aceste persoane beneficiază de concediu medical eliberat de medicul de familie în baza declarației pe proprie răspundere.

În consecință, Avocatul Poporului a emis Recomandarea nr. 115 din 21 mai 2020, adresată directorului executiv al Direcției de Sănătate Publică a Județului Covasna, pentru:

1. a întreprinde măsurile necesare asigurării îndeplinirii procedurii de eliberare a avizului epidemiologic la sfârșitul perioadei de carantină pentru persoanele cărora li s-a instituit măsura de carantină, în baza căruia se acordă concediul medical de către medicul de familie;

2. a analiza necesitatea elaborării unor proceduri interne în care să fie prezentate situațiile în care autoritatea emite și/sau nu emite, în contextul pandemiei COVID-19, anumite documente necesare îndeplinirii atribuțiilor legale de către medicii de familie, precum și a unui

ghid adresat cetățenilor care să conțină indicații referitoare la autoritățile/entitățile cărora trebuie să se adreseze aceștia.

Ulterior, D.S.P. Covasna ne-a comunicat că într-adevăr, au fost unele neînțelegeri cu medicii de familie în ceea ce privește eliberarea concediilor medicale, aceste discuții ivindu-se nu numai în Covasna, ci și în alte județe. Ulterior, în urma clarificărilor aduse de Ministerul Sănătății, prin Ordinul nr. 622/2020, s-a precizat clar că în cazul persoanelor izolate la domiciliu nu se va mai elibera aviz epidemiologic de către direcțiile de sănătate publică județene, iar, în cazul persoanelor carantinate, au fost eliberate, în toate cazurile, avize epidemiologice.

De asemenea, în ceea ce privește publicarea unui ghid pentru cetățeni, D.S.P. Covasna ne-a comunicat că aceste informații au fost publicate pe site încă de la momentul respectiv, tocmai pentru ca cei interesați să poată obține mai ușor informațiile și formularele necesare.

În urma verificării efectuate pe site-ul D.S.P. Covasna, a rezultat că, pe prima pagină a acestuia, au fost postate informații despre parcursul documentelor necesare pentru persoanele izolate, respectiv pentru persoanele aflate în carantină.

Prin urmare, Recomandarea Avocatului Poporului nr. 115/2020 a fost însușită de către Direcția de Sănătate Publică a Județului Covasna.

Capitolul VII

Concluzii

Din răspunsurile comunicate de entitățile la care s-au efectuat demersuri în vederea clarificării unor aspecte legate de asigurarea asistenței medicale cetățenilor, prin medicii de familie, precum și din cazurile mai sus prezentate, rezultă:

a) În principal, la modul general:

- *pe de o parte, o legislație neadecvată realității de fapt existente pe teritoriul României;*

- *pe de altă parte, o lipsă clară de conectare/relaționare/colaborare reală/eficientă între instituțiile cu atribuții în materie.*

b) În subsidiar, punctual, se pot reține următoarele aspecte:

- există localități din mediul rural care **nu au un medic de familie** (din situația centralizată prezentată de Ministerul Sănătății, rezulta că, la sfârșitul anului 2019, erau unități administrativ teritoriale fără medici de familie: Alba - 13, Caraș-Severin - 14, Sălaj - 16, Buzău - 10, Hunedoara - 12);

- din răspunsurile comunicate de casele județene de asigurări de sănătate, a rezultat că sunt atât județe în care *toate localitățile au medici de familie* (Constanța, Dolj, Ilfov și Satu Mare), dar și *multe dintre județe au un deficit mare de medici de familie*, care să asigure asistența medicală în mediul rural (Hunedoara, Caraș-Severin sau Alba);

- la nivel național, din datele transmise comunicate de casele județene de asigurări de sănătate se constată existența unui număr de **212 localități din mediul rural fără medic de familie și 665 de posturi de medici de familie vacante;**

- populația per cabinet de medicină de familie diferă de la un cabinet la altul (din informațiile transmise de Ministerul Sănătății rezultă că în județul Botoșani - 2471/CM; Constanța - 2636/CM; Sălaj - 4774/CM; Suceava- 2259/CM);

- deficitul de medici de familie care activează în mediul rural este determinat, în principal, de dificultățile întâmpinate de către personalul medical, dificultăți de *natură profesională* (deficitul de personal specializat, dificultățile de accesibilitate la educația medicală continuă), de *natură umană* - posibilitățile de adaptare la condițiile de viață oferite de mediul rural, nestimulative, lipsite de orizont, fără acces la educație, cultură, sanitație deficitară (România are 45% din populație în mediul rural, din care 45% au toalete în curte, lipsește accesul la rețeaua de apă centralizată și canalizare), precum și *lipsa de susținere din partea administrației locale și centrale;*

- lipsa cadrelor medicale în mediul rural a dus la închiderea mai multor cabinete; acest aspect este legat și de faptul că o mare parte a medicilor de familie sunt persoane care au ieșit la pensie. Referitor la acest aspect, DSP Dâmbovița a precizat că, *datorită faptului că din ce în ce mai mulți medici de familie pensionari care și-au mai prelungit activitatea un număr de ani doresc să se retragă din activitate, a solicitat autorităților locale rămase fără asistență medicală primară, să încerce să creeze facilități pentru medicii de familie, astfel încât localitățile lor să devină atractive pentru aceștia mai ales, pentru medicii tineri, care doresc să intre în sistemul de sănătate.*

- **deși la nivel teoretic**, există o *Strategie națională de sănătate*, în vederea optimizării resurselor umane din sănătate și implementarea de strategii sustenabile de atragere și retenție a medicilor și asistenților medicali în sistemul de sănătate românesc mai ales în specialitățile și zonele deficitare, în acest context, fiind dezvoltat cadrul strategic și normativ în sensul organizării rezidențiatului pe post, acordarea unor facilități la deschiderea cabinetelor medicilor

de familie, asigurarea de condiții suplimentare motivante pentru deschiderea de cabinete în zonele defavorizate, ***în practică, această strategie nu a dat rezultatele scontate, situația în teritoriu, mai ales în zona rurală, fiind una deficitară din punct de vedere al garantării și asigurării sănătății publice, prin intermediul medicilor de familie;***

- **programele cu incidență în materie** - Programul național de dezvoltare locală (P.N.D.L.), Programul Locuințe pentru tineri, Strategia de dezvoltare teritorială a României, Programul național de construcții de interes public sau social, Programul Operațional Sănătate 2021 - 2027, Programele de Cooperare Teritorială Europeană și Programul Operațional Regional **nu dovedesc, în fapt, că, obiectivele avute în vedere la elaborarea acestora și-au atins scopul într-un mod care să conducă la constatarea că dreptul la ocrotirea sănătății, în mod special, în zona rurală și în zonele defavorizate sau greu accesibile, este garantat, în sensul consfințit de art. 34 din Legea fundamentală;**

- neimplicarea autorităților locale în vederea asigurării unor facilități medicilor care aleg zonele rurale din județ, uneori din lipsă de interes, alteori din perspectiva neputinței atragerii medicilor de familie, din motive financiare sau de așezare geografică a localității. În acest context, este de necontestat faptul că o localitate dezvoltată economic și/sau așezată într-un loc bine situat din punct de vedere turistic, este net avantajată față de o localitate care nu prezintă avantaje economice/financiare sau de altă natură;

- lipsa de cooperare a autorităților locale/instituțiile județene sau centrale (*a se vedea cazul prezentat mai sus, în ce privește eforturile primarului unei comune din județul Botoșani pentru a deschide un cabinet medical pentru locuitorii din localitatea sa, precum și neconcordanța informațiilor transmise de autoritățile centrale și locale*);

- lipsa studenților care doresc să aleagă profesia de medic de familie; cauzele acestei împrejurări pot fi materiale, profesionale și organizatorice;

- necesitatea unor modificări curriculare particulare practicii din mediul rural pentru rezidenții în medicină de familie (mai multe cursuri, seminarii, expunere timpurie la practica din mediul rural);

- nevoia de o reformă structurală profundă a sistemului medical în România, posibil, o nouă lege a sănătății, o lege a prevenției, care să reglementeze condițiile în care să se deruleze activitatea medicală;

- necesitatea alocării unui procent mai mare, decât cel alocat până în prezent din PIB pentru medicina primară.

Față de cele arătate, apreciem că toate aceste aspecte dovedesc insuficiența demersurilor întreprinse sau lipsa de implicare concretă/practică a entităților cu atribuții în materie, pentru adaptarea legislației și a politicilor la nevoile și realitățile populației.

În acest context, este evident faptul că, cele mai afectate de această situație, sunt, mai ales, persoanele vulnerabile (copii, vârstnici și persoane cu nevoi speciale sau posibilități financiare reduse sau inexistente din mediul rural), iar o continuare a acestei stări de fapt și de drept, va crea, în mod clar, o diferență uriașă a asigurării asistenței medicale, între persoanele avantajate din punct de vedere economic și social și persoanele care locuiesc în zone defavorizate sau greu accesibile. **Or, acest aspect nu este de natură a transpune în practică, prevederile statuate prin Legea fundamentală și anume, obligația statului de a garanta dreptul la ocrotirea sănătății și de a lua măsuri pentru asigurarea sănătății publice, în condiții de egalitate, fără privilegii și fără discriminări.**

Capitolul VIII

Propuneri

În scopul exclusiv de respectare a obligației statului de a garanta dreptul la ocrotirea sănătății și de a lua măsuri pentru asigurarea sănătății publice, în condiții de egalitate, fără privilegii și fără discriminări, în sensul stabilit de art. 34 alin. (1) și (2) și art. 16 alin. (1) din Constituție, referitor la dreptul la ocrotirea sănătății, respectiv la egalitatea în drepturi a cetățenilor, formulăm următoarele propuneri:

§ Secțiunea 1 - Propuneri care vizează legislația în materie

1. Modificarea art. 74 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în sensul **stabilirii obligației** pentru autoritățile administrației publice locale de a acorda facilități și stimulente aferente instalării unui medic, înființării și funcționării cabinetului de medicină de familie, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare. **În prezent, nu există o asemenea obligație** pentru autoritățile administrației publice locale, acestea doar având posibilitatea de a acorda facilități și stimulente. Astfel, art. 74 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, **în vigoare**, prevede că: *„Autoritățile administrației publice locale pot acorda facilități și stimulente aferente instalării unui medic, înființării și funcționării cabinetului de medicină de familie, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare.”*

2. Modificarea art. 75 alin. (2) din Legea 95/2006, în sensul prevederii posibilității deschiderii de *două puncte secundare de lucru în altă unitate administrativ-teritorială, unde nu funcționează un alt cabinet medical în specialitatea medicină de familie, sau, deși acesta există, nu are medic de familie, dacă solicitantul asigură un program fracționat de minimum 10 ore pe săptămână în norma lui de bază sau peste norma lui de bază.* În acest sens, precizăm că art. 75 alin. (2) din Legea 95/2006, **în vigoare**, stabilește următoarele: *Cabinetele de medicină de familie pot deschide cel mult două puncte secundare de lucru în altă unitate administrativ-teritorială, unde nu funcționează un alt cabinet medical în specialitatea medicină de familie, dacă solicitantul asigură un program fracționat de minimum 10 ore pe săptămână în norma lui de bază sau peste norma lui de bază.*

3. Modificarea art. 87 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în sensul **stabilirii obligației** ca din bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, să se finanțeze cheltuieli pentru investiții în infrastructură, în localitățile rurale, în vederea construcției, reabilitării, dotării minime standard a spațiilor medicale și nemedicale în care se desfășoară activități de îngrijire medicală primară. Ca și mai sus, în prezent, nu există o asemenea obligație. În acest sens, precizăm că textul art. 87 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, **în vigoare**, stabilește că: *„Din bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, se pot finanța cheltuieli pentru investiții în infrastructură, în localitățile rurale, în vederea construcției, reabilitării, dotării minime standard a spațiilor medicale și nemedicale în care se desfășoară activități de îngrijire medicală primară.”*

4. Modificarea art. 319 alin. (1) și (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în sensul **introducerii obligației** în sarcina consiliilor locale și a Ministerului Sănătății de a acorda stimulente în natură și în bani, respectiv pentru asigurarea serviciilor medicale și farmaceutice. În prezent, nu există o asemenea obligație pentru entitățile amintite. Astfel, art. 319 alin. (1) și (2) din Legea nr. 95/2006, **în vigoare**, dispune: *(1) În teritoriile neacoperite cu medici sau cu personal sanitar ori cu unități farmaceutice, pentru asigurarea serviciilor medicale și farmaceutice, consiliile locale pot acorda stimulente în natură și în bani. (2) În teritoriile neacoperite cu medici sau cu personal sanitar ori cu unități farmaceutice, pentru asigurarea*

serviciilor medicale și farmaceutice, statul, prin Ministerul Sănătății, poate acorda stimulente în natură.

5. Completarea art. 14 din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cu un nou alineat alin. (2¹), în sensul **înstituirii unei obligații de dare în folosință gratuită, închiriere, concesionare ori vânzarea fără licitație publică, cu prioritate către medicii de familie care doresc să își deschidă un cabinet medical în unitatea administrativ teritorială în care se află bunul imobil aflat în proprietatea privată a statului sau a unității administrativ-teritoriale, utilizat pentru activități medicale;**

6. Modificarea art. 2 alin. (1) teza I din Anexa nr. 2 la Contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 - 2019, cu modificările și completările ulterioare, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 140/2018, în **sensul includerii unor criterii clare de stabilire a numărului minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie din mediul rural, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară. În prezent, art. 2 alin. (1) din contractul-cadru are următorul conținut: (1) Necesarul de medici de familie cu liste proprii, atât pentru mediul urban, cât și pentru mediul rural, precum și numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie din mediul rural, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară, cu excepția situației furnizorilor care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, se stabilesc pe unități administrativ-teritoriale/zone urbane de către o comisie formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, ai direcțiilor de sănătate publică și ai colegiilor teritoriale ale medicilor, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate**

7. Modificarea art. 2 alin. (1) teza a doua din Anexa nr. 2 la Contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 - 2019, cu modificările și completările ulterioare, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 140/2018, și pe cale de consecință a actelor subsecvente, în sensul ca, la lucrările comisiei să participe **în mod obligatoriu și cu drept de vot**, un reprezentant al autorităților administrației publice locale, un reprezentant al patronatului județean al medicilor de familie și un reprezentant al asociației profesionale județene a medicilor de familie în condițiile în care sunt constituite astfel de organizații la nivel local; Astfel, art. 2 alin. (1) teza a doua din Anexa nr. 2 la Contractul-cadru, **în vigoare**, prevede: „La lucrările comisiei participă cu rol consultativ reprezentanți ai autorităților administrației publice locale, precum și ai patronatului județean al medicilor de familie și ai asociației profesionale județene a medicilor, în condițiile în care sunt constituite astfel de organizații la nivel local. Necesarul de medici familie cu liste proprii la nivel județean/la nivelul municipiului București cuprinde și numărul de medici de familie stabilit ca necesar pentru a intra în relație contractuală cu CASA OPSNAJ”.

8. Modificarea art. 2 alin. (5) din Anexa la Contractul-cadru mai sus menționat, în sensul **eliminării posibilității de încetare a contractului prin denunțare unilaterală** de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, pentru medicii de familie al căror număr de persoane asigurate înscrise pe listele proprii se menține timp de 6 luni consecutive la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim de persoane asigurate înscrise pe lista proprie, stabilit pentru unitatea administrativ-teritorială/zona respectivă. În prezent, art. 2 alin. (5) din Anexa la Contractul-cadru stabilește „Pentru medicii de familie al căror număr de persoane asigurate înscrise pe listele proprii se menține timp de 6 luni consecutive la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim de persoane asigurate înscrise pe lista proprie, stabilit pentru unitatea administrativ-teritorială/zona respectivă de către comisia constituită potrivit alin. (1), în situația cabinetelor medicale individuale, contractul poate înceta, în condițiile legii, prin denunțare unilaterală de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate. Pentru

celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, medicii de familie respectivi pot fi excluși din contract prin modificarea acestuia. Persoanele asigurate înscrise pe listele acestora pot opta pentru alți medici de familie aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate”.

9. Modificarea art. 1 alin. (3) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 130/2020 privind unele măsuri pentru acordarea de sprijin financiar din fonduri externe nerambursabile, aferente Programului operațional Competitivitate 2014-2020, în contextul crizei provocate de COVID-19, precum și alte măsuri în domeniul fondurilor europene, *în sensul prevederii ca și cabinetele medicale individuale să poată accesa toate formele de sprijin din fonduri externe nerambursabile aferente Programului operațional Competitivitate 2014-2020.* Prin prevederile legale actuale, cabinetele medicale individuale pot accesa doar microgranturi – care, potrivit ordonanței amintite, *sunt granturi directe în valoare de 2.000 euro acordat sub formă de sumă forfetară beneficiarilor de ajutor de stat considerați vulnerabili la riscul de răspândire a virusului SARS-CoV-2 (art. 2 lit. k).*

În prezent, art. 1 alin. (3) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 130/2020, prevede că, *Întreprinderile mici și mijlocii, denumite în continuare IMM-uri, sunt beneficiari pentru fondurile externe nerambursabile prevăzute la alin. (2), iar persoanele fizice autorizate, denumite în continuare PFA, și cabinetele medicale individuale, denumite în continuare CMI, pentru fondurile externe nerambursabile prevăzute la alin. (2) lit. a).*

10. Completarea art. 9 din Anexa la Ordinul nr. 697/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice cu privire la asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență, cu modificările și completările ulterioare, cu un nou alineat, alin. (2¹), în sensul că *centrele de permanență din mediul rural sau centrele de permanență care asigură și medicina de familie în zone rurale, defavorizate sau greu accesibile, să își poată desfășura activitatea și cu mai puțin de 5 medici de familie, cu condiția asigurării corespunzătoare a activității centrului.*

11. Completarea alin. (6) al art. 9 din Anexa la Ordinul nr. 697/2011, cu modificările și completările ulterioare, în sensul că, prevederile acestui alineat, *nu se aplică centrelor de permanență din mediul rural sau centrelor de permanență care asigură și medicina de familie în zone rurale, defavorizate sau greu accesibile.* Astfel, potrivit, art. 9 alin. (6) din ordin, **în vigoare,** *În situația în care se dorește înființarea unui centru de permanență, dar numărul medicilor din zonă este mai mic decât numărul minim de 5, atunci pot fi cooptați medici de familie care nu sunt titulari de cabinet pentru a constitui echipele de gardă necesare funcționării centrului de permanență.*

12. Completarea atribuțiilor direcțiilor de sănătate prevăzute în art. 17 din Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1078/2010 privind aprobarea regulamentului de organizare și funcționare și a structurii organizatorice ale direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București, cu următoarele:

- înființarea unui compartiment cu rol în consilierea medicilor care doresc înființarea unui cabinet medical de medicină de familie, în mediul rural;
- implicarea efectivă alături de autoritățile locale în promovarea medicinei de familie în mediul rural;
- susținerea de cursuri și dezbateri studenților în vederea promovării medicinei de familie;
- asigurarea și dotarea cabinetelor medicale cu echipamente electronice (laptopuri)

predat medicilor de familie prin contract de comodat încheiate pentru desfășurarea activității de evaluare a stării de sănătate a populației în asistența medicală primară cu medicii de familie din mediul rural.

13. Completarea Anexei nr. 1 la Ordinul nr. 399/2018 privind aprobarea criteriilor ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiilor constituite în baza prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului - cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 - 2019, în sensul, introducerii unui nou articol, art. 4¹, cu următorul cuprins: *Pentru unitățile administrativ-*

teritoriale din zonele rurale, defavorizate sau greu accesibile, nu se aplică criteriile stabilite la art. 4.

14. Reanalizarea Criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale/punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice din mediul rural și din mediul urban - pentru orașele cu un număr de până la 10.000 de locuitori, în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea, prevăzute în Anexa la Ordinul nr. 391/2015, prin raportare la specificul unităților administrativ-teritoriale izolate, greu accesibile sau localitățile dezavantajate economic și social.

§ Secțiunea 2 - Propuneri privind îmbunătățirea activității autorităților publice, locale, județene și centrale cu atribuții în materie

1. Crearea unei baze de date comună instituțiilor/autorităților implicate în gestionarea situației medicilor de familie, astfel încât informațiile actualizate referitoare la numărul medicilor, contractele în vigoare/încetate etc. să poată fi verificate de oricare dintre aceste organisme;

2. Identificarea unei modalități de transmitere a documentelor necesare pacientului, ca urmare a consultațiilor acordate la distanță (telemedicină), pentru persoanele care nu dispun sau nu au acces la mijloacele electronice;

3. Inițierea unor programe/proiecte în vederea stimulării absolvenților universităților de medicină în sensul de a opta pentru specialitatea medicină de familie și de a o practica mai ales în mediul rural, prin combinarea stimulentei financiare cu alte tipuri de măsuri de recrutare și menținere, cum ar fi oportunități educaționale, de avansare în carieră, susținute de medii favorabile de lucru, având în vedere că stimulentele financiare de unele singure, sunt rareori suficiente pentru a îmbunătăți recrutarea și menținerea profesioniștilor în zonele rurale;

4. Îmbunătățirea accesibilității medicinei de familie în zonele rurale, defavorizate sau greu accesibile, prin stimularea implicării autorităților locale în zonele slab deservite, introducerea și monitorizarea stimulentei financiare și non - financiare pentru stabilirea practicii în mediul rural;

5. Motivarea absolvenților universităților de medicină în sensul de a opta pentru această specialitate și de a o practica mai ales în mediul rural, prin acordarea de facilități necesare instalării acestora în zone din mediul rural și dotării cabinetelor cu aparatura strict necesară desfășurării în condiții optime a activității de medicină de familie;

6. Promovarea studiilor în medicina de familie pentru studenții din mediul rural, prin acordarea de burse;

7. Organizarea de stagii de practică în mediul rural pentru studenții și medicii rezidenți în medicina de familie;

8. Implicarea direcțiilor de sănătate publică/autorităților publice locale/caselor de sănătate județene în atragerea studenților/tinerilor să practice medicina de familie în mediul rural;

9. Simplificarea procedurii de accesare a fondurilor europene prin stabilirea unor condiții minime pentru medicii de familie care vor să își deschidă un cabinet în mediul rural, inclusiv pentru achiziționarea unei locuințe;

10. Asigurarea suportului necesar pentru întocmirea proiectelor de accesare a fondurilor europene. Crearea unor proceduri simplificate prin care două sau mai multe cabinete se pot asocia în vederea accesării fondurilor necesare echipării cu tehnică/aparatură de investigație (electrocardiograf, ecograf portabil, autoclave, mobilier, aparatură și materiale specifice efectuării testului Babeș-Papanicolau etc.), echipamente și dispozitive medicale specifice investigațiilor de medicină primară și păstrării în condiții corespunzătoare a medicației, inclusiv a vaccinurilor.