

AVOCATUL POPORULUI



RAPORT SPECIAL

**PREVENȚIE ȘI INFORMARE
ÎN DOMENIUL MEDICAL DIN ROMÂNIA**

București, 2022

CUPRINS

Introducere	4
CAPITOLUL 1. ROLUL MEDICILOR DE FAMILIE	6
1.1 Cadrul legislativ, organizare si funcționare	6
1.2. Serviciile medicale de prevenție	6
1.3. Concluzii	9
1.4. Propuneri.....	10
CAPITOLUL 2. ROLUL ASISTENȚILOR MEDICALI COMUNITARI ȘI A MEDIATORILOR SANITARI.....	12
2.1. Cadrul legislativ incident	12
2.2. Organizarea și finanțarea sistemului de asistență medicală comunitară	12
2.3. Finanțarea cheltuielilor de personal pentru asistenții medicali comunitari și mediatorii sanitari	13
2.4. Principalii beneficiari ai serviciilor de asistență medicală comunitară	15
2.5. Probleme semnalate în realizarea serviciilor de asistență medicală comunitară.....	17
2.6. Modalitățile și activitățile realizate în privința coordonării tehnice și metodologice, monitorizarea, evaluarea și controlul activității rețelei de asistență medicală comunitară	17
2.7. Concluzii.....	19
2.8. Propuneri.....	20
CAPITOLUL 3. DEFICIENȚE IDENTIFICATE ÎN PRIVIINȚA ACCESIBILITĂȚII ANALIZELOR MEDICALE DECONTATE DE CNAS	21
3.1 Noțiuni introductive	21
3.2 Descrierea modului de funcționare a mecanismului de acordare a analizelor medicale gratuite	23
3.3 Perspective avute în vedere de autoritățile și instituțiile publice responsabile cu privire la mecanismul acordării pachetului de analize gratuite	24
3.4 Consimțământul liber și informat al pacientului.....	26
3.5 Deficiențe identificate	28
3.6 Propuneri pentru sporirea accesibilității pachetului de analize gratuite.....	28
CAPITOLUL 4. PROGRAME NAȚIONALE DE SĂNĂTATE.....	31
4.1 Cadrul legislativ aplicabil	31
4.2 Deficiențe identificate	34
4.3 Propuneri.....	42
CAPITOLUL 5. EDUCAȚIA MEDICALĂ ȘI PREVENȚIA ÎN ȘCOLI.....	43
CAPITOLUL 6. INFORMAREA PUBLICULUI PRIN MASS-MEDIA	46
6.1 Regimul juridic al reclamelor	46
6.2 Cadrul legal referitor la suplimentele alimentare	49
6.3 Deficiențe semnalate în presă.....	50

6.4 Demersuri întreprinse de Avocatul Poporului la autoritățile competente	51
6.5 Concluzii și propuneri	53
CAPITOLUL 7. PRINCIPALELE PROPUNERI FORMULATE DE AVOCATUL POPORULUI PRIN INTERMEDIUL RAPORTULUI SPECIAL	54
Bibliografie	57

Introducere

Instituția Avocatul Poporului, ca autoritate publică autonomă și independentă față de orice altă autoritate publică, având drept scop apărarea drepturilor și libertăților persoanelor fizice în raporturile acestora cu autoritățile publice, consideră necesară analizarea importanței luării de măsuri de către autoritățile și instituțiile responsabile, în vederea sporirii accesibilității serviciilor medicale preventive, dar și a îmbunătățirii educației în materie sanitară.

Dorim să nuanțăm, în acest context, faptul că nu există un drept la sănătate, însă legea fundamentală garantează un drept la ocrotirea sănătății, care presupune obligația inerentă a statului de a lua măsuri pentru asigurarea igienei și a sănătății publice, așa cum se arată în alin. (1) și (2) din Constituția României. Cetățenii au dreptul la „asistență medicală în unitățile sanitare de stat”, așa cum prevede art. 47 alin. (2) privind nivelul de trai din Constituția României. Un nivel de trai decent implică servicii medicale de calitate și accesibile cetățeanului. În acest context, demersurile statului în vederea prevenirii îmbolnăvirilor reprezintă un punct esențial în păstrarea sănătății publice, iar modul în care aceste demersuri sunt implementate are un impact asupra nivelului de trai din România. Accesibilitatea serviciilor medicale de prevenție este esențială din perspectiva obligației statului de a asigura ocrotirea sănătății publice și atrage după sine atât îmbunătățirea stării generale de sănătate a populației, cât și reducerea costurilor aferente tratamentelor medicale.

Prezentul raport special fost elaborat în urma înregistrării la nivelul instituției Avocatul Poporului, a numeroase sesizări din partea pacienților, persoanelor apropiate acestora, dar și din partea medicilor, atât pe parcursul stării de urgență sau de alertă, instituite în contextul pandemiei de COVID-19, cât și ulterior. Prin intermediul acestor petiții s-a constatat dificultatea accesării serviciului de ocrotire a sănătății și chiar, în anumite situații, imposibilitatea de a beneficia de servicii preventive, menite să preîntâmpine îmbolnăvirile.

Astfel, numeroase persoane s-au confruntat în perioada pandemiei, și nu numai, cu imposibilitatea efectuării investigațiilor medicale necesare în timp util, impedimente care au dus deseori la înrăutățirea stării lor de sănătate. Totodată, accesul pacienților la serviciile de sănătate preventive a cunoscut anumite limitări cauzate de diferite deficiențe care au intervenit în ceea ce privește funcționalitatea sistemului de ocrotire a sănătății, cum ar fi lipsa medicilor de familie.

Așadar, scopul raportului special este acela de a identifica modul în care autoritățile și instituțiile competente vin în sprijinul persoanelor, în sensul obținerii unei îmbunătățiri a stării de sănătate a populației, prin luarea de măsuri pentru prevenirea bolilor, prin asigurarea unor servicii medicale de prevenție de calitate și ușor accesibile pentru toți, dar și promovarea unui mod de viață sănătos.

În cuprinsul raportului, am nuanțat aspecte privind programele de screening și programele naționale de sănătate, importanța activității medicilor de familie și mediatorilor sanitari, necesitatea luării unor măsuri pentru dezvoltarea serviciului gratuit de analize medicale și sporirea accesibilității la acesta, importanța existenței unui consimțământ liber și informat al pacientului pentru orice tip de intervenție medicală, inclusiv pentru efectuarea analizelor medicale, precum și rolul de bază al educației medicale și al promovării unui stil de viață sănătos prin sistemul național de educație și prin mass-media.

În ceea ce privește metodologia de lucru utilizată, s-au efectuat următoarele tipuri de demersuri:

- analiză legislativă a reglementărilor incidente, inclusiv prin examinarea unor lacune ale legislației;
- analiza unor date statistice și rapoarte elaborate de instituții publice și ONG-uri;
- analiză resurse publice precum: documente, rapoarte, studii științifice, declarații făcute de reprezentanți ai autorităților publice în presă etc.;
- analiza petițiilor și sesizărilor primite de la cetățeni;
- corespondență cu autoritățile și instituțiile publice competente în materie de sănătate;
- analiză și corelare a datelor obținute prin metodele enumerate.

CAPITOLUL 1. ROLUL MEDICILOR DE FAMILIE

1.1 Cadrul legislativ, organizare si funcționare

Dreptul la ocrotirea sănătății este un drept fundamental, garantat, potrivit **art. 34 din Constituția României**, statul având obligația de a lua măsuri prin instituirea unor norme care să asigure sănătatea publică, prin asigurarea unui cadru de organizare al asistenței medicale corespunzător, precum și prin măsuri de protecție stabilite potrivit legii. **Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată**, constituie cadrul general de reglementare în domeniului sănătății publice, obiectiv de interes social major. Potrivit art. 3 din legea mai sus menționată, protecția sănătății publice constituie o obligație a autorităților administrației publice centrale și locale, precum și a tuturor persoanelor fizice și juridice, iar unul din principiile care stau la baza asistenței de sănătate publică este prevenirea primară. Asistența medicală primară este asigurată prin serviciile de medicină de familie și cuprinde furnizarea îngrijirilor de sănătate de prim-contact, indiferent de natura problemei de sănătate, în contextul unei relații continue cu pacienții, în prezența bolii sau în absența acesteia și este asigurată de medicii de familie. Medicii de familie acordă îngrijiri persoanelor în contextul familiei și, respectiv, familiilor în cadrul comunității, fără discriminare. Medicii de medicină generală furnizează servicii de asistență medicală primară în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, activitatea acestora desfășurându-se în cabinete de medicină de familie și centre de permanență înființate în condițiile legii. Cadrul legislativ actual prevede că medicii de familie pot desfășura, în cadrul cabinetelor de medicină de familie, activități specifice asistenței medicale primare, inclusiv activități de medicină preventivă. Organizarea și funcționarea cabinetelor medicale este reglementată prin Ordonanța Guvernului nr. 124 din 29 august 1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale și Normele metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobate prin Ordinul nr. 153 din 26 februarie 2003, emise de Ministrul Sănătății.

1.2. Serviciile medicale de prevenție

Printre serviciile medicale esențiale, stabilite prin Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, se numără și **serviciile medicale preventive**, precum imunizări, monitorizarea evoluției sarcinii și lăuziei, depistare activă a riscului de îmbolnăvire pentru afecțiuni selecționate conform dovezilor științifice, supraveghere medicală activă, la adulți și copii asimptomatici cu risc normal sau ridicat, pe grupe de vârstă și sex. Una din sursele de finanțare a cabinetelor de medicină de familie este asigurată prin contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate din cadrul sistemului de asigurări de sociale de sănătate, în condițiile Contractului-cadru, în cadrul căruia sunt prevăzute pachete de servicii, acesta fiind aprobat anual prin hotărâre de guvern și se aplică în baza unor norme metodologice de aplicare¹. **Serviciile de prevenție sunt incluse în pachetul minimal de servicii medicale în asistență primară și în pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală primară.**

¹ **Hotărârea Guvernului nr. 696/2021** pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului - cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022 și **Ordinului nr. 1068/627/2021 din 29 iunie 2021** privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022

Prevenția se referă la orice tip de activitate care contribuie la menținerea stării de sănătate, reducerea riscului îmbolnăvirii și a mortalității prin preîntâmpinarea apariției bolilor prin măsuri aplicate mediului și individului sau acțiuni de identificare și tratare a persoanelor asimptomatice sau presimptomatice și reducerea impactului negativ al bolii asupra organismului și prevenirea complicațiilor. Așadar, medicina preventivă are ca principală premisă păstrarea sănătății din punctul de vedere al faptului că este mai puțin costisitor să eviți boala decât să o tratezi odată ce apare.

Trebuie subliniat faptul că începând cu luna iulie 2021, investigațiile recomandate de medicul de familie în cadrul consultațiilor de prevenție, acordate pentru toate categoriile de vârstă, se decontează din fondul alocat de casele de asigurări de sănătate pentru investigații paraclinice, prin intermediul contractelor încheiate cu furnizorii de servicii paraclinice, în limita valorilor de contract. Excepție fac investigațiile recomandate de medicul de familie în cadrul consultațiilor de prevenție efectuate asiguraților din lista proprie cu vârsta de peste 40 de ani, care pot fi acordate de furnizorii de servicii paraclinice și peste valoarea de contract, în limita fondurilor alocate asistenței medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialități paraclinice. Astfel, în situația în care fondurile alocate de casa de asigurări de sănătate au fost epuizate la momentul în care asiguratul solicită acordarea serviciilor recomandate, acesta va beneficia de investigații, urmând ca furnizorul să primească ulterior contravaloarea lor, peste valoarea de contract, prin încheierea unui act adițional, în baza documentelor care justifică acordarea investigațiilor recomandate de medicul de familie pentru evaluarea stării de sănătate a asiguratului asimptomatic cu vârsta de peste 40 de ani².

Referitor la serviciile de prevenție realizate de către medicii de familie în anul 2021, potrivit informațiilor comunicate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin adresa nr. P3227/04.07.2022, situația se prezintă astfel:

Numărul de servicii de prevenție acordate în cabinetele medicilor de familie și decontările serviciilor de prevenție către medicii de familie, în anul 2021:

Nr. crt.	CAS	Număr servicii prevenție 2021	Decontare servicii prevenție (lei) 2021
1	ALBA	157	2.137
2	ARAD	368	6.872
3	ARGEȘ	27	443
4	BACĂU	327	5.891
5	BIHOR	220	2.984
6	BISTRIȚA	23	193
7	BOTOȘANI	228	2.599
8	BRAȘOV	95	1.136
9	BRĂILA	42	693
10	BUZĂU	45	404
11	CARAȘ-SEVERIN	18	96
12	CĂLĂRAȘI	23	308

² art. 2 alin. (4) din Anexa 18 la Ordinul ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021—2022

13	CLUJ	142	1.097
14	CONSTANȚA	1.142	20.829
15	COVASNA	55	173
16	DAMBOVIȚA	78	1.251
17	DOLJ	162	2.387
18	GALAȚI	113	2.041
19	GIURGIU	14	173
20	GORJ	95	943
21	HARGHITA	53	789
22	HUNEDOARA	57	809
23	IALOMIȚA	68	1.174
24	IAȘI	615	11.146
25	ILFOV	141	2.021
26	MARAMUREȘ	105	1.617
27	MEHEDINȚI	46	866
28	MUREȘ	47	327
29	NEAMȚ	361	6.353
30	OLT	31	424
31	PRAHOVA	390	6.083
32	SATU MARE	224	1.733
33	SĂLAJ	58	424
34	SIBIU	204	2.560
35	SUCEAVA	40	231
36	TELEORMAN	25	289
37	TIMIȘ	140	2.368
38	TULCEA	62	943
39	VASLUI	149	2.349
40	VÂLCEA	103	1.598
41	VRANCEA	11	58
42	BUCUREȘTI	779	12.205
43	AOPSNAJ	40.345	408.063
TOTAL		47.428	517.080

CNAS ne-a mai comunicat faptul că, potrivit dispozițiilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, **asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii sănătății populației** care asigură accesul la un pachet de servicii de bază pentru asigurați, iar obiectivele primordiale ale sistemului de asigurări sociale de sănătate urmăresc protejarea asiguraților față de costurile serviciilor medicale în caz de boală sau accident și asigurarea protecției asiguraților în mod universal, echitabil și nediscriminatoriu, în condițiile utilizării eficiente a Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate. În aplicarea dispozițiilor mai sus enunțate, prevederile Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de

asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022³, cuprind reglementări bazate pe principiile promovate activ la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate precum transparența, predictibilitatea și performanța, urmărind îndeosebi orientarea spre beneficiarii sistemului de sănătate. În completarea celor mai sus evidențiate, propunerile, sugestiile sau opiniile cu valoare de recomandare în procesul de elaborare a actelor normative, mai sus enunțate, au fost analizate, discutate și negociate la întâlnirile organizate de către instituțiile abilitate, în strictă corelație cu Fondurile aprobate prin Legea nr. 15/2021 privind bugetul de stat pe anul 2021 pentru domeniile de asistență medicală, respectiv Legea nr. 317/2021 privind bugetul de stat pe anul 2022⁴ iar suma alocată pentru finanțarea asistenței medicale primare a fost stabilită pe baza obiectivelor politicii naționale de sănătate publică, așa cum sunt reglementate la art. 86 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

În contextul celor mai sus enunțate, Casa Națională de Asigurări de Sănătate a avut în vedere la elaborarea actelor normative, creșterea accesului asiguraților la servicii medicale furnizate prin pachetele de servicii, claritatea reglementărilor, obligațiilor și condițiilor contractuale, simplificarea procesului de contractare și reducerea birocrăției, astfel încât nivelul decontării să respecte proporționalitatea nevoii de îngrijiri corespunzătoare diferitelor grupe de vârstă și gen. Pentru a veni în sprijinul asiguraților, reglementările din actele normative mai sus menționate, evidențiate în cadrul asistenței medicale primare au ca scop asigurarea unui acces mai bun la serviciile medicale de prevenție, având în vedere că prevenția este cea mai înțeleaptă cale prin care se poate contribui constant în menținerea unei stări generale de bine și în prevenirea instalării bolilor, astfel: în cadrul pachetului minimal de servicii medicale în asistența medicală primară sunt evidențiate consultațiile preventive pentru persoanele în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate, consultații ce se acordă o dată la 3 ani și cuprinde: consultație (anamneză, examen obiectiv, diagnostic); recomandare pentru examene paraclinice pentru încadrarea într-o grupă de risc; sfat medical, recomandări regim igienico-dietetic.

1.3. Concluzii

Din răspunsurile comunicate de entitățile la care s-au efectuat demersuri, în vederea clarificării unor aspecte legate de asigurarea serviciilor medicale de prevenție, prin intermediul medicilor de familie, precum și din cazuistica instituției Avocatul Poporului, rezultă:

a) În principal:

- o legislație neadecvată realității de fapt existente pe teritoriul României;
- o lipsă de colaborare reală/eficientă între instituțiile cu atribuții în materie.

b) În subsidiar, din Raportul Special al Avocatului Poporului privind lipsa medicilor de familie în zona rurală și din zonele defavorizate sau greu accesibile⁵ se pot reține următoarele aspecte:

³ aprobat prin Hotărârea de Guvern nr. 696/2021, cu modificările și completările ulterioare, cât și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021, cu modificările și completările ulterioare

⁴ *Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 955/181/2022 pentru modificarea și completarea prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 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 2021 – 2022, precum și prelungirea aplicării prevederilor acestuia*

⁵ <https://avp.ro/wp-content/uploads/2021/04/Raport-special-privind-lipsa-medicilor-de-familie-din-zona-rurala-si-din-zonele-defavorizate-sau-greu-accesibile.pdf>

- există localități (în mediul rural) care nu au un medic de familie, iar lipsa cadrelor medicale în mediul rural a condus la închiderea mai multor cabinete
- deși la nivel teoretic, există o Strategie națională de sănătate, în vederea optimizării resurselor umane din sănătate, această strategie nu a dat rezultatele scontate
- neimplicarea autorităților locale în vederea asigurării unor facilități medicilor care aleg zonele rurale sau zonele cu populație vulnerabilă, uneori din lipsă de interes, alteori din perspectiva neputinței atragerii medicilor de familie, din motive financiare sau de așezare geografică a localității;
- lipsa de cooperare a autorităților locale/instituțiile județene sau centrale în privința asigurării serviciilor de prevenție;
- necesitatea unei alocări bugetare mai mare pentru medicina de familie și pentru medicina de prevenție⁶.

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.

Acest aspect creează probleme în transpunerea în practică a prevederilor 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. Prevenția poate contribui semnificativ la rezolvarea problemelor de sănătate ale populației (cu precădere în rândul persoanelor vulnerabile) și implicit la reducerea costurilor necesare pentru investigarea și tratarea unor problema de sănătate diagnosticate târziu.

1.4. 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, reiterăm unele dintre propunerile formulate în cadrul **Raportului Special al Avocatului Poporului privind lipsa medicilor de familie în zona rurală și din zonele defavorizate sau greu accesibile**, publicat în anul 2021 de instituția Avocatul Poporului:

- Stabilirea 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
- Introducerea 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
- 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

⁶ <https://avp.ro/wp-content/uploads/2021/04/Raport-special-privind-lipsa-medicilor-de-familie-din-zona-rurala-si-din-zonele-defavorizate-sau-greu-accesibile.pdf>

financiare de unele singure, sunt rareori suficiente pentru a îmbunătăți recrutarea și menținerea profesioniștilor în zonele rurale;

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

În ceea ce privește implementarea prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 196/2020 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, referitoare la telemedicină, nuanțăm următoarele propuneri:

- Este necesară **implicarea activă a medicilor de familie în ceea ce privește implementarea telemedicinii și aplicarea sa în toate cazurile în care este posibil și oportun**, inclusiv atunci când pacientul necesită anumite documente medicale și se află în imposibilitate de a se deplasa la cabinet spre a le ridica sau din pricina stării de sănătate este preferabil ca pacientul să nu se deplaseze (ex.: rețete, concedii medicale, adeverințe medicale etc.). În astfel de cazuri, este foarte important ca pacientul să aibă posibilitatea de a contacta medicul de familie telefonic sau prin e-mail, care la rândul său să aibă posibilitatea transmiterii documentelor necesare pacientului în format electronic.

- **Aplicarea telemedicinii și în ceea ce privește educația asupra sănătății realizată de medicul de familie** (transmiterea informațiilor utile pacientului telefonic sau prin e-mail). Mecanismul prezintă utilitate inclusiv din perspectiva evitării aglomerării cabinetelor de medicină de familie, așa cum deseori se întâmplă în prezent.

- Pot prezenta utilitate, din această perspectivă, **sprijinul tehnic și instruirea medicilor de familie în sensul aplicării telemedicinii**.

CAPITOLUL 2.

ROLUL ASISTENȚILOR MEDICALI COMUNITARI ȘI AL MEDIATORILOR SANITARI

La nivelul asistenței medicale primare, alături de medicii de familie funcționează **serviciile de asistență medicală comunitară** organizate la nivelul autorităților publice locale, în principal în localitățile cu populație vulnerabilă. Aceste servicii **sunt asigurate de asistenții medicali comunitari și de mediatorii sanitari**, care reprezintă un pilon important al îngrijirilor primare, combinând serviciile medicale cu cele de prevenție, promovarea sănătății și educație pentru sănătate, pentru o întreagă comunitate și are în vedere accesul la serviciile de sănătate.

După 1990, reforma asistenței medicale primare a transferat către noul furnizor de asistență medicală primară (medicul de familie) responsabilitatea sănătății membrilor comunității. Au fost reglementate profesiile de **asistent medical comunitar** (cu pregătire medicală la bază) și cea de **mediator sanitar pentru comunitățile de romi** (fără pregătire medicală, dar aparținând comunității unde își exercită profesia și primind instruire pentru a furniza educație favorabilă sănătății și pentru a facilita accesul populației de etnie romă la servicii de sănătate).

Introducerea sistemului de asigurări sociale de sănătate a accentuat inechitățile de acces la servicii de sănătate, în special în rândul populației din mediul rural și a grupurilor vulnerabile, fără asigurare de sănătate.

2.1. Cadrul legislativ incident

- Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 18/2017 privind asistența medicală comunitară aprobată prin Legea nr. 180/2017, cu modificări și completări ulterioare;
- Hotărârea de Guvern nr. 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară;
- Hotărârea de Guvern nr. 459/2010 pentru aprobarea standardului de cost/an pentru servicii acordate în unitățile medico-sociale și a unor normative privind personalul din unitățile de asistență medico-socială și personalul care desfășoară activități de asistență medicală comunitară, cu modificări și completări ulterioare.

2.2. Organizarea și finanțarea sistemului de asistență medicală comunitară

Conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 18/2017 și Hotărârii de Guvern nr. 324/2019, **asistența medicală comunitară este organizată în structura unităților administrativ-teritoriale și finanțată majoritar de la bugetul de stat, prin intermediul Ministerului Sănătății**. La nivelul Ministerului Sănătății există Unitatea de Incluziune Socială cu un coordonator național al activității de asistență medicală comunitară. La nivelul Direcțiilor de Sănătate Publică județene există un compartiment al comunităților la risc care au desemnat un coordonator județean al activității de asistență medicală comunitară (subdimensionarea acestui compartiment din punct de vedere al personalului, în multe județe lucrând o singură persoană care mai are și alte atribuții, sau există DSP județene în care acest compartiment nu există deloc în structura organizațională).

La nivelul unităților teritoriale administrative/subdiviziune administrativ teritorială (UAT/SAT), personalul din asistența medicală comunitară (medic, asistent medical comunitar, moașă și mediator sanitar) se regăsește în organigramă, după cum urmează:

- (a) în serviciul public de asistență socială;

- (b) în compartimentul de asistență medicală comunitară din cadrul autorităților administrației publice locale;
- (c) în centre comunitare integrate înființate prin hotărâri ale autorităților deliberative ale administrației publice locale;
- (d) în aparatul de specialitate al primarului.

Conform prevederilor legislației în vigoare, există și posibilitatea de contractare a serviciilor de asistență medicală comunitară de către furnizori privați autorizați, acreditați sau licențiați conform reglementărilor în vigoare.

Asistența medicală comunitară este coordonată tehnic și metodologic de către Ministerul Sănătății, prin structurile sale deconcentrate din teritoriu, respectiv Direcțiile de Sănătate Publică județene și a municipiului București. Direcțiile de Sănătate Publică județene, împreună cu autoritățile administrației publice locale sunt responsabile de monitorizarea și evaluarea activității de asistență medicală comunitară. Ministerul Sănătății monitorizează, analizează și evaluează periodic și ori de câte ori este nevoie serviciile furnizate în asistența medicală comunitară, prin intermediul DSP, pentru evaluarea eficienței și eficacității acestor servicii. Scopul acestor evaluări este acela de a adapta activitatea de asistență medicală comunitară la nevoile de sănătate ale membrilor comunității, în special cele ale persoanelor vulnerabile, pentru îmbunătățirea accesului la servicii de sănătate și a indicatorilor stării de sănătate a acestora. Ministerul Sănătății exercită controlul privind respectarea legislației specifice organizării, funcționării și finanțării activității de asistență medicală comunitară.

Datele activității personalului din asistența medicală comunitară sunt raportate în aplicația funcțională a Ministerului Sănătății AMCMSR.gov.ro, cu asigurarea protecției datelor personale și a celor medicale, conform legislației în vigoare. Prin dezvoltarea aplicației online funcționale cu numele de subdomeniu AMCMSR.gov.ro, Ministerul Sănătății are un instrument standardizat de culegere de date, analiză, planificare, monitorizare și evaluare a serviciilor de asistență medicală comunitară la nivel național și de intervenție în timp real în cazul identificării situațiilor medico-sociale cu risc major. Aplicația permite analiza indicatorilor atât pe fiecare localitate în parte, pe județ, cât și la nivel național. În prezent, raportarea în aplicația ministerului este ca urmare a prevederilor H.G. nr. 324/2019. Prin analiza indicatorilor calculați pe baza datelor culese și din componenta de diagnoză comunitară din cadrul aplicației, se poate obține urmărirea și realizarea în timp util a monitorizării, evaluării și controlului activității personalului din asistența medicală comunitară cu scopul îmbunătățirii indicatorilor stării de sănătate a grupurilor populației vulnerabile. Catastrifierea populației (actualizată lunar) și raportarea activității personalului din asistența medicală comunitară se realizează prin aplicația AMCMSR.gov.ro.⁷

2.3. Finanțarea cheltuielilor de personal pentru asistenții medicali comunitari și mediatorii sanitari

Finanțarea cheltuielilor de personal pentru asistenții medicali comunitari și mediatorii sanitari care își desfășoară activitatea potrivit prevederilor O.U.G. nr.18/2017, precum și a cheltuielilor determinate de aplicarea standardelor minime de dotare, se asigură **din transferuri de la bugetul de stat către bugetele locale, prin bugetul Ministerului Sănătății**, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație și a normativului de personal aprobat prin Hotărârea de Guvern nr. 459/2010 pentru aprobarea standardului de cost/ an pentru servicii acordate în unitățile de asistență medico-sociale și a unor normative privind personalul din

⁷ <http://proiect-pdp1.insp.gov.ro/wp-content/uploads/2021/10/Studiu-caz-Romania.pdf>

unitățile de asistență medico-socială și personalul care desfășoară activități de asistență medicală comunitară, cu modificările ulterioare.

Acolo unde este posibil, la nivelul unităților teritorial administrative finanțarea resursei umane **se poate asigura din bugetul local** dacă unitățile/subdiviziunile administrației teritoriale asigură din venituri proprii finanțarea posturilor noi din asistența medicală comunitară. De asemenea, **finanțarea resursei umane și a truselor de urgență se poate realiza și din proiecte cu finanțare din fonduri externe nerambursabile și, după caz, alte fonduri legal constituite în acest sens**⁸.

Finanțarea resursei umane a personalului din asistență medicală comunitară, se realizează din bugetul de stat pentru personalul angajat până la nivelul anului 2016. Ulterior anului 2016, singura finanțare suplimentară obținută este de la bugetul local și cea pentru asistenții medicali comunitari și mediatori sanitari din cadrul proiectului POCU 122607 cu titlul „Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”, implementat în parteneriat cu Ministerul Muncii și Justiției Sociale, în calitate de lider de Proiect, Ministerul Educației Naționale, în calitate de partener 1 și Ministerul Sănătății în calitate de partener 2 (derulat în perioada 12 septembrie 2018 – 11 ianuarie 2022).

Acest aspect a fost analizat de instituția Avocatul Poporului în cadrul sesizării din oficiu nr. 6371/2020. Ca răspuns la demersurile întreprinse în cadrul acestei sesizări din oficiu, Ministerul Sănătății a precizat că pentru elaborarea documentelor necesare pentru dezvoltarea activității de asistență medicală comunitară și a centrelor comunitare integrate, potrivit Acordului de împrumut⁹, Împrumut nr. 9005-RO dintre România și BIRD, ratificat prin Legea nr. 1/2021¹⁰ și Deciziei de punere în aplicare a Consiliului de aprobare a evaluării planului de redresare și reziliență al României, dar ținând cont de faptul că Unitatea de incluziune socială din cadrul Ministerului Sănătății nu are personal de specialitate care să elaboreze propunerile de acte normative, strategii, ghiduri, protocoale, analize de resursă umană și financiară, ci doar o singură persoană specializată în domeniul asistenței medicale comunitare și a centrelor comunitare, este nevoie de un grup format din diferiți specialiști din instituții/organizații care au derulat și/sau derulează activități în domeniu prin diferite finanțări de la bugetul de stat, bugetul local sau alte fonduri destinate în acest sens.

În acest sens, Avocatul Poporului a emis Recomandarea nr. 160 din 24 septembrie 2020, către ministrul sănătății, iar în răspunsul transmis de Ministerul Sănătății cu privire la însușirea Recomandării nr. 160/2020 (prin adresa nr. AR.2159 din 11.03.2022), s-a menționat faptul că Ordinul privind aprobarea înființării Grupului tehnic de lucru privind dezvoltarea activității de asistență medicală comunitară și a centrelor comunitare integrate se afla în curs de avizare internă.

⁸ <http://proiect-pdp1.insp.gov.ro/wp-content/uploads/2021/10/Studiu-caz-Romania.pdf>

În anul 2021 finanțarea activității celor 1791 de asistenți medicali comunitari provenea din următoarele surse:
- pentru 1599 (338 urban, 1261 rural) de la bugetul de stat prin Ministerul Sănătății, pentru 118 (3 urban, 108 rural) din proiectul POCU „Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”, pentru 81 (18 urban, 63 rural) de la bugetele locale și 4 asistenți medicali erau plătiți de către UNICEF.

Finanțarea activității celor 463 mediatori sanitari provine din următoarele surse: pentru 447 (191 urban, 260 rural) de la bugetul de stat prin Ministerul Sănătății, pentru 9 (rural) din proiectul POCU „Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale” și pentru 7 (4 urban, 3 rural) de la bugetele locale.

⁹ Programul pe bază de rezultate în sectorul sanitar din România

¹⁰ Legea nr. 1 din 4 ianuarie 2021 pentru ratificarea Acordului de împrumut (Program pe bază de rezultate în sectorul sanitar din România) dintre România și Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare, semnat la New York la 23 septembrie 2019, amendat și actualizat prin Scrisoarea semnată între România și Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare București la 31 iulie 2020 și la 26 august 2020;

Urmare anchetei efectuate de reprezentanții instituției Avocatul Poporului la Ministerul Sănătății, în data de 5 aprilie 2022, Direcția Generală de Asistență Medicală, Medicină de Urgență și Programe de Sănătate Publică, Serviciul de Asistență Medicală și Planificare Strategică a precizat că a fost aprobat Ordinul ministrului sănătății nr. 824/16.03.2022, iar la momentul verificărilor **se lucra la definitivarea proiectului de ordin comun a Modelului de protocol-cadru de colaborare între unitatea/subdiviziunea administrativ teritorială și medicii de familie** (potrivit H.G. nr. 234/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară acesta este un ordin comun al Ministerului Sănătății și Ministerului Dezvoltării Lucrărilor Publice și Administrației).

2.4. Principalii beneficiari ai serviciilor de asistență medicală comunitară

Principalii beneficiari ai serviciilor de asistență medicală comunitară sunt persoanele vulnerabile din cadrul comunităților (persoanele vulnerabile sunt cele care îndeplinesc criteriile medicale sau sociale, persoanele de etnie romă și în mod special populația din mediul rural). Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 18/2017 privind asistența medicală comunitară definește categoriile de persoane vulnerabile astfel: a) cu nivel economic sub pragul sărăciei; b) în șomaj; c) cu nivel de educație scăzut; d) cu dizabilități; e) cu boli cronice; f) cu boli aflate în faze terminale, care necesită tratamente paliative; g) femei gravide; h) vârstnici; i) copii și tineri sub 18 ani; j) copii care fac parte din familii monoparentale; k) persoane la risc de excluziune socială; l) alte categorii identificate la nivelul comunității ca fiind vulnerabile din punct de vedere medical sau social. Așadar, **principiul care a stat la baza dezvoltării asistenței medicale comunitare a vizat deservirea, cu precădere a populațiilor considerate vulnerabile.**

Asistența medicală comunitară, astfel cum este definită la articolul 4 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 162/2008 cuprinde programe, activități și servicii medicale, furnizate în sistem integrat cu serviciile sociale, adresate persoanelor dintr-o comunitate. Aceasta are ca scop asigurarea furnizării de servicii integrate, medicale și sociale, flexibile și adecvate nevoilor beneficiarilor, acordate în mediul în care aceștia trăiesc prin utilizarea eficientă a serviciilor acordate în cadrul pachetului de bază, punerea accentului pe prevenție și continuitate a serviciilor.

Rolul asistențelor comunitare este acela de catagrafiere medicală a populației în vederea identificării persoanelor neînscrise pe listele medicilor de familie, în special a femeilor gravide și a copiilor. De asemenea, prin consilierea oferită familiilor și mai ales femeii gravide se urmărește scăderea numărului de copii abandonați. Scopul prezenței acestor asistenți în comunități este ameliorarea stării de sănătate a acestora, prin îmbunătățirea accesului la servicii de sănătate și servicii sociale, prin schimbarea atitudinii populației de a fi responsabilă de propria sănătate și prin creșterea responsabilității comunității față de nevoile populației marginalizate.

Mediatorul sanitar comunitar provine din comunitățile de rromi și are rolul de a facilita accesul populației de această etnie la serviciile preventive și curative, de a furniza informații privind modalitatea dobândirii calității de asigurat în sistemul asigurărilor de sănătate, precum și noțiuni de prim ajutor, conform reglementărilor referitoare la educația civică din domeniu. Programele cu finanțare europeană, norvegiană și elvețiană au oferit oportunitatea Ministerului Sănătății, Institutului Național de Sănătate Publică și organizațiilor nonguvernamentale să răspundă nevoilor de sănătate a populațiilor vulnerabile prin intervenții în comunitate.

Prin Hotărârea de Guvern nr. 324/2019, au fost aprobate Normele metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară, în contextul dezvoltării rețelei de asistență medicală comunitară, în

conformitate cu Programul de Guvernare. Prin acest act, se mai reglementează și normarea și condițiile specifice de ocupare a posturilor de către asistentul medical comunitar și mediatorul sanitar, dar și organizarea, funcționarea și finanțarea centrelor comunitare integrate și raportarea și înregistrarea activității de asistență medicală comunitară.

Pentru a aduce serviciile de sănătate mai aproape de comunitățile vulnerabile cu nevoi mari de sănătate, **Strategia națională de sănătate 2014-2020 a stabilit printre obiectivele prioritare, înființarea centrelor comunitare integrate**¹¹. Strategia propunea evaluarea sistematică a nevoilor populației vulnerabile pentru crearea unor pachete integrate de servicii (sociale, de sănătate, educaționale, angajare în câmpul muncii și de locuit).

Înființarea efectivă a centrelor comunitare integrate rămâne o provocare, din multe puncte de vedere. Responsabilitatea exclusivă a înființării și finanțării centrelor comunitare integrate, cu sau fără personalitate juridică, aparține autorităților publice locale cu excepția asigurării resursei umane din asistența medicală comunitară asigurată de la bugetul de stat și a personalului medical care va desfășura servicii specializate în contract cu CNAS. Cu cât o comunitate este mai săracă, cu atât mai dificilă este asigurarea sustenabilității pe termen lung a unui centru comunitar integrat, a cheltuielilor de funcționare, după finalizarea proiectelor care asigură uneori reabilitarea spațiilor, achiziția de bunuri și echipamente necesare, și a personalului.

Înființarea unui centru comunitar integrat nu este simplă, nici autorizarea și acreditarea serviciilor furnizate în sistem integrat. Serviciile de sănătate, sociale și educaționale furnizate în comunitate se găsesc la intersecția sistemelor verticale (sănătate, muncă și protecție socială, educație), dar în responsabilitatea autorităților locale care funcționează și ele conform legislației administrației publice locale¹².

¹¹ <https://www.ms.ro/strategia-nationala-de-sanatate-2014-2020/>

¹² Legislația privind asistența medicală comunitară solicită existența unui număr minim de spații (șase încăperi), și a personalului social cu studii superioare (asistent social), în contextul în care la nivel național numărul de asistenți sociali din mediul rural este extrem de redus, iar lucrătorii/referenții sociali din rural sunt/pot fi beneficiari de cursuri de competențe, pe lângă experiența și buna cunoaștere a beneficiarilor.

Și impunerea unui număr minim de spații, deși poate fi considerat benefic din perspectiva integrării serviciilor furnizate în comunitate, poate aduce dificultăți în înființarea unui CCI, sau, la limită, poate crea probleme legislative centrelor comunitare înființate anterior anului 2019 (de exemplu cele care funcționează în sistem modular/container). De exemplu, sunt comune cu populație îmbătrânită, unde “încăperea pentru activități de consiliere/mediere școlară/alte activități cu specific educativ, cu intrare separată și grupuri sanitare separate” solicitată în baremul minim de CCI este greu de realizat, sau sunt comunități care nu pot /nu au un spațiu cu numărul minim de încăperi solicitate de reglementări, dar unde nevoia de servicii de bază este extrem de necesară.

Și varietatea serviciilor de sănătate pot fi limitate de legislația din sistemul de sănătate. De exemplu, pentru o comunitate rurală îndepărtată unde se pot organiza servicii medicale prin deplasarea în comunitate a unor medici specialiști (opțiune care pune pacientul în centrul îngrijirilor ca realitate, nu ca declarație) și care poate fi și eficientă pentru sistemul de sănătate, este extrem de dificilă.

Legislația privind reglementarea asistenței medicale comunitare prevede în baremul minim al unui CCI “un spațiu cu dotare medicală minimală în care să se poată furniza consultații de către medicul de familie sau de către medicii de specialitate care doresc să furnizeze servicii medicale de specialitate în sistem flexibil, inclusiv servicii de telemedicină și paliative”, dar finanțarea acestui tip de serviciu nu este prevăzută în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, serviciile neputând fi rambursate din fonduri publice.

Și reglementările privind autorizarea cabinetelor medicale sunt restrictive pentru un CCI, fiind nevoie de încăperi diferite pentru specialitățile medicale și cele chirurgicale, iar în fiecare încăpere fiind acreditate ca funcționare maximum două specialități. Altfel spus, într-un CCI în care de exemplu un medic neurolog și un obstetrician ar veni trimestrial (în săptămâni diferite) să consulte pacienți vârstnici respectiv gravide din rândul populației vulnerabile, acel CCI trebuie să dispună conform reglementărilor din sănătate de minimum două încăperi cu destinație medicală.

Colaborarea furnizorilor de asistență medicală comunitară cu medicul de familie și asigurarea în CCI-uri de consultații ale medicilor specialiști pentru examinarea pacienților vulnerabili aproape de casă pot contribui direct la reducerea inechităților de acces al populației vulnerabile la servicii de sănătate.

2.5. Probleme semnalate în realizarea serviciilor de asistență medicală comunitară

Studiul realizat în anul 2021 de Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate și UNICEF având ca temă „Asistența medicală comunitară”¹³ relevă o serie de probleme cu care se confruntă atât cei care fac parte din rețeaua de asistență comunitară, cât și autoritățile în subordinea cărora se află asistenții medicali comunitari și mediatorii sanitari. Dintre acestea menționăm: necesitatea extinderii serviciilor de asistență medicală comunitară; diferențele existente de la un județ la altul în privința numărului de asistenți medicali comunitari; depășirea, în unele cazuri a numărului de beneficiari față de normativul în vigoare de 500 de persoane; condițiile de muncă și dotările existente pentru prestarea activității sunt insuficiente și diferite în funcție de resursele existente la nivelul unității administrativ teritoriale sau lipsa de interes a autorităților locale pentru activitatea de asistență medicală comunitară; necesitatea cursurilor de formare profesională continuă, îmbunătățirea reglementărilor privind relația asistenților medicali comunitari/mediatorilor sanitari cu angajatorii acestora, precum și a reglementărilor privind coordonarea metodologică a acestora.

Potrivit informațiilor puse la dispoziția instituției Avocatul Poporului de Ministerul Sănătății – Direcția generală de asistență medicală, medicina de urgență și programe de sănătate publică prin adresa nr. Reg.1/7643/23.06.2022, la data transmiterii informațiilor, Ministerul Sănătății avea în coordonare un număr 1845 de asistenți medicali comunitari și 466 de mediatorii sanitari. O situație defalcată pe județe a fost pusă la dispoziție de Ministerul Sănătății – Direcția Generală de Asistență Medicală, Medicină de Urgență și Programe de Sănătate Publică prin adresa nr. AR.2159/11.03.2022, și anexele la această adresă, din care se constată disparități semnificative în acces la nivel regional.

2.6. Modalitățile și activitățile realizate în privința coordonării tehnice și metodologice, monitorizarea, evaluarea și controlul activității rețelei de asistență medicală comunitară

Modalitățile și activitățile realizate în privința coordonării tehnice și metodologice, monitorizarea, evaluarea și controlul activității rețelei de asistență medicală comunitară (potrivit prevederilor art. 6 din Hotărârea de Guvern nr. 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară). Coordonarea este asigurată de către coordonatorul național al activității de asistență medicală comunitară, numit prin ordin de ministru, iar monitorizarea activității personalului din asistența medicală comunitară este asigurată de către coordonatorul național al activității de asistență medicală comunitară direct și/împreună cu coordonatorii județeni ai activității de asistență medicală comunitară, prin vizite în comunitățile unde sunt asigurate activitățile de asistență medicală comunitară, prin analiza raportărilor personalului în aplicația online a ministerului amcmsr.gov.ro. Cu sprijinul UNICEF, în 2021 aplicația amcmsr.gov.ro a intrat în proces de dezvoltare pentru realizarea unui proces mai facil de monitorizare și intervenție în comunitate, în baza managementului de caz și a posibilității interoperabilității aplicației cu alte aplicații online din sănătate și social.

În anul 2021, pentru buna asigurare a implementării activității de asistență medicală comunitară, a fost transmisă o adresă metodologică cu toți pașii importanți în dezvoltarea activității de asistență medicală comunitară. Permanent există o comunicare între coordonatorul național al activității de asistență medicală comunitară și coordonatorii județeni ai activității de asistență medicală comunitară pentru identificarea de soluții privind dezvoltarea activității de asistență medicală comunitară.

¹³ https://www.unicef.org/romania/media/6016/file/AMC%20Study_v9-18.08.21-web.pdf

La nivel județean, în cadrul compartimentelor de asistență medicală comunitară din direcțiile de sănătate publică, activitatea de asistență medicală comunitară se analizează în baza planurilor anuale de asistență medicală comunitară de la nivelul unității/subdiviziunii administrativ-teritoriale, parte a strategiei privind dezvoltarea economică, socială și de mediu, a întâlnirilor lunare cu echipele județene, a vizitelor în teren.

În 2021, ca și în 2020, activitatea personalului din asistență medicală comunitară s-a concentrat în special pe activitățile necesare în contextul pandemiei COVID-19 (vizite la domiciliu pentru tratamente, asigurarea medicamentelor, asigurarea hranei și a altor materiale necesare, triaj epidemiologic în școli, în special în mediul rural, mobilizare la vaccinare, participare la vaccinare în centrele de vaccinare etc.).

În septembrie 2021, s-a aprobat de către conducerea Ministerului Sănătății curriculumului specializării în asistență medicală comunitară. În prezent, se desfășoară primul curs de specializare în asistență medicală comunitară pentru aproximativ 300 de asistenți medicali care lucrează în comunități, desfășurat prin Centrul Național de Dezvoltare Profesională în Domeniul Sanitar al Școlii Naționale de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București.

Din anul 2018, Ministerul Sănătății implementează proiectul POCU 122607 Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale pentru care lider de proiect este Ministerul Muncii și Solidarității Sociale, iar Ministerul Sănătății și Ministerul Educației sunt parteneri. Prin acest proiect se asigură o comunicare directă cu autoritățile locale care implementează proiectul și de asemenea expertiză din proiect a condus la elaborarea de 16 instrumente necesare activității de asistență medicală comunitară.

Referitor la direcțiile strategice și obiectivele activității de asistență medicală comunitară la nivel național, **Ministerul Sănătății – Direcția generală de asistență medicală, medicină de urgență și programe de sănătate publică**, prin adresa nr. Reg.1/7643/23.06.2022, a precizat faptul că având în vedere problematica complexă a grupurilor vulnerabile din punct de vedere medico-social și a problemelor identificate ca urmare a contextului pandemiei de COVID-19 **și-a propus pentru anul 2022-2023 dezvoltarea rețelei de asistență medicală comunitară și a centrelor comunitare integrate în scopul creșterii accesului populației vulnerabile la servicii de asistență medicală de specialitate**. Obiectivele propuse sunt:

a) extinderea rețelei de asistență medicală comunitară în cât mai multe localități, în special din mediu rural:

b) dezvoltarea de ghiduri, proceduri, instrumente și metodologia de implementare a activității.

În cadrul grupului tehnic de lucru privind dezvoltarea activității de asistență medicală comunitară și a centrelor comunitare integrate s-a început elaborarea de diferite propuneri pentru îmbunătățirea activității.

c) dotarea cu truse de urgență a unui procent de 10% din numărul asistenților medicali comunitari.

d) dezvoltarea rețelei de centre comunitare integrate POR, PNRR, alte fonduri nerambursabile). S-a asigurat consultanță pentru centrele comunitare integrate de pe POR și s-a lucrat la realizarea primului jalon al dezvoltării centrelor comunitare integrate din PNRR.

Cu privire la planificarea extinderii treptate, la nivel național, a rețelei de asistență medicală comunitară și stabilirea anual a numărului necesar de posturi, s-a precizat că în cadrul Grupului tehnic de lucru privind dezvoltarea activității de asistență medicală comunitară și a centrelor comunitare integrate s-a propus realizarea, în cursul anului 2022, a unei strategii a resursei umane în asistență medicală comunitară, pentru a putea previziona un necesar de posturi nou înființate, în limita fondurilor existente.

2.7. Concluzii

În anii 2008-2009, odată cu descentralizarea serviciilor de sănătate, furnizorii de asistență medicală comunitară au fost preluați de administrațiile publice locale printr-un nou act legislativ (Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 162/2008). Lipsa de înțelegere din partea autorităților locale a importanței acestor resurse umane calificate pentru sănătatea comunității, transferul brusc de responsabilitate neînsoțit de fonduri pentru desfășurarea activității de asistență medicală comunitară (altele decât salariul plătit în continuare de Ministerul Sănătății prin Direcțiile județene de Sănătate Publică) și de o informare adecvată, în condițiile în care comunitățile cu acest personal erau majoritar rurale și dintre cele mai sărace și vulnerabile, au condus treptat la reducerea numărului de asistenți medicali comunitari și mediatorilor sanitari, sau la deprofesionalizarea unora dintre aceștia, alocați treptat activităților de birou, de protecție socială.

Nevoia de asistență medicală comunitară a revenit treptat în atenția autorităților, odată cu accentuarea diferențelor rural-urban, a numărului de persoane care trăiesc în sărăcie, cu acces redus la servicii publice de bază.

Serviciile de asistență medicală comunitară sunt parte integrantă a asistenței de sănătate publică, iar în comunitățile fără medic de familie sunt o alternativă de acces la serviciile de sănătate, în particular pentru populația vulnerabilă.

Serviciile integrate sociale și de sănătate furnizate în comunitate, aproape de cei vulnerabili, contribuie substanțial la creșterea incluziunii sociale precum și la menținerea stării de sănătate prin promovarea comportamentelor favorabile sănătății, detectarea precoce a bolilor și întârzierea apariției complicațiilor acestora. Și la nivel sistemic furnizarea în comunitate de servicii de prevenție primară, secundară și terțiară poate aduce multiple beneficii, de la limitarea utilizării excesive a serviciilor de sănătate specializate, la asigurarea pe termen mediu și lung a sustenabilității sistemului de asigurări sociale de sănătate, grevat de un deficit cronic de medici și cu cele mai mici cheltuieli publice pentru sănătate.

Pentru ca centrele comunitare integrate să contribuie la un sistem de sănătate sustenabil, centrat pe nevoile populației și la acoperirea universală cu servicii de sănătate, inclusiv a celor mai vulnerabili cetățeni și comunități, este nevoie de reglementări flexibile, care să favorizeze structuri - centre comunitare integrate - flexibile și adaptate nevoilor specifice din fiecare comunitate.

Colaborarea furnizorilor de asistență medicală comunitară cu medicul de familie, organizarea de programe de screening și asigurarea accesului la investigații și tratament, asigurarea de consultații ale medicilor specialiști în centrele comunitare integrate, pentru examinarea pacienților vulnerabili aproape de casă, bine planificate și furnizate sistematic, pot aduce schimbări în sistemul de sănătate în sensul în care spitalul nu mai este centrul serviciilor de sănătate. În acest sens trebuie să fie identificate soluții pentru accesul persoanelor vulnerabile la investigații și tratament compensat sau gratuit în afara spitalului.

Principalele deficiențe în implementarea activității de asistență medicală comunitară rezultate din informațiile puse la dispoziție de autoritățile cărora ne-am adresat, sunt:

- personalul specializat insuficient atât la nivel central, cât și la nivelul direcțiilor de sănătate publică județene și al autorităților administrației locale, ceea ce face ca realizarea unor obiective și activități să se realizeze cu întârziere;
- finanțarea insuficientă privind dezvoltarea rețelei de asistență medicală comunitară;
- necesitatea unor modificări ale cadrului legislativ incident, pentru asigurarea unui cadru legislativ flexibil, care să permită accesul facil la serviciile de asistență medicală comunitară, pentru categoriile vulnerabile.

2.8. Propuneri

- Extinderea în continuare a rețelei de asistență medicală comunitară la nivel național, cu prioritate în comunitățile rurale sărace și/sau fără medic de familie;
- Asigurarea sustenabilității financiare a activității de asistență medicală comunitară (comunitățile sărace sunt primele beneficiare ale asistenței medicale comunitare și acestea nu vor putea asigura sustenabilitatea) și respectarea standardelor de dotare minimă;
- Evaluarea legislației care reglementează activitatea de asistență medicală comunitară, inclusiv a centrelor comunitare integrate, și inițierea de modificări legislative pentru asigurarea unui cadru de reglementare flexibil, adaptat specificului fiecărei comunități;
- Reglementarea relației profesionale cu medicul de familie, cu ceilalți furnizori de servicii medicale (din echipa comunitară, din comunitate, cu serviciile specializate);
- Dezvoltarea unui program național de specializare în asistență medicală comunitară;
- Asigurarea accesului gratuit la cursuri de formare profesională pentru personalul care lucrează în asistența medicală comunitară;
- Revizuirea sistemul informațional, care în prezent oferă informații puțin relevante privind accesul grupurilor vulnerabile la serviciile de sănătate, folosind oportunitatea restructurării (inclusiv în sistemul de evaluare a activității de asistență medicală comunitară măsurarea nivelului de satisfacție al beneficiarilor; acest sistem de informații să devină interoperabil cu alte sisteme de informații de sănătate și social);
- Consolidarea serviciului de asistență medicală comunitară din cadrul Direcțiilor de Sănătate Publică Județene;
- Stabilirea unui program județean de întâlniri periodice cu angajatorii furnizorilor de asistență medicală comunitară (uniformizarea instrumentelor de lucru, analize asupra activității, a relației cu asistența medicală primară/existența sau nevoia de formalizare a formei de colaborare) îmbunătățirea condițiilor de lucru, nevoi de suport de la DSP (care este în competența acestora);
- Stabilirea unor modalități de identificare a nevoilor de asistență medicală prioritare pentru populația vulnerabilă, inclusiv cele care pot fi furnizate prin sistemul de telemedicină;
- Realizarea unui plan anual de campanii județene de promovare a activității de asistență medicală, pentru înțelegerea rolului și importanței acesteia în rândul tuturor părților interesate (decidenți, autorități, publicul larg).

CAPITOLUL 3.

DEFICIENȚE IDENTIFICATE ÎN PRIVINȚA ACCESIBILITĂȚII ANALIZELOR MEDICALE DECONTATE DE CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

3.1 Noțiuni introductive

Prin semnarea Declarației de la Astana privind asistența medicală primară în 2018, toate țările lumii au reafirmat principiile Declarației de la Alma-Ata din 1978, luându-și angajamentul de a acorda prioritate prevenirii bolilor și promovării sănătății cu scopul ocrotirii sănătății tuturor oamenilor, pe întreg parcursul vieții, prin asigurarea de servicii preventive complete, curative, de promovare, de reabilitare și îngrijiri paliative. În viziunea exprimată în cadrul Conferinței globale privind asistența medicală primară din 2018, Guvernele și societatea trebuie să acorde prioritate protejării sănătății și bunăstării oamenilor, prin sisteme de sănătate puternice, în care serviciile preventive, curative, de reabilitare și îngrijire paliativă să fie accesibile tuturor. Accesul limitat al unor grupuri de populație, în special al persoanelor cu dizabilități, poate duce la rezultate mai slabe și inegalități în ceea ce privește serviciile de sănătate. Reducerea inechităților în această materie este importantă nu numai din motive de egalitate, ci și pentru că în această manieră se conturează o mai mare coeziune economică și socială.¹⁴

Speranța de viață în Uniunea Europeană variază nu doar în funcție de gen, ci și în funcție de statutul socio-economic, nivelul de studii, venit sau grup profesional.¹⁵ Principalele cauze ale deceselor în țările UE sunt bolile circulatorii și diversele tipuri de cancer, urmate de bolile respiratorii și cauzele externe de deces. Potrivit studiului Promovarea sănătății și prevenția primară în 21 țări europene elaborat de CHRODIS PLUS¹⁶ - inițiativă de trei ani (2017-2020) finanțată de Comisia Europeană și de organizațiile participante, reducerea poverii bolilor cronice precum diabetul, bolile cardiovasculare, cancerul și tulburările mintale reprezintă o prioritate pentru statele membre ale UE și pentru politica de la nivelul UE, deoarece afectează 8 din 10 persoane cu vârste peste 65 de ani. Cele patru categorii principale de boli cronice sunt bolile cardiovasculare (precum atacurile de cord și accidentul vascular cerebral), cancerul, bolile respiratorii cronice (precum boala pulmonară obstrucționată cronică și astmul) și diabetul. În Europa, bolile cronice sunt responsabile pentru 86% din numărul total de decese din regiune.¹⁷

În studiul menționat, se arată că promovarea sănătății primește o atenție redusă din partea factorilor de decizie, iar măsurile de prevenire nu se află în fruntea serviciilor de sănătate sau a gândirii curente la nivelul tuturor guvernelor. Pentru încurajarea promovării sănătății și a echității în ceea ce privește serviciile de ocrotire a sănătății, în procesul de luare a deciziilor,

¹⁴ European Council (2014), Council conclusions on the economic crisis and healthcare, 2014/C 217/02, [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52014XG0710\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52014XG0710(01))

¹⁵ Health at a Glance: Europe 2020, © OECD/European Union, https://health.ec.europa.eu/system/files/2020-12/2020_healthatglance_rep_en_0.pdf

¹⁶ CHRODIS PLUS este o inițiativă de trei ani (2017-2020) finanțată de Comisia Europeană și de organizațiile participante, prin care se intenționează atragerea atenției spre o Europă care promovează sănătatea – fără boli cronice care pot fi prevenite, decese premature și dizabilități care pot fi evitate. În acest context, inițiativele referitoare la bolile cronice ar trebui să se bazeze pe patru pietre de temelie:

- promovarea sănătății și prevenirea primară ca modalitate de a reduce povara bolilor cronice
- împuternicirea pacientului
- abordarea declinului funcțional și a calității vieții ca principale consecințe ale bolilor cronice
- sisteme de sănătate durabile și receptive la îmbătrânirea populațiilor noastre asociate cu tranziția epidemiologică.

¹⁷<http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2020/10/wp5-final-updated-landscape-report-hpdp-21-countries-1.pdf>

abordarea Sănătatea în toate politicile (Health in All Policies - HiAP) este văzută, pe scară largă, ca fiind cea mai eficientă modalitate de a se asigura ca sănătatea să fie încorporată în toate domeniile guvernamentale. HiAP este o abordare a politicilor publice care ia în considerare în mod sistematic implicațiile deciziilor asupra sănătății, caută sinergii și evită efectele nocive asupra sănătății, pentru a îmbunătăți sănătatea populației și a promova echitatea în sănătate.¹⁸ În sensul aplicării de sinergii, este esențială respectarea dreptului la un mediu sănătos, care atrage după sine o mai bună stare de sănătate a populației.

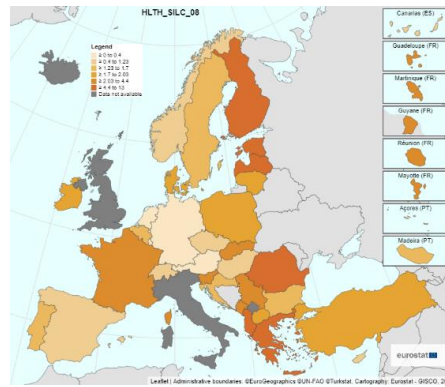
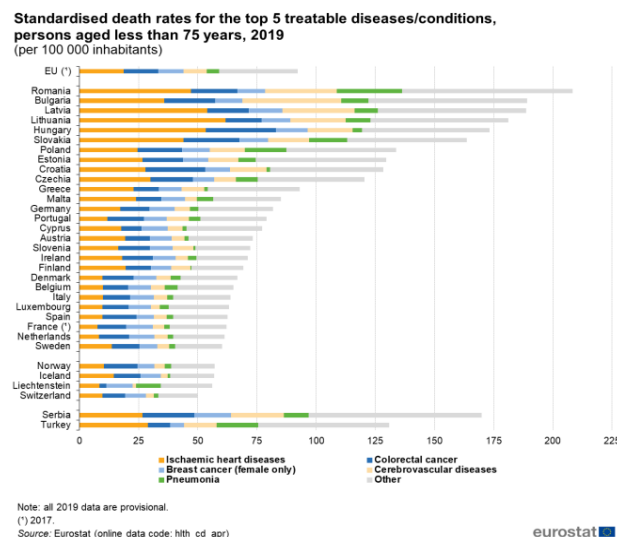


Fig. 1. Necesități neîndeplinite de examinare medicală din cauza unuia dintre următoarele motive: „motive financiare”, „lista de așteptare” și „prea departe pentru a călători”, 2020, EUROSTAT¹⁹

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



¹⁸ Ibidem

¹⁹ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_08/default/map?lang=en

Fig. 2. Rata deceselor pentru persoanele cu vârsta sub 75 de ani din UE, pentru top 5 cele mai frecvente cauze tratabile care au reprezentat 64 % din totalul de decese, 2019²⁰

Având în vedere faptul că în România s-au înregistrat cele mai multe decese din Europa, cauzate de bolile tratabile aflate în top 5²¹, se impune luarea de măsuri atât raportat la tratamentele acordate, cât și pentru prevenirea incidenței acestor afecțiuni, prin sporirea accesibilității investigațiilor și analizelor medicale gratuite. Astfel, se poate asigura un nivel de trai mai ridicat, creșterea speranței de viață și creșterea numărului de ani de viață sănătoasă.

3.2 Descrierea modului de funcționare a mecanismului de acordare a analizelor medicale gratuite

Persoanele asigurate beneficiază de pachetul de bază, care include servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, furnizate de medicul de familie sau de medicul specialist, în ambulatoriu sau în spital.

Persoanele neasigurate beneficiază de servicii cuprinse într-un pachet minimal de servicii medicale, în care sunt incluse: urgențe medicale, servicii pentru supravegherea și depistarea bolilor cu potențial endemoepidemic, precum și consultații pentru supravegherea evoluției sarcinii și lăuziei. Persoanele neasigurate se pot prezenta direct la medicul specialist pentru a beneficia de aceste servicii, fără a fi nevoie de bilet de trimitere. Pentru analizele de laborator, investigațiile imagistice sau tratamentul recomandat de medicul de familie, persoanele neasigurate suportă integral costurile, fără a beneficia de rețete compensate.

În urma unei anchete efectuate de reprezentanți ai instituției Avocatul Poporului la Ministerul Sănătății, participanții din cadrul ministerului au arătat că România a solicitat un împrumut rambursabil din partea Băncii Mondiale în valoare de 500 milioane de EURO, împrumut condiționat de mai multe aspecte printre care și creșterea accesului neasiguraților la servicii de sănătate, într-o măsură similară celor asigurați.

Suplimentar față de pachetul minimal, asigurații beneficiază de investigații paraclinice, îngrijiri medicale și paliative la domiciliu, medicamente compensate, dispozitive medicale, servicii de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare. Persoanele asigurate în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, aflate pe teritoriul statelor cu care România a încheiat acorduri internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, beneficiază de servicii medicale pe teritoriul acestor state, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Pentru a beneficia de analize de laborator și investigații imagistice gratuite, pacienții trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- să fie asigurați;
- să dețină un bilet de trimitere de la medicul de familie sau medicul specialist, care se află în contract cu casa de asigurări de sănătate;
- să se prezinte la un laborator aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate.

Începând cu data de 1 decembrie 2020, asigurații pot beneficia de investigații pe baza biletului de trimitere la laboratoare de analize și centrele de imagistică aflate în contract cu orice casă de asigurări, indiferent de casa de asigurări cu care se află în contract medicul care a eliberat biletul de trimitere.

Asigurații pot beneficia de următoarele categorii de analize de laborator:

- hematologice (hemogramă etc.);

²⁰ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventable_and_treatable_mortality_statistics&oldid=569188#Leading_causes_of_a_voidable_death_E2.80.94_analysis_by_Member_State

²¹ Boli tratabile aflate în top 5 = boli care au produs 64% din totalul de decese la nivel european

- serice (exemple: acid uric, creatinină serică, glicemie, colesterol, trigliceride, sodiu, potasiu, calciu, magneziu etc.);
- de urină (sumar și sediment de urină, albumină urinară, glucoză urinară etc.);
- imunologice (diferiți hormoni și anticorpi);
- microbiologice (analiza secrețiilor, excrețiilor, antibiogramă);
- examen de țesuturi prelevate;
- testare Babeș-Papanicolau.

De asemenea, sunt decontate și analize de radiologie, precum și ecografiile (investigații neiradiante), Doppler și investigații de înaltă performanță (CT, RMN, scintigrafii, angiografii). În situația în care investigațiile nu pot fi efectuate pe loc, laboratorul are obligația de a programa asiguratul în perioada de valabilitate a biletului de trimitere, trecând pe verso-ul biletului de trimitere data prezentării pentru programare și data programării următoare. Dacă asiguratul refuză programarea, laboratorul îi restituie biletul de trimitere pentru ca acesta să se poată prezenta la un alt laborator de investigații.

Începând cu luna iulie 2021, investigațiile recomandate de medicul de familie în cadrul consultațiilor de prevenție pentru asigurații cu vârsta de peste 40 de ani sunt decontate din FNUASS²² și pot fi efectuate de furnizori aflați în contract cu casele de asigurări de sănătate și peste valoarea de contract. Biletul de trimitere pentru investigațiile de laborator are o valabilitate de 30 de zile. Pentru toate bolile cronice, precum și pentru analizele care implică recoltări de țesuturi, valabilitatea biletului de trimitere pentru investigații este de până la 90 de zile.²³

La adresa web <https://analize.live/> poate fi consultată Harta fondurilor CNAS pentru analize gratuite, cu informații actualizate pentru fiecare județ din țară.

3.3 Perspective avute în vedere de autoritățile și instituțiile publice responsabile cu privire la mecanismul acordării pachetului de analize gratuite

Urmare demersurilor efectuate de instituția Avocatul Poporului în vederea obținerii unor puncte de vedere ale autorităților publice responsabile cu privire la sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, ne-au fost comunicate aspectele pe care le prezentăm în continuare.

Potrivit punctului de vedere expus de **Casa Națională de Asigurări de Sănătate** (răspuns nr. P3773/10.05.2022), „în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, asigurații beneficiază de un pachet de servicii de bază, în mod echitabil și nediscriminatoriu, în condițiile utilizării eficiente a Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate”.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate ne-a comunicat următoarele:

„Pentru a beneficia de servicii medicale decontate din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, este necesar ca asiguratul să se adreseze furnizorilor de servicii medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate și să urmeze traseul reglementat de prevederile legale în vigoare.

Facem precizarea că, pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice este permisă prezentarea la furnizorii de servicii medicale paraclinice cu bilet de trimitere emis de către medicul de familie sau de către medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate.

Biletul de trimitere pentru investigațiile paraclinice este un formular cu regim special și are valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Pentru toate bolile cronice valabilitatea biletului de trimitere este de până la 90 de zile. Biletul de trimitere pentru investigații paraclinice-examinări histopatologice, citologice și imunohistochimice are termen

²² Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate

²³ Ghidul Asiguratului, iulie 2021, Casa Națională de asigurări de Sănătate, <https://cnas.ro/ghidul-asiguratului/>

de valabilitate de 90 de zile calendaristice având în vedere specificul recoltării și transmiterii probei/probelor către un furnizor de servicii de anatomie patologică. Biletul de trimitere pentru investigații paraclinice recomandate de medicul de familie/medicul de specialitate din ambulatoriu, care a evidențiat management de caz, are o valabilitate de 90 de zile calendaristice.

În situația în care investigațiile nu pot fi efectuate la momentul prezentării asiguratului, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligația de a-l reprograma în perioada de valabilitate a biletului de trimitere, consemnând pe verso-ul biletului de trimitere data prezentării pentru programare și data programării, dacă asiguratul refuză reprogramarea, furnizorul restituie asiguratului biletul de trimitere pentru ca acesta să se poată prezenta la un alt furnizor de investigații medicale paraclinice.

Pentru analizele medicale de laborator, recomandate de medicii de familie persoanelor asimptomatice cu vârsta > 40 de ani, în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se pot suplimenta prin acte adiționale, după încheierea lunii în care acestea au fost acordate, în limita fondurilor alocate asistenței medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialități paraclinice, aceste investigații putându-se efectua inclusiv după epuizarea valorii finale de contract a furnizorului.²⁴

În anul 2022, începând cu data de 1 aprilie 2022²⁵, Pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice a fost completat cu două noi analize și anume TTGO – test de toleranță la glucoză per os și HBA1c – hemoglobină glicozilată, investigații paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie pentru pacienții adulți asimptomatici, de orice vârstă, în cadrul serviciilor medicale preventive, urmărindu-se depistarea precoce a diabetului zaharat la nivelul asistenței medicale primare.”

Conform punctului de vedere al CNAS, „pe măsură ce inovațiile medicale se transpun în practica medicală curentă, pot surveni modificări în ceea ce privește pachetul de servicii medicale de bază, inclusiv în ceea ce privește serviciile medicale paraclinice” și „la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se desfășoară proiectul SIGMA-SMART – Sistem Informatic pentru Gestionarea Modernă a Accesului la Servicii Medicale, Acte, Recomandări și Tehnologii ce are ca obiectiv implementarea unui sistem informatic pentru gestionarea programării serviciilor medicale, a certificatelor de concediu medical, a biletelor de trimitere, a scrisorilor medicale, a recomandărilor privind îngrijirile la domiciliu precum și a recomandărilor privind dispozitivele medicale, emise electronic”.

În urma consultării unei surse din mass-media, în care s-a arătat că „Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, dr. Adela Cojan, a declarat că cei care nu se vor prezenta la medic, pentru servicii de prevenție, ar putea fi sancționați, începând de anul viitor”²⁶, instituția Avocatul Poporului s-a adresat Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, spre a obține clarificări cu privire la cele declarate.

Referitor la anunțul făcut de conducerea CNAS privind posibila sancționare a pacienților începând cu anul 2023, odată cu noul contract-cadru, atunci când pachetele de

²⁴ Anexa 18 art. 2 alin. (4) din Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1068/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 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 2021-2022

²⁵ prin Ordinul MS/CNAS nr. 955/181/2022 pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022, precum și prelungirea aplicării prevederilor acestuia

²⁶ <https://www.g4media.ro/presedinta-casei-nationale-de-asigurari-de-sanatate-anunta-ca-cei-care-nu-se-vor-prezenta-la-medic-pentru-servicii-de-prevenitie-ar-putea-fi-sanctionati-din-2023.html>

prevenție ar putea deveni obligatorii, ministrul sănătății, Alexandru Rafila a arătat printr-o declarație făcută în presă, faptul că „nu îi plac sancțiunile și că acestea nu pot fi aplicate în contextul în care sistemul de sănătate românesc nu este pus la punct și nu există încă acces pe deplin la servicii preventive”²⁷.

Conform răspunsului CNAS nr. P4282/16.06.2022, transmis instituției Avocatul Poporului, referitor la o eventuală intenție de constrângere prin sancționare de către CNAS a persoanelor care nu vor accesa serviciile de prevenție, se arată aspectele pe care le cităm în continuare.

„În prezent reglementările legale în vigoare nu prevăd elemente sancționatorii aplicabile persoanelor asigurate pentru nerespectarea obligațiilor ce incumbă acestora în relația cu sistemul asigurărilor sociale de sănătate, inclusiv în ceea ce privește obligația prezentării la controalele profilactice.

Proiectul reglementărilor cu privire la îmbunătățirea accesului la servicii de prevenție va fi postat în transparență decizională și se va respecta această procedură în cadrul căreia, persoanele interesate pot transmite propuneri și observații, și în acest context” CNAS apreciază că „acest proiect poate fi o soluție care să stimuleze prezentarea la medic, în încercarea de a responsabiliza: pe de o parte, populația în legătură cu propria sănătate, dar și cu sănătatea celorlalți cetățeni în contextul apariției unor epidemii și pandemii, iar pe de altă parte, medicii-în special medicii de familie, care trebuie să fie parte a efortului de monitorizare și acordare a asistenței medicale profilactice și curative a populației.”

3.4 Consimțământul liber și informat al pacientului

Un aspect necesar a fi nuanțat în contextul prezentat, se referă la necesitatea existenței unui consimțământ liber și informat al pacientului pentru a i se acorda orice serviciu medical.

Convenția Europeană de la Oviedo²⁸ impune regula care stabilește următoarele: „O intervenție în domeniul sănătății nu se poate efectua decât după ce persoana vizată și-a dat consimțământul liber și în cunoștință de cauză. Această persoană primește în prealabil informații adecvate în privința scopului și naturii intervenției, precum și în privința consecințelor și riscurilor. Persoana vizată poate în orice moment să își retragă în mod liber consimțământul.”²⁹. Mai mult, „interesul și binele ființei umane trebuie să primeze asupra interesului unic al societății sau al științei”³⁰.

Așadar, ocrotirea sănătății este un drept care permite persoanelor să apeleze la servicii medicale, iar interesul ființei trebuie să primeze asupra interesului societății sau al științei. Rămâne la latitudinea persoanei, opțiunea pentru apela la anumite tipuri de servicii care îi sunt puse la dispoziție în mod gratuit sau contra cost.

Prin urmare, în vederea încurajării persoanelor spre a apela la servicii medicale, inclusiv la efectuarea analizelor medicale decontate de CNAS, se impune informarea pacientului prin

²⁷ https://www.realitatea.net/stiri/actual/rafila-vorbeste-despre-sanctionarea-romanilor-care-nu-isi-fac-controlul-medical-de-rutina-nu-imi-place-chestiunea-as-lasao-pentru-cand-sistemul-e-pus-la-punct_63215ae64e41b71e773807a2

²⁸ Convenția europeană pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane față de aplicațiile biologiei și medicinei, Convenția privind drepturile omului și biomedicina, semnată la Oviedo la 4 aprilie 1997 și Protocolul adițional la Convenția europeană pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane față de aplicațiile biologiei și medicinei, referitor la interzicerea clonării ființelor umane, semnat la Paris la 12 ianuarie 1998 au fost ratificate prin *Legea nr. 17/2001*.

²⁹ Art. 5 din Convenția europeană pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane față de aplicațiile biologiei și medicinei, Convenția privind drepturile omului și biomedicina, semnată la Oviedo.

³⁰ Art. 2 din Convenția europeană pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane față de aplicațiile biologiei și medicinei, Convenția privind drepturile omului și biomedicina, semnată la Oviedo.

identificarea și luarea de măsuri de educare a populației, precum și simplificarea mecanismului de acordare a serviciului și înlăturarea deficiențelor în ceea ce privește accesibilitatea acestor servicii și nicidecum instituirea de măsuri sancționatorii sau anumitor dezavantaje pentru cei care nu au apelat încă la anumite servicii de sănătate – măsuri care ar intra în contradicție cu principiile reglementărilor internaționale ratificate în legislația națională. Totodată, elementul punitiv intră în contradicție cu principiul de serviciu, care conform definiției din DEX este o „formă de muncă prestată în folosul sau în interesul cuiva”. Altminteri, ne-am confrunta cu transformarea unui drept într-o obligație.

Sănătatea este un atribut strâns legat de ființa umană, iar consimțământul liber și informat al pacientului este esențial din această perspectivă. Atunci când persoana optează pentru un asemenea serviciu trebuie să fie pe deplin în cunoștință de cauză, și totodată, este obligatoriu ca aceasta să nu fie constrânsă sub nicio formă pentru a fi determinată să ia o anumită decizie, astfel încât consimțământul său să fie pe deplin liber. Prin urmare, eventuala aplicare a unor măsuri precum pierderea unor drepturi, taxarea în plus, pierderea unor beneficii câștigate în baza calității de asigurat sau amendarea persoanelor care în urma informării de către cadrele medicale nu optează pentru efectuarea unor investigații, analize, tratament, intervenții chirurgicale sau orice altă procedură medicală, sunt de natură să altereze libertatea consimțământului pacientului și sunt contestabile din perspectiva drepturilor omului.

În acest sens, reiterăm faptul că interesul și binele ființei umane trebuie să primeze asupra interesului unic al societății sau al științei. Astfel, obligația statului este aceea de a informa în mod corespunzător pacienții și de a le pune la dispoziție servicii medicale de calitate.

Pachetul de bază în țara noastră se acordă în baza contribuției lunare pentru asigurările sociale de sănătate a persoanei asigurate, sub forma unei cote de 10%, aplicat asupra veniturilor din salarii pentru angajați, precum și altor categorii de persoane care conform legii³¹ beneficiază de asigurare, fără plata contribuției. Așadar, obligația care incumbă persoanelor angajate este aceea de a plăti un procent din veniturile lor. În consecință, prin plata acestor contribuții, asigurații au dreptul de a beneficia de protecție în mod universal, echitabil și nediscriminatoriu.

De aceea, pentru impulsivarea pacientului spre a apela la măsuri medicale preventive este necesar să se pună accent pe informarea corespunzătoare a acestuia și pe creșterea accesibilității la serviciile preventive, inclusiv la analize medicale. Persoana trebuie să decidă în cunoștință de cauză dacă dorește să apeleze la aceste servicii de sănătate, iar odată ce a luat această decizie trebuie să i se ofere facilitățile necesare pentru exercitarea drepturilor pe care le are. Doar în acest fel, pacientul va putea fi impulsivat spre a apela la servicii preventive și există o probabilitate destul de ridicată ca prin creșterea accesibilității și calității serviciului medical, persoanele să câștige mai multă încredere în sistemul de sănătate din țara noastră și să apeleze mai des la serviciile la care au dreptul în baza calității de asigurat și nu numai.

În această ordine de idei, amintim hotărârea CEDO din 13 mai 2008, din cauza *Juhnke împotriva Turciei*, nr. 52515/99, în care Curtea a hotărât că a fost încălcat art. 8 din Convenție, privind dreptul la respectarea vieții private și de familie, atunci când reclamanta care refuzase inițial să se supună unui examen medical în timpul detenției în Turcia, a fost ulterior convinsă spre a efectua examenul. Curtea a arătat că a existat o ingerință în viața privată a reclamantei, în măsura în care i-a fost impusă efectuarea examenului, fără consimțământul său care e necesar să fie atât liber, cât și informat. Așadar, chiar dacă există un consimțământ, atât timp cât acesta nu este pe deplin liber, fiind obținut prin constrângere de orice natură, un examen medical efectuat în astfel de condiții nu poate fi considerat ca fiind efectuat în condițiile legii.

³¹ art. 224 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată

Așa cum arată Curtea Constituțională³², „exercitarea obligației pozitive a statului de a crea condițiile optime asigurării sănătății publice trebuie realizată cu respectarea garanțiilor asociate dreptului la viață intimă, familială și privată a pacientului”.

3.5 Deficiențe identificate

Conform statisticilor EUROSTAT, pentru anul 2020, un procent de peste 4% de cetățeni cu vârste de peste 16 ani nu au putut accesa servicii de sănătate, din motive financiare, termene prea lungi de așteptare sau distanțe prea mari față de prestatorul de servicii medicale³³. Procentul este relativ ridicat raportat la statisticile din celelalte state membre ale Uniunii Europene.

În continuare, vom nuanța principalele impedimente pe care le-am identificat în ceea ce privește accesibilitatea serviciului analizelor medicale decontate:

- Termene prea îndelungate de așteptare pentru programări pentru efectuarea pachetului gratuit de analize medicale (depășind în unele cazuri o lună de zile);

Programările pentru analize gratuite depind de fondurile primite la nivelul clinicilor. Astfel, pacienții sunt nevoiți să aștepte până la momentul la care clinica vizată primește fonduri, iar în momentul în care ele sunt furnizate din nou clinicii în luna următoare, există riscul ca acestea să nu fie suficiente pentru toți solicitanții din lista de așteptare.

- Dificultăți întâmpinate de pacienți pentru identificarea unei clinici la care să-și poată efectua analizele prescrise de medicul de familie;

În urma primirii trimiterii de la medicul de familie, pacienții sunt puși în situația de a identifica clinici la care vor avea posibilitatea să-și efectueze analizele decontate de CNAS. Astfel, în cele mai multe cazuri, pacienții sunt nevoiți să apeleze la mai multe clinici pentru a găsi un loc disponibil, iar de cele mai multe ori aceștia sunt amânați pentru perioade ulterioare la care se vor primi fonduri.

Nu există un sistem automat de repartizare a pacienților la clinici care să le fie accesibile în vederea efectuării analizelor, astfel încât să se evite punerea pe drumuri a pacienților și efectuarea de solicitări telefonice repetate către clinicile private până la găsirea unui loc disponibil, cum se întâmplă în prezent.

- Dificultăți de deplasare;

Persoanele care locuiesc la distanțe prea mari față de prestatorul de servicii medicale, în localități în proximitatea cărora nu există clinici la care să se poată prezenta spre a-și efectua setul de analize, pot întâmpina din acest motiv impedimente în ceea ce privește accesarea serviciului gratuit.

Pe de altă parte, dificultăți similare pot apărea în cazul persoanelor imobilizate la pat, celor greu deplasabile sau persoanelor vârstnice care nu se mai pot deplasa pe distanțe mari. În numeroase cazuri, aceste persoane vârstnice, care deseori se confruntă cu dificultăți de deplasare, locuiesc în zone rurale unde nu există clinici care oferă servicii de analize medicale.

Prin urmare, în situațiile descrise, accesibilitatea serviciului gratuit de analize oferit de statul român, este una redusă sau chiar inexistentă.

3.6 Propuneri pentru sporirea accesibilității pachetului de analize gratuite

Din pricina termenelor prea lungi de așteptare și dificultăților întâmpinate odată cu încercarea pacienților de a se programa la clinici spre a beneficia de pachetul de analize gratuit,

³² Decizia Curții Constituționale nr. 498 din 17 iulie 2018

³³ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=SDG_3_-_Good_Health_and_well-being#cite_note-53

apar situațiile în care persoanele fie ajung să apeleze la astfel de servicii contra cost - cu toate că au dreptul la servicii gratuite, fie renunță la investigații.

Având în vedere prevederile legale în vigoare³⁴, responsabilitatea elaborării de proiecte normative pentru asigurarea unei funcționări optime a sistemului de asigurări sociale de sănătate, aparține în principal CNAS și Ministerului Sănătății.

Pentru sporirea accesibilității serviciului de analize oferit gratuit de statul român, dar și în vederea încurajării populației spre efectuarea acestor investigații, atunci când ele sunt recomandate de medicul de familie, formulăm propunerile redate în continuare.

- Identificarea de soluții, elaborarea de noi proceduri prin care să se faciliteze programarea pacienților la clinici în vederea efectuării analizelor, astfel încât aceștia să nu mai fie nevoiți să apeleze la multiple clinici pentru identificarea unui loc disponibil și să se evite aglomerațiile la clinici.

În acest sens, considerăm utilă implementarea unui sistem electronic automat de repartizare a pacienților la clinica aleasă de pacient sau la cea mai accesibilă acestuia. Procedura repartizării electronice s-ar putea efectua la momentul la care medicul de familie decide să emită o trimitere pentru efectuarea analizelor gratuite. Astfel, s-ar putea evita punerea pe drumuri a pacienților sau efectuarea de solicitări telefonice repetate către clinicile private, până la găsierea unui loc disponibil, cum se întâmplă în prezent.

- Alocarea de resurse financiare suficiente pentru acordarea pachetului gratuit de analize, astfel încât toți cei care optează pentru efectuarea acestor analize să aibă posibilitatea să beneficieze de ele în termen de maxim o lună de la momentul prezentării la medicul de familie în acest scop; în acest mod se va evita respingerea pacienților de către clinici pe motiv de „fonduri epuizate”.
- Identificarea de soluții pentru scurtarea timpului de așteptare din momentul emiterii trimiterii de către medicul de familie până la momentul efectuării investigațiilor propriu-zise.

Gândirea unor modalități prin care să se asigure decontarea contravalorii serviciilor medicale din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, astfel încât persoanele cu trimitere de la medicul de familie să poată să își efectueze analizele medicale într-un interval mai scurt de timp.

Spre exemplu, pentru persoanele peste 40 de ani, prevederile legale adoptate recent³⁵ permit efectuarea investigațiilor, inclusiv după epuizarea valorii lunare de contract a furnizorului și în acest mod, se evită amânările pentru motivul lipsei de fonduri la nivelul clinicii.

Mecanisme similare pot fi identificate și pentru persoanele cu vârste sub 40 de ani, care doresc să își efectueze aceste investigații în scop preventiv.

Astfel de soluții constituie o modalitate de facilitare a accesului la serviciile medicale și totodată o manieră de încurajare a populației spre a apela la acestea.

- Dezvoltarea conceptului de telemedicină și aplicarea eficientă a acestuia, implicarea activă a medicilor de familie.

Astfel, prin intermediul telemedicinii, care este reglementată prin Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 196/2020 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, s-ar putea institui o practică a medicilor de familie de a informa pacienții înscriși în listele lor, cu privire la utilitatea efectuării investigațiilor medicale preventive, inclusiv telefonic sau prin intermediul internetului.

³⁴ art. 220 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată

³⁵ Ordinul ministrului sănătății nr. 1068/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 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 2021-2022

Totodată, o posibilă soluție pentru simplificarea procedurii și încurajarea pacientului spre a apela la servicii preventive este transmiterea trimiterii întocmite de medicul de familie în format electronic pacientului, atunci când în urma consultării și informării pacientului prin mijloace tehnice, pacientului i se recomandă efectuarea analizelor și acesta optează pentru acest lucru. Mecanismul poate prezenta utilitate cu atât mai mult cu cât acest tip de servicii preventive se acordă în special persoanelor asimptomatice.

Prin aplicarea conceptului de telemedicină la nivelul cabinetelor de medicină de familie, va fi posibilă totodată evitarea aglomerării cabinetelor de medicină de familie, deseori întâlnită în prezent.

- Identificarea de facilități în ceea ce privește programarea și transportul pentru persoanele care optează pentru setul de analize gratuit, dar care fie locuiesc la distanțe prea mari față de prestatorul de servicii medicale, fie sunt imobilizate la pat sau greu deplasabile;
- Analizarea oportunității lansării unor caravane dotate pentru recoltare, care să fie disponibile periodic pentru persoanele din localitățile izolate, unde există cerere pentru efectuarea analizelor medicale gratuite; o posibilă soluție ar fi ca medicii de familie să întocmească liste cu persoanele cărora li se recomandă efectuarea acestor analize și care doresc să beneficieze de acest serviciu, iar aceste caravane să fie trimise în acele localități;
- Extinderea pachetului de analize gratuite atunci când se dovedește importanța efectuării unor teste neincluse în prezent în pachet (ex. frecvența incidenței anumitor boli pentru care testarea nu este inclusă în pachetul gratuit, gravitatea consecințelor depistării tardive a anumitor afecțiuni etc.).

Cu cât serviciul analizelor gratuite este mai accesibil pentru cetățeni și nu numai, cu atât crește probabilitatea ca mai multe persoane să decidă să opteze pentru acesta. În acest mod, este posibil să se cunoască o îmbunătățire a stării generale de sănătate a populației țării.

Așadar, pentru împlinirea acestui deziderat, sunt necesare demersuri ale tuturor autorităților publice responsabile, înspre a facilita accesul persoanelor la serviciile medicale la care acestea au dreptul, în conformitate cu legislația în vigoare și în virtutea exercitării dreptului la ocrotirea sănătății, consacrat în art. 34 din Constituția României.

CAPITOLUL 4.

PROGRAME NAȚIONALE DE SĂNĂTATE

4.1 Cadrul legislativ aplicabil

Derularea programelor naționale de sănătate este reglementată prin prevederile titlului II din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare. Structura programelor naționale de sănătate, obiectivele acestora, precum și orice alte condiții și termene necesare implementării și derulării lor sunt prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor de sănătate publică și Normele tehnice de realizare a acestora, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 964/31.03.2022 pentru programele naționale de sănătate publică, respectiv Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022, pentru programele naționale de sănătate curative pentru anii 2022 și 2023.

Programele naționale de sănătate reprezintă cadrul implementării obiectivelor politicii și strategiei sănătății publice de către Ministerul Sănătății, ca autoritate centrală a domeniului de sănătate publică.³⁶

Programele naționale de sănătate se adresează populației și sunt orientate către promovarea sănătății, prevenirea îmbolnăvirilor și prelungirea vieții de bună calitate; se adresează principalelor domenii de intervenție ale sănătății publice și răspund priorităților naționale identificate prin Strategia națională de sănătate; sunt finanțate de la bugetul de stat, bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, din fonduri externe rambursabile și nerambursabile, din venituri proprii, donații și sponsorizări, precum și din alte surse, potrivit legii; sunt elaborate de către Ministerul Sănătății, cu participarea CNAS; derularea acestora se realizează de către Ministerul Sănătății și/sau CNAS, după caz.

Programele naționale de sănătate cuprind un ansamblu de activități/acțiuni cu desfășurare multianuală, care răspund unor domenii prioritare de sănătate publică. În funcție de sursa din cadrul căreia se asigură finanțarea, programele naționale de sănătate sunt programe naționale de sănătate publică (a căror finanțare se asigură din bugetul Ministerului Sănătății) și programe naționale de sănătate curative (finanțate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate).³⁷

Elaborarea programelor naționale de sănătate are la bază următoarele obiective: a) rezolvarea cu prioritate a problemelor de sănătate, în conformitate cu Strategia națională de sănătate a Ministerului Sănătății; b) utilizarea eficientă a resurselor alocate pentru îndeplinirea obiectivelor și indicatorilor aprobați; c) fundamentarea programelor pe nevoile populației, evidențiate din date obiective; d) asigurarea concordanței cu politicile, strategiile și recomandările instituțiilor și organizațiilor internaționale în domeniu.³⁸

Programele naționale de sănătate finanțate din bugetul Ministerului Sănătății sunt programe cu acoperire națională care răspund nevoilor de sănătate publică din următoarele domenii: prevenirii, supravegherii și controlului bolilor transmisibile, monitorizării factorilor determinanți din mediul de viață și muncă, domeniul de securitate transfuzională (asigurarea cu sânge și componente sanguine), supravegherii și controlului bolilor netransmisibile, evaluării și promovării unui stil de viață sănătos, asigurării unor servicii de sănătate publică specifice destinate copiilor și femeilor. Programele naționale de sănătate au acoperire națională.

³⁶ art. 9 alin. (1)-(5) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare

³⁷ art. 48 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare

³⁸ art. 49 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare

Beneficiarii programelor naționale de sănătate sunt persoanele care au calitatea de asigurat în conformitate cu prevederile art. 222 alin. (1), precum și persoanele care au domiciliul în România și care nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte surse. În situații de risc epidemiologic, persoanele prevăzute la alin. (3), precum și persoanele aflate în tranzit pe teritoriul României beneficiază de programele naționale de sănătate publică care au drept scop prevenirea, supravegherea și controlul bolilor transmisibile.³⁹

Potrivit Anexei nr. 1 - Structura Programelor Naționale de Sănătate Publică și Obiectivele acestora – Capitolul 1 A și Capitolului 2 B - din Hotărârea Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor de sănătate publică, Ministerul Sănătății va asigura coordonarea, derularea și finanțarea din bugetul ministerului a 13 programe naționale de sănătate publică, iar Casa Națională de Asigurări de Sănătate va derula și finanța din Fondul Național Unic de Asigurări de Sănătate 15 programe naționale de sănătate curative.

Programele naționale de sănătate publică derulate și finanțate din bugetul Ministerul Sănătății sunt:

- I. Programul național de vaccinare;
- II. Programul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare;
- III. Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA;
- IV. Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei;
- V. Programul național de monitorizare a factorilor determinanți din mediul de viață și muncă;
- VI. Programul național de securitate transfuzională;
- VII. Programul național de screening organizat pentru boli cronice cu impact asupra sănătății publice;
- VIII. Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică;
- IX. Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană;
- X. Programul național de evaluare a statusului vitaminei D prin determinarea nivelului seric al 25-OH vitaminei D la persoanele din grupele de risc;
- XI. Programul național de tratament dietetic pentru boli rare;
- XII. Programul național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate;
- XIII. Programul național de sănătate a femeii și copilului.

În cadrul programelor naționale de sănătate derulate de către Ministerul Sănătății, în anul 2022, s-a introdus Programul național de screening organizat pe baze populaționale pentru boli cronice cu impact asupra sănătății publice cu: Subprogramul de screening pentru cancerul de col uterin; Subprogramul de screening pentru cancerul de sân; Subprogramul de screening pentru cancerul colorectal; Subprogramul de screening pentru depistarea infecțiilor cronice cu virusuri hepatitice B/C/D.

Implementarea programelor naționale de sănătate se realizează prin unități de specialitate selectate în baza criteriilor aprobate în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate. Unitățile de specialitate care realizează implementarea programelor naționale de sănătate publică sunt instituțiile publice și furnizori publici și privați de servicii medicale, iar unitățile medicale care realizează implementarea programelor naționale de sănătate curative sunt: furnizori publici și privați de servicii medicale; furnizori privați de medicamente și dispozitive medicale.⁴⁰ Coordonarea, monitorizarea și evaluarea implementării programelor naționale de sănătate publică la nivel național se realizează de către structura din cadrul Ministerului Sănătății cu atribuții în domeniul programelor naționale de sănătate, în mod

³⁹ art. 50 alin. (3)-(4) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare

⁴⁰ art. 3 din Norme Tehnice din 2022 de realizare a programelor naționale de sănătate publică, respectiv art. 3 din Norme Tehnice din 2022 de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022-2023

direct sau prin intermediul unităților naționale de asistență tehnică și management ale programelor naționale de sănătate publică, după caz.⁴¹

Pentru implementarea programelor naționale de sănătate publică, DSP pot încheia contracte pentru implementarea programelor naționale de sănătate publică cu următoarele unități de specialitate: a) instituții publice; b) furnizori publici de servicii medicale din: 1.b1) rețeaua autorităților administrației publice locale; 2.b2) rețeaua ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie; c) furnizori privați de servicii medicale, pentru serviciile medicale care depășesc capacitatea furnizorilor publici de servicii medicale.⁴² Totodată, prin Normele Tehnice din 2022 de realizare a programelor naționale de sănătate publică sunt stabilite responsabilitățile/obligățiile specifice în derularea programelor naționale de sănătate publică. Asigurarea asistenței tehnice și managementului programelor naționale de sănătate publică se realizează de către unitățile de asistență tehnică și management al programelor naționale de sănătate publică, UATM, organizate ca structuri fără personalitate juridică, în cadrul instituțiilor din subordinea Ministerului Sănătății, iar controlul derulării programelor naționale de sănătate publică se exercită de către DSP și/sau de către structurile de control din cadrul Ministerului Sănătății, după caz.⁴³

Programele naționale de sănătate curative, reprezintă un ansamblu de acțiuni multianuale și au drept scop asigurarea tratamentului specific în cazul bolilor cu impact major asupra sănătății publice. Programele naționale de sănătate curative sunt elaborate de către Ministerul Sănătății cu participarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Implementarea programelor naționale de sănătate se realizează prin unități de specialitate.

Programele naționale de sănătate curative derulate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și finanțate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate sunt: Programul național de boli cardiovasculare; Programul național de oncologie; Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile; Programul național de diabet zaharat; Programul național de tratament al bolilor neurologice; Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei; Programul național de tratament pentru boli rare; Programul național de sănătate mintală; Programul național de boli endocrine; Programul național de ortopedie; Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană; Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică; Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice; Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparatului de înaltă performanță; Programul național de PET-CT.

Unitățile de specialitate care realizează implementarea programelor naționale de sănătate curative sunt: a) furnizori publici de servicii medicale; b) furnizori privați de servicii medicale pentru serviciile medicale care excedează capacității furnizorilor publici de servicii medicale; c) furnizori privați de medicamente și dispozitive medicale.⁴⁴ Casa Națională de Asigurări de Sănătate, prin direcțiile de specialitate răspunde de asigurarea, urmărirea, evidențierea și controlul utilizării fondurilor alocate pentru derularea programelor/subprogramelor; realizează monitorizarea derulării programelor/subprogramelor prin indicatorii fizici și de eficiență realizați.⁴⁵

În conformitate cu dispozițiile art. 43 din aceleași Norme, controlul derulării programelor naționale de sănătate curative se realizează de către structura de control a caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în conformitate cu

⁴¹ art. 4 alin. (2) din Normele Tehnice din 2022 de realizare a programelor naționale de sănătate publică

⁴² art. 10 din Normele Tehnice din 2022 de realizare a programelor naționale de sănătate publică

⁴³ art. 25 din Normele Tehnice din 2022 de realizare a programelor naționale de sănătate publică

⁴⁴ art. 3 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor de sănătate publică

⁴⁵ art. 41 lit. a) și b) din Normele Tehnice din 2022 de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022-2023

prevederile ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1012/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare și are în vedere verificarea respectării prevederilor legale și a obligațiilor contractuale de către furnizorii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate sau care s-au aflat în relație contractuală cu acestea precum și verificarea serviciilor validate și raportate în baza contractelor încheiate.

4.2 Deficiențe identificate

Demararea la nivel național a programelor de screening, necesitatea programelor de screening și diagnostic timpuriu, accesul la tratamente inovatoare și realizarea campaniilor de informare au reprezentat și sunt în continuare subiecte larg dezbătute nu doar în publicațiile de specialitate.

În anul 2020, pe site-ul Raportul de Gardă, sub titlul *Raport IHE. Cancerul în Europa: care este situația programelor de screening la nivel european și ce măsuri pot fi luate pentru îmbunătățirea lor?* s-a evidențiat faptul că „scopul programelor de screening (depistare precoce) pentru cancer este de a reduce incidența cazurilor avansate de boală prin introducerea terapiei în stadiile incipiente. Screeningul este ideal pentru tipurile de cancer care determină leziuni precursoare, ce pot fi detectate și înlăturate. Un program de screening eficient, care reduce mortalitatea prin cancer, ar trebui să fie și cost-eficient, dovedindu-și astfel utilitatea completă în prevenție.⁴⁶”

Necesitatea programelor de screening și diagnostic timpuriu a fost evidențiată în presă, reținând în acest sens informațiile prezentate în data de 19 ianuarie 2022 pe site-ul hotnews.ro în articolul intitulat *Bolnavii de cancer din România au nevoie de programe de screening și diagnostic timpuriu, acces la tratamente inovatoare și campanii de informare*. Această concluzie este rezultatul unui chestionar de opinie privind nevoile persoanelor cu afecțiuni oncologice din România.

Chestionarul de opinie privind acțiunile prioritare de control al cancerului din perspectiva viitorului Plan Național de Combatere a Cancerului face parte din proiectul „Împreună Îvingem Cancerul”, derulat de revista Politici de Sănătate împreună cu Grupul de Oncologie și companiile membre ale Asociației Române a Producătorilor Internaționali de Medicamente (ARPIM) și a fost adresat tuturor asociațiilor de pacienți reprezentative pentru patologii oncologice și cronice. Răspunsurile înregistrate la acest chestionar au indicat ca principale activități care pot duce la un control mai bun al cancerului în România: eliminarea factorilor de risc pentru cancer, informarea, campaniile de conștientizare și de screening, controalele periodice obligatorii susținute de profesioniști prin programe finanțate de stat, pe tipul bolii.

În opinia respondenților la chestionar, domeniile în care autoritățile naționale ar trebui să își prioritizeze, strategic, eforturile sunt: screening și diagnostic timpuriu, prevenție primară, tratamentul și calitatea vieții pacienților. Sub-domeniile pe care autoritățile ar trebui să le prioritizeze sunt: creșterea gradului de alfabetizare în sănătate al populației, reducerea consumului de tutun, alimentație sănătoasă, reducerea consumului de alcool și vaccinarea HPV. Primii 3 factori care influențează o persoană în a participa la un program de depistare a cancerului sunt: gradul de informare privind utilitatea screeningului/a diagnosticului precoce, costurile pentru individ, statutul de asigurat în sistemul de sănătate⁴⁷.

⁴⁶ <https://raportuldegarda.ro/raport-ihe-indicatii-screening-cancer-col-uterin-cancer-colorectal-necesitate/>

⁴⁷ <https://www.hotnews.ro/stiri-sanatate-25311103-bolnavii-cancer-din-romania-nevoie-programe-screening-diagnostic-timpuriu-acces-tratamente-inovatoare-campanii-informare.htm>

Biroul Teritorial Braşov s-a sesizat din oficiu, având în vedere ştirile publicate în presă, conform cărora „*unul dintre cel mai des diagnosticate cancere la nivel mondial, cancerul de sân, este depistat în România, în 85% din cazuri, în stadiul avansat al bolii, în contextul în care mamografia ca metodă de screening ar reduce cu 20% mortalitatea, însă în țara noastră nu există un program național de prevenție*”. Articolul de presă mai precizează faptul că, potrivit doctorului Elena Claudia Teodorescu într-un interviu pentru „Weekend Adevărul”, „un control de rutină ar trebui făcut cel puțin o dată pe an, chiar și atunci când nu există simptomatologie. De asemenea, ea subliniază faptul că mamografiile nu sunt periculoase – nu iradiază și nu au efecte adverse. Una dintre cauzele pentru care în România procentul femeilor care merg la un astfel de consult este atât de mic este lipsa educației. Doctorul Teodorescu spune că un program național de screening nu ar avea succes dacă nu ar fi coroborat și cu o campanie masivă de educație.

Referitor la situația diagnosticării precoce a afecțiunilor oncologice, site-ul medical Raportul de Gardă menționează că, potrivit EUROSTAT, România rămâne pe ultimul loc în UE în materie de screening pentru cancerul de sân, chiar dacă procentul a crescut de la 0,2% la 9% în ultimii ani. Potrivit informațiilor publicate pe același site, „conform celui mai recent sondaj Eurostat, doar 9% din femeile din România cu vârste între 50 și 69 de ani au raportat în 2019 că și-au efectuat o mamografie în ultimii 2 ani. Din nou, România se situează pe ultimul loc în UE. Pentru Bulgaria, aflată pe penultimul loc, procentul este de 36% – de 4 ori mai mult decât în România. În Suedia, procentul este de 95%, de aproximativ 11 ori mai mult”. Astfel, se estimează că, în anul 2020, aproape 4000 de femei au murit în România de cancer de sân⁴⁸.

Ca urmare, instituția Avocatul Poporului a întreprins demersuri la Secretarul general al Ministerului Sănătății, prin adresa nr. 24434/06.12.2021 și prin adresa nr. 5141/02.03.2022, fiind solicitate informații privind stadiul elaborării și implementării programului de screening, având în vedere importanța depistării precoce a acestei afecțiuni oncologice. Prin adresa nr.SPS299/18.05.2022, **Ministerul Sănătății a comunicat următoarele:**

- începând cu anul 2014, în Strategia Națională de Sănătate s-a menționat explicit introducerea procedurilor de screening populațional organizat pentru cancerul de sân, urmată de acțiunile de accesare a finanțării nerambursabile, având ca scop final realizarea unui Program Național de Screening pentru Cancer de Sân, al cărui obiectiv general prevăzut fiind scăderea mortalității prin cancer de sân în România cu 5% până în anul 2030;

- în cadrul screeningului pentru cancerul de sân sunt prevăzute două instrumente de screening - mamografia și ecografia mamară, în prezent cu două tipuri de finanțare – Fondul Social European și Fondul național unic al asigurărilor sociale de sănătate;

1. prin Fondul Social European se asigură finanțarea Programului Național pentru Screeningul pentru Cancerul de Sân în cadrul proiectului „Creșterea capacității instituționale și a competențelor profesionale ale specialiștilor din sistemul de sănătate în scopul implementării Programului Național de screening pentru cancerul de sân” – implementat de Institutul Oncologic „Prof.dr. Ion Chiricuță” Cluj-Napoca în parteneriat cu Institutul Național de Sănătate Publică, cu o valoare de 21 milioane de euro, din care:

a) un proiect național de pregătire și planificare a implementării screening-ului în condiții de siguranță și calitate conform recomandărilor europene, în valoare de 5 milioane de euro;

b) două proiecte-pilot regionale Nord Vest – Vest; Nord Est – Sud Est în valoare de 8 milioane de euro fiecare.

Persoanele beneficiare în proiect sunt 60.000 femei, din care cel puțin 50% vor fi persoane din grupuri vulnerabile, cu vârsta cuprinsă între 50 și 69 ani, la care se va asigura testarea prin mamografie.

⁴⁸ <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/642-romania-fact-sheets.pdf>

2. prin Fondul Național Unic al Asigurărilor Sociale de Sănătate (FNUASS) se asigură finanțarea în cadrul pachetului de bază, conform Ordinului MS-CNAS nr.1068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii de Guvern nr.696/2021 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 2021-2022, cu modificările și completările ulterioare, pentru mai multe tipuri de servicii medicale în scop diagnostic-caz și investigații paraclinice de radiologie imagistică medicală și medicină nucleară.

Astfel, sunt eligibile pentru programul de depistare precoce a leziunilor precanceroase ale sânelui, femeile cu vârste cuprinse între 50 și 69 de ani care îndeplinesc următoarele criterii:

1. nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;
2. sunt asimptomatice;
3. nu au antecedente sugestive pentru patologia de cancer mamar.

Serviciile medicale menționate (consultație chirurgie generală/obstetrică-ginecologie/efectuare mamografie/comunicare rezultat) se efectuează o dată la 2 ani prin prezentare la medicul de specialitate obstetrică-ginecologie sau chirurgie generală, în scopul depistării precoce a leziunilor displazice ale sânelui. În cazul unui rezultat negativ, investigația se repetă peste 2 ani.

De asemenea, sunt eligibile pentru programul de depistare precoce a leziunilor precanceroase ale sânelui cu suspiciune identificată mamografic, femeile asimptomatice din grupa de vârstă 50 - 69 ani, cu rezultate pozitive la mamografie, care:

1. nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;
2. sunt asimptomatice;
3. nu au antecedente sugestive pentru patologia de cancer mamar.

Serviciile medicale (consultație chirurgie generală/obstetrică-ginecologie, efectuare mamografie, ecografie sân, comunicare rezultat) se efectuează o dată la 2 ani prin prezentare la medicul de specialitate obstetrică ginecologie sau chirurgie generală, în scopul depistării precoce a leziunilor displazice ale sânelui. În cazul unui rezultat negativ, investigația se repetă peste 2 ani.

Ministerul Sănătății a mai comunicat faptul că, prin pct. VII (2) b) Capitolul 1, Anexa 1 din Hotărârea de Guvern nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate, a fost introdus Subprogramul de screening organizat pe baze populaționale pentru cancerul de sân, în cadrul Programului Național de screening organizat pentru boli cronice cu impact asupra sănătății publice – program finanțat din bugetul Ministerului Sănătății. Acest demers a fost motivat de necesitatea asigurării cadrului legislativ necesar pentru implementarea obiectivelor prioritare ale Planului European de Cancer, transpus în România prin Planul Național de Cancer.

În concluzie, există reglementat cadrul legal care să permită implementarea programului de screening mamar, hotărârea de guvern mai sus amintită intrând în vigoare la data de 1 aprilie 2022. Cu toate acestea, considerăm că implementarea acestui program de depistare precoce a leziunilor precanceroase/canceroase ale sânelui impune o anumită strategie de aducere la cunoștința publicului a informațiilor necesare, dar și de facilitare a accesului la acest program a persoanelor care aparțin fie anumitor categorii vulnerabile, cum sunt de exemplu, persoanele din mediul rural sau cele cu venituri reduse, fie anumitor categorii de vârstă.

Ca urmare, au fost continuate demersurile la Casa Națională de Asigurări de Sănătate (cu solicitarea de a ni se comunica măsurile dispuse pentru asigurarea accesului persoanelor beneficiare ale programului de depistare precoce a leziunilor precanceroase/canceroase ale sânelui, finanțat prin FNUASS) și la Institutul Național de Sănătate Publică (pentru informații privind măsurile dispuse pentru asigurarea accesului persoanelor beneficiare la Programul Național de Screening mamar, finanțat prin proiecte europene, intitulat „Creșterea capacității

instituționale și a competențelor profesionale ale specialiștilor din sistemul de sănătate în scopul implementării Programului Național de screening pentru cancerul de sân”).

Prin adresa nr. P5193/19.07.2022, **CNAS ne-a comunicat următoarele:**

1. În cadrul asistenței medicale primare serviciile preventive pentru adulți asimptomatici cuprinse în litera B din Anexa 2 B la Ordinul ministrului sănătății și președintelui CNAS nr. 1068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare, consultația de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic are ca scop identificarea și intervenția asupra riscurilor modificabile asociate afecțiunilor cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare și metabolice, cancer, sănătate mintală, sănătatea reproducerii. În cadrul consultațiilor preventive de evaluare a riscului individual al adultului asimptomatic cu vârsta între 18 și 39 ani, respectiv cu vârsta > 40 ani, se realizează o riscogramă care cuprinde și evaluarea riscului oncologic, iar persoanele cu risc înalt sunt trimise pentru evaluare și monitorizare de specialitate, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie. De asemenea, potrivit art. 2 alin. (4) din Anexa 18 la Ordinul ministrului sănătății și președintelui CNAS nr. 1068/627/2021, cu modificările și completările ulterioare, pentru analizele medicale de laborator recomandate de medicii de familie persoanelor asimptomatice cu vârsta > 40 ani, în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se pot suplimenta prin acte adiționale, după încheierea lunii în care acestea au fost acordate, în limita fondurilor alocate asistenței medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialități paraclinice.

2. În cadrul asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice serviciile medicale în scop diagnostic (servicii de spitalizare de zi) servesc la depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sânelui, respectiv depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sânelui cu suspiciune identificată mamografic și se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii (consultație chirurgie generală/obstetrică-ginecologie/efectuare mamografie), iar beneficiarii sunt femeile asimptomatice din grupa de vârstă 50-69 ani care nu au diagnostic confirmat de cancer mamar, sunt asimptomatice, nu au antecedente sugestive pentru patologia de cancer mamar. Se efectuează o dată la 2 ani.

3. În cadrul asistenței medicale spitalicești, unitatea sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, indiferent de forma de proprietate (public sau privat) este obligată să acorde serviciile medicale și să suporte pentru asigurații internați în regim de spitalizare, toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru investigații paraclinice necesare.

Prin adresa nr.13050/31.08.2022, **Institutul Național de Sănătate Publică ne-a comunicat următoarele:**

Proiectul „Creșterea capacității instituționale și a competențelor profesionale ale specialiștilor din sistemul de sănătate în scopul implementării Programului Național de screening pentru cancerul de sân”, pe lângă principalele activități (dezvoltarea metodologiei de implementare a programului de screening care adaptează la circumstanțele naționale Ghidurile Europene de Asigurare a Calității; dezvoltarea aplicației informatic de evidență a femeilor testate în program; dezvoltarea unei campanii de informare și conștientizare privind prevenția cancerului de sân și participarea la screening), a pregătit implementarea a două proiecte pilot regionale:

1. „Fii responsabilă pentru sănătatea ta – programe regionale de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al cancerului de sân” pentru regiunea Nord-Vest-Vest, implementat de Institutul Oncologic „prof. dr. Ion Chiricuța” în parteneriat cu Spitalul Municipal Timișoara;

2. „Fii responsabilă pentru sănătatea ta – programe regionale de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al cancerului de sân” pentru regiunea Nord-Est-Est, implementat de Institutul Regional de Oncologie Iași în parteneriat cu Fundația „Enable”.

Cele două proiecte regionale se bazează pe metodologia dezvoltată în proiectul faza I și toate vor produce la sfârșitul perioadei de implementare, noiembrie 2023, rezultatele care vor fundamenta extinderea proiectelor-pilot la nivel regional și național.

În consecință, se deduce faptul că acest proiect nu a condus momentan la testarea prin mamografie a celor 60.000 de femei beneficiare (conform răspunsului Ministerului Sănătății), iar autoritățile publice sesizate nu au furnizat detalii despre stadiul de implementare a celor două proiecte regionale. Subliniem faptul că, potrivit Profilului privind statusul sănătății publice în România (2021) elaborat de Comisia Europeană, rezultă că rata mortalității care poate fi prevenită este a treia ca mărime din Uniunea Europeană, iar mortalitatea din cauze tratabile este mai mult decât dublă față de media Uniunii Europene și include decesele din cancerele de prostată și de sân care sunt susceptibile de tratament.

Având în vedere includerea Subprogramului de screening organizat pe baze populaționale pentru cancerul de sân, în cadrul Programului Național de screening organizat pentru boli cronice cu impact asupra sănătății publice, prin Hotărârea de Guvern nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate, care a intrat în vigoare la data de 01 aprilie 2022, considerăm că noul cadru legal va avea ca deziderat pe termen lung diminuarea diferențelor în starea de sănătate între România și UE și între grupuri defavorizate și situația medie națională. Cu toate acestea, așa cum rezultă de altfel și din răspunsul pe care INSP l-a comunicat instituției Avocatul Poporului, este necesară „o atentă planificare și elaborare etapizată a programului național de screening”, însă în timp util.

Facem precizarea că, potrivit art. 51 alin. (1) și alin. (5) din Legea privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, programele naționale de sănătate sunt elaborate de către Ministerul Sănătății, cu participarea CNAS, iar derularea acestora se realizează de către Ministerul Sănătății pentru programele naționale de sănătate publică, iar în acest sens, Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate se aprobă prin ordin al ministrului sănătății pentru programele naționale de sănătate publică.

Conform art.15 alin. (1) din Normele Tehnice din 2022 de realizare a programelor naționale de sănătate publică, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 964/2022:

d) „în cadrul Institutului Oncologic «Prof. dr. I. Chiricuță» se organizează și funcționează UATM a Institutului Oncologic «Prof. dr. I. Chiricuță», care asigură asistență tehnică și management pentru:

2. Programul național de screening organizat pentru boli cronice cu impact asupra sănătății publice - Subprogramul de screening organizat pe baze populaționale pentru cancerul de sân, implementat în regiunea Nord-Vest care grupează județele Bihor, Bistrița-Năsăud, Cluj, Sălaj, Satu Mare și Maramureș și regiunea Vest care grupează județele Arad, Caraș-Severin, Hunedoara și Timiș”;

e) în cadrul Institutului Regional de Oncologie Iași se organizează și funcționează UATM a Institutului Regional de Oncologie Iași, care asigură asistență tehnică și management pentru:

2. Programul național de screening organizat pentru boli cronice cu impact asupra sănătății publice - Subprogramul de screening organizat pe baze populaționale pentru cancerul de sân, implementat în regiunea Nord-Est care grupează județele Bacău, Botoșani, Iași, Neamț, Suceava și Vaslui și regiunea Sud-Est care grupează județele Brăila, Buzău, Constanța, Galați, Tulcea și Vrancea.

Potrivit aceluiași Norme tehnice, „Subprogramul de screening organizat pe baze populaționale pentru cancerul de sân este implementat în regim pilot, finanțat din fonduri externe nerambursabile și care, în conformitate cu recomandarea Consiliului Europei REC [2003] privind introducerea screeningurilor populaționale pentru cancer, cu ghidurile europene de asigurare a calității în programele de screening pentru cancer și cu planul de parcurs al implementării Planului european de Cancer publicat de C.E. în octombrie 2021, se va extinde

la nivel regional și național în baza metodologiilor uniforme de implementare, monitorizare și evaluare (s.n.)”.

Conform Anexei 14 la Normele tehnice, nu a fost menționat un buget de stat alocat acestui subprogram.

Având în vedere informațiile comunicate de către autoritățile sesizate, cât și prevederile legale enunțate, observăm că nu ne-au fost furnizate date concrete cu privire la stadiul de implementare a subprogramului de screening pentru cancerul de sân la nivelul regiunilor Est, Nord-Est, Vest, Nord-Vest, cât și faptul că pentru restul regiunilor țării nu este alocat un buget care să asigure accesul la screening pentru cancerul de sân, pentru femeile din grupa de vârstă 50 - 69 ani). De asemenea, considerăm că este necesară analizarea implementării screeningului pentru cancer mamar și la alte categorii de vârstă decât cea reglementată în prezent (50-69 ani).

Campaniile de testare pentru bolile cardiovasculare și diabet în rândul populației rurale, organizate prin satele din șapte județe de către o organizație de pacienți, au relevant o situație îngrijorătoare în ceea ce privește sănătatea românilor din mediul rural, conform informațiilor prezentate în articolul intitulat „O radiografie a sănătății șubrede a românilor de la sat”, publicat în data de 14 septembrie 2022 pe site-ul jurnalul.ro. Rezultatele acestor testări au fost prezentate în cadrul unei mese rotunde organizate la Senat.

Potrivit datelor prezentate, șapte din zece persoane testate în cadrul caravanei „Sănătatea vine la tine” erau obeze sau supraponderale, iar mai mult de trei sferturi dintre cei testați aveau valori crescute ale colesterolului, principala cauză a bolilor cardiovasculare. De asemenea, mai mult de două persoane din trei aveau glicemii ridicate, ce indicau prediabet și diabet. Rezultatele acestor testări făcute în cadrul caravanei au arătat faptul că jumătate din populație prezintă risc de boli cardiovasculare, iar 55 de persoane au aflat cu această ocazie că au diabet. În opinia unui medic de familie, situația relevată de aceste rezultate este mai gravă decât în anii anteriori și este o consecință a lipsei programelor de screening. Aceste campanii de testare sunt importante, însă este obligația statului să ofere astfel de servicii medicale tuturor cetățenilor, decidenții ar trebui să depună eforturi să ducă sănătatea către pacient, să ducă serviciile medicale către pacient și nu să pună pacientul în ipostaza unui alergător într-o cursă cu obstacole pentru a găsi servicii decontate de Casă.

În cadrul caravelor, pe lângă investigații și educație medicală despre bolile cardiovasculare și despre controlul diabetului, sunt distribuite broșuri educative, se dau sfaturi despre nutriție și schimbarea stilului de viață, iar oamenii sunt încurajați să discute cu medicii de familie despre problemele de sănătate depistate în cadrul caravanei⁴⁹.

La data de 14 decembrie 2021, pe site-ul RFI, sub titlul *România, pe primul loc în UE la numărul de decese din cauze tratabile*, se arată faptul că România se află pe primul loc în Uniunea Europeană la decese din cauze tratabile, ce pot fi evitate în principal prin intervenții de îngrijire a sănătății precum screening și tratament, cu 210 români care mor astfel la fiecare 100.000, o medie de unul din 476, potrivit raportului Starea Sănătății în UE, (...) România se află în primele trei state din Uniunea Europeană și când vine vorba de decese care pot fi evitate prin intervenții de sănătate publică și de prevenție primară. Cu 306 decese prevenibile la sută de mii de locuitori, România ocupă locul trei în acest clasament⁵⁰.

Bolile cardiovasculare stau în spatele a circa o treime din decesele înregistrate în România, potrivit raportului Comisiei Europene. O altă cauză este cancerul pulmonar. Rata de supraviețuire la 5 ani de la diagnosticare în cancerele tratabile este mult sub media Uniunii Europene: pentru cancerul de prostată 77% în România față de 87% în UE și în cancerul de sân 75% în România față de 82% în Uniunea Europeană. Perspectivele pentru leucemia infantilă

⁴⁹ <https://jurnalul.ro/stiri/social/o-radiografie-a-sanatatii-subrede-a-romanilor-de-la-sat-909222.html>

⁵⁰ <https://www.rfi.ro/social-140693-romania-pe-primul-loc-ue-la-numarul-de-decese-din-cauze-tratabile>

sunt, de asemenea, foarte scăzută, rata de supraviețuire la 5 ani de la diagnosticare fiind de doar 54%, cu 21% sub orice altă țară din Uniunea Europeană⁵¹.

Potrivit informării Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (adresa nr. P 3757/06.06.2022, transmisă Ministerului Sănătății), conform reglementărilor Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate și Ordinului Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022 pentru aprobarea Normelor Tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022 și 2023, cu modificările și completările ulterioare, Casa Națională de Asigurări de Sănătate derulează programe naționale de sănătate curative.

În cadrul anumitor programe naționale de sănătate curative se asigură unele terapii pentru o serie de boli de nutriție și metabolism, diabet zaharat, pentru unele boli ale aparatului circular și unele boli ale aparatului respirator, după cum urmează:

1. Programul național de boli cardiovasculare – în cadrul căruia se asigură alocarea fondurilor pentru achiziționarea dispozitivelor medicale și materialelor sanitare specifice tratamentului bolnavilor cu stenoze arteriale severe prin proceduri de dilatare percutană în raport de profilul clinic și aspectul morfofuncțional, proceduri de chirurgie cardiovasculară (copii și adulți).

2. Programul național de diabet zaharat asigură alocarea fondurilor pentru achiziționarea medicamentelor antidiabetice de tipul insulinelor și/sau antidiabeticelor noninsulinice, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale consumabile pentru acestea, precum și pentru dozarea hemoglobinei glicozilate pentru bolnavii cu diabet zaharat.

3. Programul național de tratament pentru boli rare asigură alocarea fondurilor pentru achiziționarea medicamentelor specifice tratamentului unor boli rare. Dintre bolile rare tratate în cadrul acestui program, boli ale aparatului respirator și boli de metabolism sunt următoarele HTAP, mucoviscidoză, fibroză pulmonară idiopatică, boala Pompe, tirozinemie, mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter), mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler), mucopolizaharidoză tip IV A (sindromul Morquio), boala Fabry.

4. Programul național de boli endocrine asigură alocarea fondurilor pentru medicamente specifice tratamentului bolnavilor cu osteoporoză și pentru tratamentul bolnavilor cu gușă datorată carenței de iod și proliferării maligne.

5. Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparatului de înaltă performanță. În cadrul subprogramului de radiologie intervențională se asigură alocarea fondurilor pentru achiziționarea materialelor sanitare specifice destinate tratamentului mai multor tipuri de afecțiuni printre care tratamentul afecțiunilor cerebrovasculare prin tehnici endovasculare (stentare carotidiană, embolizarea cerebrală cu spirale, embolizarea cerebrală cu stent și spirale, embolizarea cerebrală cu soluție de tip glue, embolizarea cerebrală cu particule, terapia endovasculară în AVC ischemic acut, în malformațiile vasculare cerebrale și tumori cerebrale profunde).

Casa Națională de Asigurări de Sănătate a subliniat faptul că la nivelul instituției se iau toate măsurile și se depun toate eforturile pentru a nu exista sincope în desfășurarea activităților derulate în cadrul programelor naționale de sănătate curative, în vederea asigurării continuității tratamentului bolnavilor, cât și pentru inițierea terapiei specifice bolnavilor eligibili.

Alocarea creditelor de angajament necesare derulării programelor naționale de sănătate curative se realizează în baza cererilor fundamentate transmise de casele de asigurări de sănătate, întocmite în baza solicitărilor unităților specializate de la nivel local, ținând cont și de indicatorii fizici și de eficiență realizați în anii precedenți.

⁵¹ https://media.hotnews.ro/media_server1/document-2021-12-13-25240344-0-starea-sanatatii-uniunea-europeana.pdf

Structura programelor naționale de sănătate curative finanțate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, obiectivele, criteriile de eligibilitate stabilite de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății, indicatorii specifici, natura cheltuielilor, precum și unitățile sanitare prin care se derulează programele naționale de sănătate curative sunt prevăzute la capitolul IX din anexa la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022.

Referitor la elaborarea și implementarea unor programe naționale de sănătate curative noi sau dezvoltarea celor aflate deja în derulare, Casa Națională de Asigurări de Sănătate a precizat faptul că toate elementele de noutate, cu impact bugetar, prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022, cu modificările și completările ulterioare (începând cu data de 1 aprilie 2022 reglementează derularea programelor naționale de sănătate curative), au fost avute în vedere la elaborarea propunerii de buget necesar derulării programelor naționale de sănătate curative în anul 2022, proiect elaborat în anul 2021.

Conform Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, pentru orice modificare adusă programelor naționale de sănătate curative sau pentru orice program/subprogram nou elaborat se calculează impactul bugetar potrivit prevederilor art. 15 din Legea nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare, care stipulează că:

„(1) În cazurile în care se fac propuneri de elaborare a unor proiecte de acte normative/măsuri/politici a căror aplicare atrage micșorarea veniturilor sau majorarea cheltuielilor aprobate prin buget, se va întocmi o fișă financiară, care va respecta condițiile prevăzute de Legea nr. 69/2010. În această fișă se înscriu efectele financiare asupra bugetului general consolidat, care trebuie să aibă în vedere (...):

c) măsurile avute în vedere pentru acoperirea majorării cheltuielilor sau a minusului de venituri pentru a nu influența deficitul bugetar.

(3) După depunerea proiectului legii bugetare anuale la Parlament pot fi aprobate acte normative/măsuri/politici numai în condițiile prevederilor alin. (1), dar cu precizarea surselor de acoperire a diminuării veniturilor sau a majorării cheltuielilor bugetare, aferente exercițiului bugetar pentru care s-a elaborat bugetul.”

Potrivit Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, implementarea unui nou program național de sănătate curativ sau dezvoltarea unuia existent în cursul anului 2022 va fi posibilă numai în urma unei rectificări bugetare prin care să se probeze fondurile necesare implementării și derulării acestora.

Referitor la subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT (adulți și copii), Ministerul Sănătății a informat instituția Avocatul Poporului că acesta este unul dintre programele naționale de sănătate curative finanțate din bugetul FNUASS.

În acest context, la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate s-a analizat oportunitatea eliminării deciziei de aprobare a investigației PET-CT. Pentru realizarea acestui deziderat, având în vedere faptul că bugetul alocat Programului național de ET-CT trebuie gestionat în beneficiul asiguraților și în condiții de eficiență și eficacitate este necesară crearea unui mecanism de verificare și control prin intermediul unor formulare specifice, în sensul dezvoltării unui modul în Sistemul Informatic Unic Integrat care să fie interconectat cu celelalte module din SIUI (de exemplu, modulul de investigații paraclinice).

Referitor la modul de monitorizare a activităților derulate în cadrul programelor naționale de sănătate curative, Casa Națională de Asigurări de Sănătate a specificat faptul că la nivelul instituției și al caselor de asigurări de sănătate se asigură urmărirea și controlul utilizării fondurilor alocate pentru derularea programelor/subprogramelor prin indicatorii fizici și de eficiență realizați.

Cu privire la modul de monitorizare, evaluarea performanței și a impactului programelor naționale de sănătate curative, s-au precizat următoarele:

În urma analizei activităților derulate în cadrul programelor naționale de sănătate curative la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate a indicatorilor fizici și de eficiență, la sugestia asociațiilor de pacienți, precum și la propunerea comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății cât și a coordonatorilor naționali, se iau măsuri de îmbunătățire a derulării programelor care vizează creșterea accesului bolnavilor la tratament (exemplificându-se faptul că, până la intrarea în vigoare a Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022, cu modificările și completările ulterioare, eliberarea materialelor consumabile aferente dispozitivelor medicale specifice diabetului zaharat se realiza prin centrele metodologice regionale nominalizate, în urma aprobării unui dosar medical. Pentru creșterea accesului bolnavilor la aceste dispozitive medicale specifice, s-a eliminat atât existența centrelor metodologice și implicit decizia de aprobare a dosarului medical de către acestea. Astfel, bolnavul se poate adresa medicului curant din unitatea de specialitate care derulează programul, fără a mai fi necesară aprobarea dosarului de către centrul metodologic, eliminând perioada de așteptare care uneori putea fi mai mare de 3 luni) și dezvoltarea acestora astfel încât să se asigure bolnavilor cele mai bune terapii.

4.3 Propuneri

- Facilitarea accesului cetățenilor la tratamente inovatoare, care în prezent nu sunt disponibile în țara noastră, aducerea de noi tehnologii în țară;
- Oferirea de facilități de către statul român pentru efectuarea de tratamente în străinătate pentru toate persoanele care au nevoie să beneficieze de o anumită intervenție medicală pentru salvarea vieții care este disponibilă doar în străinătate; așa încât persoanele aflate în astfel de situații să nu mai fie nevoite să depindă de donații pentru a efectua un tratament cu potențial salvator;
- Sprijinirea inițiativelor de cercetare în materie medicală, astfel încât specialiștii din țara noastră să aibă posibilitatea să inițieze și să se implice în proiecte de cercetare în România și să se încurajeze inovarea în știința medicală inclusiv în acest mod;
- Inițierea de programe de sănătate, prin care să se implementeze cele mai noi tehnici și tratamente, care s-au dovedit a fi eficiente în combaterea anumitor afecțiuni;
- Dezvoltarea programelor de sănătate și programelor de screening pentru afecțiunile care potrivit datelor furnizate de Institutul de Statistică constituie principalele cauze ale deceselor în România și anume: boli ale aparatului circulator, tumori și boli ale aparatului respirator;
- Campanii de informare cu privire la programele de screening în derulare, dar și privind noile descoperiri științifice în materie de sănătate, atât pentru pacienți, cât și pentru personalul medical.

CAPITOLUL 5. EDUCAȚIA MEDICALĂ ȘI PREVENȚIA ÎN ȘCOLI

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

Constituția României garantează, la art. 34, dreptul la ocrotirea sănătății, statul fiind obligat să ia măsuri pentru asigurarea igienei și a sănătății publice. Asistența medicală, inclusiv cea preventivă, de la nivelul colectivităților de copii preșcolari, școlari și studenți se asigură prin cabinetele medicale organizate, conform legii, în unitățile de învățământ preșcolar, școlar sau universitar, publice ori private, sau prin cabinetele individuale ale medicilor de familie, după caz.

Cadrul național de reglementare în materia educației medicale și a prevenției realizate în mediul școlar îl constituie Ordinul comun al ministrului sănătății și ministrului educației nr. 438/4629/2021 privind asigurarea asistenței medicale a preșcolarilor, elevilor din unitățile de învățământ preuniversitar și studenților din instituțiile de învățământ superior pentru menținerea stării de sănătate a colectivităților și pentru promovarea unui stil de viață sănătos.

Statul garantează drepturile preșcolarilor, elevilor și studenților la sănătate, educație, mediu sănătos, protecția și îngrijirile necesare în vederea dezvoltării optime și atingerii celei mai bune stări de sănătate, respectând drepturile și obligațiile părinților sau ale reprezentanților legali cărora acesta le-a fost încredințat. Statul asigură în unitățile de învățământ tuturor preșcolarilor, elevilor și studenților accesul la asistență medicală primară gratuită, cu accent pe acțiunile medicale preventive⁵².

În unitățile de învățământ preuniversitar și instituțiile de învățământ superior se pot organiza activități educative extracurriculare și extrașcolare pentru promovarea unui stil de viață sănătos, în parteneriat cu cabinetul medical și de medicină dentară școlar/universitar și autoritatea publică locală. Unitățile de învățământ preuniversitar și instituțiile de învățământ superior vor prezenta în oferta educațională activități formale/nonformale de educație pentru sănătate⁵³.

Potrivit Ordinului ministrului educației nr. 3590/2016 privind aprobarea planurilor-cadru de învățământ pentru învățământul gimnazial, oferta națională de curriculum la decizia școlii cuprinde programe școlare aprobate prin ordin al ministrului educației. Programele școlare promovate ca ofertă centrală reprezintă exemple de bune practici în dezvoltarea curriculumului la decizia școlii, relevante pentru disciplina și pentru aria curriculară de care aparțin, pentru o abordare integrată la nivelul mai multor arii curriculare, dar și relevante social. Printre opțiunile promovate la nivel național, reținem opțiunea „Educație pentru sănătate”, pentru elevii claselor V-VI, VII-VIII. Curriculumul la decizia școlii (CDS) reprezintă oferta educațională propusă de școală, în concordanță cu nevoile și interesele de învățare ale elevilor, cu specificul școlii și cu nevoile comunității locale, și se constituie atât din pachete disciplinare opționale ofertate la nivel național, regional și local, cât și din pachete disciplinare opționale ofertate la nivelul unității de învățământ⁵⁴.

⁵² art. 1 din Ordinul comun al ministrului sănătății și ministrului educației nr. 438/4629/2021 privind asigurarea asistenței medicale a preșcolarilor, elevilor din unitățile de învățământ preuniversitar și studenților din instituțiile de învățământ superior pentru menținerea stării de sănătate a colectivităților și pentru promovarea unui stil de viață sănătos.

⁵³ art. 14, art. 15 din Ordinul comun al ministrului sănătății și ministrului educației nr. 438/4629/2021

⁵⁴ Art. 2 lit. e) din Ordinul ministrului educației nr. 3238/2021 pentru aprobarea Metodologiei privind dezvoltarea curriculumului la decizia școlii

Față de acestea, un raport al Organizației Salvați Copiii reține că Ministerul Educației a elaborat Programul „Educația pentru sănătate în școala românească”, adresat dezvoltării armonioase a copilului și adolescentului, a stării lui de bine și a unei calități a vieții, însă, în practică, programul nu este unul accesibil elevilor, întrucât doar un procent de aproximativ 6% dintre elevi beneficiază de acesta. Educația pentru sănătate nu face parte din curriculumul obligatoriu, având doar statut de materie opțională, iar de cele mai multe ori nu se regăsește în oferta unităților de învățământ.⁵⁵

Totodată, Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, republicată, cu modificările și completările ulterioare, prevede obligativitatea derulării unor programe de educație pentru sănătate în școli.⁵⁶

În vederea stabilirii modului de implementare a prevederilor legale, Avocatul Poporului s-a adresat Ministerului Educației, cu solicitarea de a ne comunica dacă la nivel național se derulează programe educaționale care să aibă ca obiect „Educația pentru sănătate”, care sunt acestea, dacă există o statistică la nivel național cu privire la procentul școlilor în care se derulează astfel de programe educaționale pentru sănătate, respectiv dacă este urmărit modul de derulare al acestora și care sunt concluziile acestei monitorizări.

Din răspunsul Ministerului Educației, respectiv adresa nr. 996/1006/SG/3.05.2022, reținem faptul că ministerul opinează că „nu orice problemă trebuie inclusă în trunchiul comun, având în vedere că în anumite momente, anumite conținuturi apar ca fiind necesare unui copil/tânăr, însă este nevoie de timp pentru a vedea dacă propunerea este viabilă, o perioadă de timp, tranzitorie, în care problema respectivă poate fi inclusă în curriculumul la decizia școlii, prin propunerea unei discipline cu statut de disciplină opțională.”

Totuși, ministerul admite faptul că „un rol important în formarea unui stil de viață sănătos îl au și ofertele naționale ale curriculumului la decizia școlii, precum și activitățile extracurriculare și extrașcolare realizate în parteneriat cu instituții guvernamentale, nonguvernamentale și internaționale.”

Din informațiile furnizate de minister reiese că problema generală referitoare la educația pentru sănătatea omului se regăsește în programul disciplinelor din trunchiul comun: Științe ale naturii și Educație fizică pentru învățământ primar, Biologia (anatomia, ecologia etc.) pentru gimnaziu și liceu, în programa școlară a curriculumului opțional Educație pentru sănătate, valabilă pentru toate ciclurile de învățământ preuniversitar, în cadrul temelor/activităților de dirigiență la disciplina Consiliere și orientare și Consiliere și dezvoltare personală, respectiv în cadrul activităților educative extracurriculare și extrașcolare (activități de educație pentru sănătate și stil de viață sănătos) din programul „Școala altfel” și, pentru învățământul liceal, disciplina opțională „Adolescență și autocunoaștere”, care urmărește formarea competențelor elevilor din învățământul secundar superior.

De asemenea, se menționează că lista titlurilor opționale promovate la nivel național are un caracter de orientare/recomandare, iar la nivelul fiecărei unități de învățământ există proceduri interne privind constituirea ofertei de discipline opționale, ca parte a curriculumului la decizia școlii.

Ca urmare a centralizării datelor, ministerul ne-a transmis că, înainte de pandemie, opționalul de „Educație pentru sănătate” s-a desfășurat în toate județele țării, astfel:

⁵⁵ <https://www.salvaticopiii.ro/ce-facem/sanatate/educatie-pentru-sanatate/educatie-pentru-sanatate-in-curricula-scolara>

⁵⁶ art. 46 alin. (3) litera i), articol modificat prin Legea nr. 191/30.06.2022 pentru modificarea și completarea Legii nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului „Organele de specialitate ale administrației publice centrale, autoritățile administrației publice locale, precum și orice alte instituții publice sau private cu atribuții în domeniul sănătății și în domeniul educației sunt obligate să adopte, în condițiile legii, toate măsurile necesare pentru: (...) i) derularea sistematică în unitățile școlare, începând cu clasa a VIII-a, cu acordul scris al părinților sau al reprezentanților legali ai copiilor, de programe de educație pentru sănătate, în vederea prevenirii contractării bolilor cu transmitere sexuală și a gravidității minorelor”.

- an școlar 2014-2015: total elevi 157 251 (din totalul efectivelor de elevi din învățământul preuniversitar de 3 164 470 și totalul elevilor din învățământul gimnazial de 778 663);
- an școlar 2015-2016: total elevi 111048 (din totalul efectivelor de elevi din învățământul preuniversitar de 3 079 944 și totalul elevilor din învățământul gimnazial de 768 035);
- an școlar 2016-2017: total elevi 246160, (din totalul efectivelor de elevi din învățământul preuniversitar de 3 034 127 și din totalul elevilor din învățământul gimnazial de 762 547);
- an școlar 2017-2018: total elevi 169320 (din totalul efectivelor de elevi din învățământul preuniversitar de 3 006 995 și totalul elevilor din învățământul gimnazial de 725 202);
- an școlar 2018-2019: total elevi 137343 (din totalul efectivelor de elevi din învățământul preuniversitar de 2 979 797 și totalul elevilor din învățământul gimnazial de 717 321);
- an școlar 2019-2020: total elevi 148562 (din totalul efectivelor de elevi din învățământul preuniversitar de 2 947 012 și totalul elevilor din învățământul gimnazial de 712 895⁵⁷).

În urma analizării datelor obținute, se poate constata faptul că un procent foarte scăzut al elevilor participă la opționalul „Educație pentru sănătate”. Acest aspect ne arată că, pe lângă informațiile predate în cadrul materiei Biologie, există foarte puține oportunități pentru elevi de a se familiariza cu noțiunile ce țin de spiritul unui mod de viață sănătos și importanța încadrării acestui aspect în viața fiecăruia. În acest sens considerăm utilă o analiză aprofundată, efectuată de către specialiști din domeniul sănătății și al educației în vederea introducerii unei materii referitoare la educația pentru sănătate în cadrul trunchiului comun.

Propunere

În urma analizării datelor obținute, se poate constata faptul că un procent foarte scăzut al elevilor participă la opționalul „Educație pentru sănătate”. Acest aspect ne arată că, pe lângă informațiile predate în cadrul materiei Biologie, există foarte puține oportunități pentru elevi de a se familiariza cu noțiunile ce țin de spiritul unui mod de viață sănătos și importanța încadrării acestui aspect în viața fiecăruia.

În acest sens, considerăm utilă o analiză aprofundată, efectuată de către specialiști din domeniul sănătății și al educației în vederea introducerii unei materii referitoare la educația pentru sănătate în cadrul trunchiului comun.

⁵⁷ Raport privind starea învățământului preuniversitar din România, 2020-2021, totalul efectivelor de elevi https://www.edu.ro/sites/default/files/_fi%C8%99iere/Minister/2021/Transparenta/Stare%20invatamant/Raport_stare_invatamant_preuniversitar_RO_2020_2021.pdf

CAPITOLUL 6.

INFORMAREA PUBLICULUI PRIN MASS-MEDIA

Televiziunea reprezintă unul dintre principalele instrumente ale comunicării, contribuind decisiv la formarea opiniilor, dar și la construirea unei culturi specifice fiecărui popor, influența sa fiind covârșitoare în formarea opțiunilor cetățenilor. Alături de televiziune și radio, internetul devine omniprezent în viețile noastre, cu precădere în formarea opiniilor și comportamentelor populației tinere.

În acest context, derularea campaniilor de informare publică, difuzarea reclamelor care promovează suplimente alimentare sau medicamente influențează decisiv opțiunile cetățenilor, atunci când aceștia se confruntă cu diverse probleme de sănătate, influența mijloacelor media fiind tot mai puternică în formarea comportamentelor cetățenilor, inclusiv în materia opțiunilor pe care aceștia le au atunci când vorbim de educație medicală, prevenție, tratamente medicale.

6.1 Regimul juridic al reclamelor

Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cuprinde în Titlul I, reglementări referitoare la campaniile de informare, educare și comunicare cu privire la teme ce privesc sănătatea publică și care trebuie să fie avizate de Ministerul Sănătății, iar Societatea Română de Radiodifuziune și Societatea Română de Televiziune sunt obligate ca, în cadrul grilelor de programe, să rezerve gratuit spațiul de emisie necesar promovării campaniilor de informare, educare și comunicare, referitoare la teme care privesc sănătatea publică. Cele trei entități, în baza unui protocol, stabilesc modalitățile și spațiul acordat în grila de programe pentru promovarea campaniilor pe teme care privesc sănătatea publică.

Titlul XVIII, capitol VIII din Legea nr. 95/2006 conține reglementări referitoare la utilizarea mass-media în interesul sănătății publice, reglementări specifice publicității pentru medicamente, publicitate care include orice mod de informare prin contact direct (sistemul „door-to-door”), precum și orice formă de promovare destinată să stimuleze prescrierea, distribuirea, vânzarea sau consumul de medicamente, iar la capitolul IX se regăsesc reglementări specifice informării publicului larg.

Publicitatea pentru medicamente destinată publicului larg nu trebuie să conțină niciun material care:

- a) să dea impresia că o consultație medicală sau o intervenție chirurgicală nu este necesară, în special prin oferirea unor sugestii de diagnostic sau de tratament la distanță;
- b) să sugereze că efectul tratamentului cu medicamentul respectiv este garantat, nu este însoțit de reacții adverse sau că efectul este mai bun ori echivalent cu cel al altui tratament sau medicament;
- c) să sugereze că starea de sănătate a subiectului poate fi îmbunătățită prin utilizarea medicamentului respectiv;
- d) să sugereze că starea de sănătate a subiectului poate fi afectată dacă nu se utilizează medicamentul; această interdicție nu se aplică campaniilor de vaccinare prevăzute la art. 813 alin. (4);
- e) să se adreseze exclusiv sau în special copiilor;
- f) să facă referire la o recomandare a oamenilor de știință, specialiștilor din domeniul sănătății sau persoanelor care nu fac parte din aceste categorii, dar a căror celebritate poate încuraja consumul de medicamente;
- g) să sugereze că medicamentul este un aliment, produs cosmetic sau alt produs de consum;
- h) să sugereze că siguranța sau eficacitatea medicamentului este datorată faptului că acesta este natural;

- i) să poată, printr-o descriere sau reprezentare detaliată a unui caz, să ducă la o autodiagnosticare eronată;
- j) să ofere, în termeni inadecvați, alarmanți sau înșelători, asigurări privind vindecarea;
- k) să folosească, în termeni inadecvați, alarmanți sau înșelători, reprezentări vizuale ale schimbărilor în organismul uman cauzate de boli sau leziuni ori de acțiuni ale medicamentelor asupra organismului uman sau a unei părți a acestuia.⁵⁸

Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România⁵⁹ reprezintă autoritatea competentă în ceea ce privește evaluarea și avizarea materialelor publicitare și a oricărei alte forme de publicitate pentru medicamentele de uz uman, în conformitate cu prevederile titlului XVII, cap. VIII din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Normele aprobate prin Ordinul nr. 194/2015 se referă la activitățile de promovare și de publicitate destinate nu numai medicilor, ci și tuturor celorlalți profesioniști din domeniul sănătății care, în cadrul activităților profesionale pe care le desfășoară, pot prescrie, furniza, administra un medicament sau pot încuraja cumpărarea, distribuirea sau utilizarea acestuia.

Potrivit art. 2 alin. (2) din Normele pentru evaluarea și avizarea publicității la medicamentele de uz uman, aprobate prin ordinul anterior amintit: „Întreaga activitate de publicitate și promovare a medicamentelor trebuie să se facă în mod responsabil, etic și la cel mai înalt standard, pentru a asigura utilizarea în siguranță a medicamentelor, indiferent de modul lor de eliberare.” Aceste norme includ, conform prevederilor art. 6: „toate metodele de promovare, respectiv pe cele descrise la art. 4 pct. 21, precum și vizitele reprezentanților medicali, însoțite de înmânarea de materiale publicitare, publicitatea din jurnale sau reviste, publicații științifice, publicitatea directă prin e-mail și alte modalități de comunicare electronică (site-uri, pagini web, bloguri, forumuri), utilizarea de produse audiovizuale cum ar fi filmele, înregistrările video, serviciile de stocare a datelor”.

Astfel, se consideră publicitate pentru medicamente (reclamă) „orice formă de activitate organizată care are drept scop informarea prin metode directe sau indirecte, precum și orice formă de promovare destinată să încurajeze prescrierea, distribuirea, vânzarea, administrarea, recomandarea sau utilizarea unuia sau mai multor medicamente de uz uman. Publicitatea medicamentelor poate fi destinată profesioniștilor din domeniul sănătății sau publicului larg.”⁶⁰

Din analiza cadrului legal actual reținem faptul că publicitatea pentru un medicament:

- a) trebuie să fie exactă, echilibrată, echitabilă, obiectivă și completă pentru a da posibilitatea celor cărora le este adresată să își formeze propria opinie cu privire la valoarea terapeutică a medicamentului în cauză;
- b) trebuie să se bazeze pe evaluarea actualizată a tuturor dovezilor relevante și să reflecte clar aceste dovezi;
- c) trebuie să încurajeze utilizarea rațională a medicamentului, prin prezentarea obiectivă a acestuia, fără a-i exagera proprietățile, calitățile terapeutice;
- d) nu trebuie să încurajeze automedicația sau utilizarea nerațională a medicamentului;
- e) nu trebuie să fie înșelătoare, subliminală sau să inducă în eroare prin distorsionare, exagerare, accentuare nejustificată, omisiune sau în orice alt mod;
- f) nu trebuie să sugereze că un medicament sau un ingredient activ are vreun merit, calitate sau proprietate specială, dacă acest lucru nu poate fi documentat științific;
- g) nu trebuie să prejudicieze respectul pentru demnitatea umană;

⁵⁸ Conform art. 816 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată.

⁵⁹ Potrivit Ordinului Ministrului Sănătății nr. 194/2015 privind aprobarea Normelor pentru evaluarea și avizarea publicității la medicamentele de uz uman.

⁶⁰ Art. 11 din Normele pentru evaluarea și avizarea publicității la medicamentele de uz uman, aprobate prin Ordinul Ministrului Sănătății nr. 194/2015

h) nu trebuie să includă discriminări bazate pe rasă, sex, limbă, origine, origine socială, identitate etnică sau naționalitate;

i) nu trebuie să aducă prejudicii imaginii, onoarei, demnității și vieții particulare a persoanelor⁶¹.

Deținătorul autorizației de punere pe piață are obligația de a depune la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România spre avizare toate materialele publicitare destinate publicului larg/pacienților și să le pună pe piață numai după obținerea vizei de publicitate. Publicitatea destinată publicului larg este permisă doar pentru acele medicamente care, prin compoziție și indicații, pot fi utilizate fără intervenția unui medic, în scopul stabilirii diagnosticului, al prescrierii acestora sau pentru monitorizarea tratamentului, fiind suficiente, la nevoie, sfaturile farmaciștilor.⁶²

Cadrul legislativ ce guvernează în România domeniul audiovizual este reprezentat în principal de Legea Audiovizualului nr. 504/2002, adoptată de Parlamentul României, dar și de Codul de reglementare a conținutului audiovizual, adoptat de Consiliul Național al Audiovizualului prin Decizia nr. 220 în 24.02.2011. Legea Audiovizualului oferă cadrul general privind activitatea radiodifuzorilor și a Consiliului Național al Audiovizualului din România, iar Codul de reglementare a conținutului audiovizual detaliază obligațiile posturilor de radio și de televiziune licențiate în România, în ceea ce privește conținutul editorial, precum informarea corectă, protecția demnității umane, dreptul la replică, protecția minorilor și respectarea regimului publicității. Potrivit art. 29 din Legea nr. 504/2002 a audiovizualului, printre condițiile pe care trebuie să le respecte comunicările comerciale audiovizuale difuzate de furnizorii de servicii media audiovizuale, este menționată și cea prevăzută la litera f): „să nu stimuleze comportamente dăunătoare sănătății sau siguranței populației”.

Totodată, din conținutul aceluiași articol reținem că orice formă de comunicare comercială audiovizuală pentru țigări și alte produse pe bază de tutun este interzisă, sunt interzise comunicările comerciale audiovizuale destinate produselor și tratamentelor medicale disponibile numai pe bază de prescripție medicală, comunicările comerciale audiovizuale trebuie să nu provoace nicio daună morală, fizică sau mentală minorilor, iar furnizorii de servicii media audiovizuale sunt încurajați să dezvolte coduri de conduită privind comunicările comerciale audiovizuale inadecvate, cu precădere privind pe cele care însoțesc programele pentru copii sau sunt incluse în acestea, referitoare în special la mâncăruri și băuturi ce conțin substanțe cu efect nutrițional sau fiziologic cu conținut bogat în grăsimi, acizi grași, sare și zahăr, nerecomandate într-un regim alimentar echilibrat. De asemenea, conform art. 36 alin. (4) din Legea nr. 504/2002 a audiovizualului: „Se interzic teleshoppingul pentru produsele medicamentoase care intră sub incidența autorizației de punere pe piață, prevăzută la titlul XVII, cap. NI, secțiunea 1 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, precum și teleshoppingul tratamentelor medicale.”

Din Codul de reglementare a conținutului audiovizual reținem prevederile art. 120 potrivit cărora „(1) Sub rezerva derogărilor prevăzute de legislația comunitară și națională aplicabile produselor și suplimentelor alimentare și apelor minerale naturale, informațiile prezentate nu trebuie să le atribuie proprietăți de prevenire, de tratament și de vindecarea unei boli umane și nu trebuie să sugereze astfel de proprietăți. (2) În publicitatea și teleshoppingul la suplimente alimentare, informațiile de prezentare a produselor pot conține exclusiv datele din eticheta, cutia, flaconul și/sau prospectul produsului, care au fost, după caz, avizate de către institutele naționale de sănătate publică din subordinea Ministerului Sănătății sau notificate de către Institutul de Bioresurse Alimentare, precum și mențiunile nutriționale și de sănătate aprobate în conformitate cu Regulamentul (CE) nr.1.924/2006. (3) Nu se vor atribui

⁶¹ Conform dispozițiilor art. 12 alin. (1) din Normele pentru evaluarea și avizarea publicității la medicamentele de uz uman, aprobate prin Ordinul Ministrului Sănătății nr. 194/2015.

⁶² Art. 40 alin. (1) din Normele pentru evaluarea și avizarea publicității la medicamentele de uz uman

alimentelor proprietăți pe care acestea nu le posedă. (4) În publicitatea pentru alimente adresată minorilor este interzisă folosirea celebrităților, personalităților sau medicilor. Publicitatea la alimente adresată minorilor este definită în conformitate cu codul de autoreglementare al Consiliului Român pentru Publicitate, depozitar al Codului etic pentru publicitatea adresată copiilor referitoare la produse alimentare. (5) În cadrul calupurilor publicitare ce promovează alimente radiodifuzorii trebuie să difuzeze alternativ unul dintre următoarele mesaje de avertizare: a) "Pentru o viață sănătoasă, consumați zilnic fructe și legume."; b) "Pentru o viață sănătoasă, faceți mișcare cel puțin 30 de minute în fiecare zi."; c) "Pentru o viață sănătoasă, consumați zilnic minimum 2 litri de apă."; d) "Pentru o viață sănătoasă, respectați mesele principale ale zilei."; e) "Pentru sănătatea dumneavoastră evitați excesul de sare, zahăr și grăsimi."; f) "Hrănirea exclusiv la sân a copilului în primele 6 luni este esențială pentru o viață sănătoasă."; g) "Pentru sănătatea emoțională a copilului dumneavoastră petreceți cât mai mult timp împreună cu el."; h) "Pentru o bună sănătate orală, spălați-vă pe dinți de două ori pe zi."; i) "Consumul de alcool până la vârsta de 18 ani dăunează grav dezvoltării creierului."; j) "Pentru egalitate de șanse, copiii cu dizabilități au dreptul să învețe în orice școală."

Secțiunea a-7-a din Codul de reglementare a conținutului audiovizual este dedicată reglementărilor privind publicitatea la produse medicale, suplimente alimentare, alimente cu destinație nutrițională specială, astfel că, prin publicitate audiovizuală pentru produse medicale se înțelege orice formă de promovare destinată să stimuleze distribuția, consumul sau vânzarea medicamentelor și a dispozitivelor medicale, fiind interzise publicitatea și teleshoppingul pentru produsele și tratamentele medicale care necesită prescripție medicală, dar și publicitatea și teleshoppingul la medicamente care conțin substanțe definite ca stupefiante sau psihotrope.

6.2 Cadrul legal referitor la suplimentele alimentare

Conform Legii nr. 56/2021 privind suplimentele alimentare, introducerea pe piață de către producător, importator sau persoana responsabilă cu plasarea produsului pe piață în România a suplimentelor alimentare se realizează pe baza certificatului de notificare, emis de Ministerul Sănătății. Modificările privind calitatea și/sau compoziția suplimentelor alimentare determină anularea certificatului de notificare.

Potrivit art. 14 alin. (4) din legea anterior amintită, „în cazul unor informații potrivit cărora un supliment alimentar periclitează sănătatea umană deși este în conformitate cu prevederile prezentei legi, autoritatea competentă poate suspenda sau restricționa temporar comercializarea suplimentului alimentar în cauză pe teritoriul României; notificarea cu celeritate a Comisiei Europene se realizează conform legislației în vigoare.”

În etichetarea, prezentarea și în comunicările comerciale referitoare la suplimentele alimentare, adresate consumatorilor și profesioniștilor din domeniul sănătății, este interzisă atribuirea proprietăților de prevenire, tratare sau vindecare a unei boli umane sau referirea la asemenea proprietăți, iar comunicările comerciale pentru promovarea suplimentelor alimentare vor respecta prevederile Legii nr. 56/2021 și ale actelor normative speciale privind publicitatea; în comunicările comerciale pentru promovarea proprietăților suplimentelor alimentare se vor utiliza exclusiv informațiile prezente pe etichetă și prospectul suplimentului alimentar, informații aprobate de autoritatea competentă, în conformitate cu prevederile legislației naționale/europene în vigoare.⁶³

Faptele care constituie contravenții sunt precizate la art. 9 din Legea nr. 56/2021, astfel: „a) etichetarea neconformă cu legislația în vigoare a suplimentelor alimentare, având în vedere și prevederile art. 14 alin. (2); b) încadrarea suplimentelor alimentare în altă categorie de

⁶³ Potrivit art. 7 alin. (2) din Legea nr. 56/2021 privind suplimentele alimentare

produse alimentare sau dispozitive medicale, cu scopul eludării dispozițiilor prezentei legi; c) comercializarea suplimentelor alimentare care au depășit data durabilității minimale; d) comercializarea suplimentelor alimentare fără certificat de notificare; e) nerespectarea prevederilor legale referitoare la ingredientele din listele prevăzute la art. 8 alin. (1) lit. b) și c); f) publicitatea neconformă cu legislația în vigoare a suplimentelor alimentare), precum și sancționarea acestor fapte prin aplicarea unor amenzi contravenționale de către autoritatea competentă și de către Autoritatea Națională pentru Protecția Consumatorului”.

Art. 15 din Legea nr. 56/2021 prevede faptul că **în termen de 90 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei legi, Ministerul Sănătății elaborează normele tehnice pentru fabricarea, comercializarea și utilizarea suplimentelor alimentare**, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, **fapt ce nu s-a produs până la data redactării prezentului raport**, fiind încă în vigoare Ordinul MS nr. 1069/2007 pentru aprobarea Normelor privind suplimentele alimentare, cu modificările și completările ulterioare, ordin care ar fi trebuit abrogat la data intrării în vigoare ale acestor noi norme tehnice.

6.3 Deficiențe semnalate în presă

Pe pagina de internet www.medijobs.ro a fost publicat articolul „*Cum modelează mass-media percepțiile despre îngrijirea sănătății și vizita la doctor*”⁶⁴ din al cărui conținut reținem: „Chiar dacă la noi în țară este interzisă difuzarea de reclame pentru medicamente pe bază de prescripție medicală, sunt permise reclamele la medicamente, suplimente alimentare și dispozitive medicale. După cum spuneam, spoturile publicitare ale industriei farmaceutice cumulează, în fiecare zi, 23 de ore pe toate canalele media din țara noastră, iar mai multe reclame înseamnă și mai multe posibile încălcări ale regulilor. Astfel, în 2017, Consiliul Național al Audiovizualului a decis suspendarea difuzării a 22 din 25 de reclame la suplimente alimentare analizate, în urma reclamațiilor primite. Cele mai comune abateri au fost atribuirea suplimentelor de calitate vindecătoare, recurgerea la practici înșelătoare sau agresive și încălcarea Regulamentului European nr. 1924/2006, privind mențiunile nutriționale și de sănătate înscrise pe produsele alimentare.”

Un alt articol intitulat „*Uriașa escrocherie a suplimentelor alimentare: milioane de euro din minciuni care împânzesc internetul*”, a fost publicat în 25.02.2021⁶⁵. Potrivit sursei din presă, principalele victime ale unei afaceri de zeci de milioane de euro sunt pensionarii și alte categorii de persoane neexperimentate în navigarea pe internet și în verificarea informațiilor. Se folosesc tehnici de manipulare precum: sunt clonate site-urile unor instituții precum Ministerul Sănătății, sunt furate identitățile unor medici care apar ca giranți ai suplimentelor fantomă și sunt folosite aplicații care deviază apelurile telefonice, astfel încât victimele să nu mai poată da de urma celor care le-au vândut produsele. Rețeaua folosește studii de piață care țin cont de incidența geografică a bolilor și de frecvența căutărilor făcute pe internet pentru diverse afecțiuni. La această campanie participă și multe site-uri web de presă, care își monetizează traficul acceptând reclame pentru astfel de leacuri. Cititorii diverselor site-uri de știri, găsesc la finalul articolelor calupuri de reclame care le vând iluzia că se pot vindeca rapid de orice afecțiune.

Potrivit unui comunicat al Consiliului Concurenței⁶⁶ din ianuarie 2022: „La nivelul consumatorilor există o confuzie între medicamente eliberate fără prescripție medicală (OTC - Over The Counter) și suplimente alimentare, deși cele două categorii de produse se diferențiază, în primul rând din punct de vedere al scopului pentru care sunt utilizate, s-a

⁶⁴ <https://medijobs.ro/blog/mass-media-impactul-reclamelor-la-produsele-farmaceutice>

⁶⁵ <https://recorder.ro/uriasa-escrocherie-a-suplimentelor-alimentare-milioane-de-euro-din-minciuni-care-impanzesc-internetul/>

⁶⁶ <http://www.consiliulconcurenței.ro/wp-content/uploads/2022/01/comunicat-studiu-OTC-si-SA-ian-2022.pdf>

observat în cadrul studiului derulat de Consiliul Concurenței pe aceste piețe. Consumatorii selectează medicamentele OTC și suplimentele alimentare în funcție de beneficiile prezentate, utilizarea personală anterioară, sfaturi de la profesioniști din domeniul sănătății (de ex. farmaciști). În ceea ce privește suplimentele alimentare, cumpărătorii sunt, însă, influențați și de experiența împărtășită de alți consumatori pe site-urile de comercializare a acestor produse. Unele dintre aceste comentarii nu sunt întotdeauna corecte și pot induce în eroare consumatorii, iar faptul că nu există o monitorizare și nicio moderare a conținutului (comentariilor) pe site-urile de comercializare adâncește confuzia privind OTC și suplimente alimentare.”

În acest context, Consiliul Concurenței susține propunerea Institutului de Bioresurse Alimentare privind implementarea unui program de monitorizare a efectelor aferente suplimentelor alimentare și recomandă crearea unei platforme unice dedicată suplimentelor alimentare, respectiv realizarea unor campanii de educare și informare având ca scop difuzarea de informații cu privire la particularitățile suplimentelor alimentare și medicamentelor OTC.

6.4 Demersuri întreprinse de Avocatul Poporului la autoritățile competente

În vederea clarificării situației de fapt, ne-am adresat Consiliului Național al Audiovizualului, având următoarele solicitări de informații:

- dacă în cursul anului 2021 au fost sancționați furnizorii de servicii media audiovizuale pentru nerespectarea dispozițiilor Legii nr. 504/2002 a audiovizualului și Codului de reglementare a conținutului audiovizual, dispoziții referitoare la promovarea unor comportamente dăunătoare sănătății populației,
- câți furnizori au fost sancționați și care este cuantumul total al acestor amenzi sau ce alte măsuri au fost dispuse,
- dificultăți rezultate din aplicarea cadrului legislativ actual și eventuale propuneri cu privire la îmbunătățirea acestuia.

Consiliul Național al Audiovizualului, prin adresa nr. 4965RF/16.05.2022, ne-a menționat că în cursul anului 2021, ca urmare a analizării unei spețe în care mai mulți telespectatori semnalau nerespectarea dispozițiilor referitoare la promovarea unor comportamente dăunătoare sănătății populației, mai exact cele cu privire la publicitatea pentru medicamente și suplimente alimentare, Consiliul a dispus intrarea în legalitate în privința unei comunicări comerciale audiovizuale, cu privire la spotul pentru produsul „Bloxivir” difuzat de posturile de televiziune, în perioada 18-24.10.2021.

Față de acest subiect, am întreprins un demers scris către Ministerul Sănătății, solicitând informații privind numărul campaniilor de informare privind educația medicală și prevenția derulate în anul 2021 în spațiul audiovizual, mijloacele de informare în masă utilizate privind educația medicală și prevenția în anul 2021, respectiv numărul certificatelor de notificare aferente suplimentelor alimentare, emise de Ministerul Sănătății în anul 2021 și numărul certificatelor de notificare aferente suplimentelor alimentare retrase.

Ministerul Sănătății, prin adresa nr. 1/8643/11.07.2022, ne-a precizat că în anul 2021 au fost derulate 13 campanii de informare, educare și comunicare, cu teme stabilite pe baza unor priorități de sănătate publică, iar numărul certificatelor de notificare pentru suplimente alimentare emise pentru anul 2021 a fost de 1700.

Referitor la subiectul prezentat, ne-am adresat și Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România (ANMDMR) cu următoarele solicitări de informații:

- numărul autorizațiilor de punere pe piață a medicamentelor de uz uman în anul 2021,
- numărul suspendărilor, numărul retragerilor autorizațiilor de punere pe piață a medicamentelor de uz uman în anul 2021,
- măsuri, sancțiuni aplicate în îndeplinirea atribuțiilor specifice prevăzute de Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată și de Ordinul Ministrului

Sănătății nr. 194/2015 privind aprobarea Normelor pentru evaluarea și avizarea publicității la medicamentele de uz uman,

- dificultăți rezultate din aplicarea cadrului legislativ actual și eventuale propuneri cu privire la îmbunătățirea acestuia.

Agencia Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, prin adresa nr. 55726E/16.05.2022, ne-a comunicat faptul că în anul 2021 a emis un număr de 601 autorizații de punere pe piață din care 46 autorizații prin procedură națională conform secțiunii 1 cap. III titlul XVIII din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și 555 autorizații prin proceduri europene (de recunoaștere mutuală și procedura descentralizată), conform secțiunii a 5-a cap. III titlul XVIII din Legea nr. 95/2006.

Totodată, s-a menționat că în anul 2021 au figurat în Nomenclatorul medicamentelor de uz uman 62 medicamente autorizate prin procedura centralizată de Agenția Europeană a Medicamentului în condițiile Regulamentului (CE) nr. 726/2004 al Parlamentului European. Au fost emise 127 autorizații privind furnizarea de medicamente pentru nevoi speciale conform Ordinului ministrului sănătății nr. 85/2013 pentru aprobarea Normelor de aplicare a prevederilor art. 703 alin. (1) și (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății referitoare la medicamentele utilizate pentru rezolvarea unor nevoi speciale, cu modificările și completările ulterioare. În evidențele acestei agenții, în anul 2021, se regăsesc 489 autorizații de punere pe piață întrerupte și 12 autorizații de punere pe piață suspendate, fiind emise și 21 de decizii de întrerupere a valabilității pentru 21 de autorizații privind furnizarea de medicamente pentru nevoi speciale.

În privința măsurilor, sancțiunilor aplicate în îndeplinirea atribuțiilor legale, Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România a precizat că, în urma procesului de monitorizare a publicității medicamentelor de uz uman, a identificat materiale publicitare neconforme cu prevederile legale (art. 4 alin. (3) pct. 8 din Legea nr. 134/2019 privind reorganizarea Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, art. 72 alin. (1) și (2) din Ordinul ministrului sănătății nr. 194/2015, art. 875 alin. (1) lit. ș) din Legea nr. 95/2006) și a solicitat de fiecare dată retragerea acestora.

În legătură cu suplimentele alimentare, am întreprins un demers scris la Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare pentru Bioresurse Alimentare (IBA), solicitând informații despre faptul dacă actualul cadru legal reglementează eficient comerțul online de suplimente alimentare, respectiv deficiențele înregistrate și soluții de îmbunătățire a cadrului legislativ actual în materia comercializării suplimentelor alimentare.

Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare pentru Bioresurse Alimentare, prin adresa nr. 1019/11.05.2022, ne-a comunicat punctul de vedere referitor la actualul cadru legislativ specific suplimentelor alimentare, respectiv Legea nr. 56/2021 privind suplimentele alimentare. Astfel, (INCD-IBA) a precizat că s-au întreprins numeroase demersuri în sensul semnării faptului că proiectul de lege care conține reglementări privind suplimentele alimentare nu este pus în acord cu reglementările europene (inclusiv în privința comerțului online, cooperarea dintre autorități pentru identificarea și sancționarea celor care încalcă legea, fiind implicați în comerț ilegal, fraude alimentare și inducerea în eroare a consumatorilor) și nici cu actele normative conexe din domeniu, însă din păcate, legiuitorul nu a ținut cont de ele.

Dincolo de nerespectarea unor norme europene în materie legislativă (Directiva 2015/1535 privind furnizarea de informații în domeniul reglementărilor tehnice, care prevede obligativitatea notificării CE înainte de intrarea în vigoare a actelor normative ce vizează domeniile nearmonizate ale Uniunii) și omiterea includerii în Legea nr. 56/2021 a unor referiri importante la legislația generală a produselor alimentare (Regulamentul (CE) nr. 178/2002 al Parlamentului European și al Consiliului din 28 ianuarie 2002 care se aplică atât produsului finit, cât și tuturor ingredientelor din compoziția acestuia, reglementările exprese privind

mențiunile nutriționale și de sănătate, noul Regulament (UE) nr. 625/2017 al Parlamentului European și al Consiliului privind controlul oficial al produselor alimentare etc.), această lege nu a adus clarificările așteptate, ci mai degrabă confuzii și a alimentat inechități în rândul operatorilor. IBA mai afirmă că prin conținutul art. 6 alin. (1) din proiectul de lege nu sunt respectate cerințele Reg. 515/2019 privind recunoașterea reciprocă și nici norme din legislația națională.

6.5 Concluzii și propuneri

- În vederea perfecționării reglementărilor legale în vigoare referitoare la suplimentele alimentare, prezintă utilitate efectuarea de demersuri scrise către comisiile de specialitate din Parlament cu privire la aspectele semnalate de Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare pentru Bioresurse Alimentare;
- Se impune o analiză aprofundată din partea autorităților competente a reglementărilor în domeniul publicității online;
- Întrucât art. 15 din Legea nr. 56/2021 prevede faptul că în termen de 90 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei legi, Ministerul Sănătății elaborează normele tehnice pentru fabricarea, comercializarea și utilizarea suplimentelor alimentare, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, fapt ce nu s-a produs până la data redactării prezentului raport, fiind încă în vigoare Ordinul MS nr. 1069/2007 pentru aprobarea Normelor privind suplimentele alimentare, cu modificările și completările ulterioare, ordin care ar fi trebuit abrogat la data intrării în vigoare ale acestor noi norme tehnice, este necesar ca Ministerul Sănătății să demareze elaborarea normelor tehnice;
- Având în vedere că Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare pentru Bioresurse Alimentare nu are mecanisme prin care să poată impune sancțiuni, este necesară reglementarea acestor situații și luarea de măsuri de combatere;
- Având în vedere omiterea includerii în Legea nr. 56/2021 privind suplimentele alimentare a unor referiri importante la legislația generală a produselor alimentare (Regulamentul (CE) nr. 178/2002 al Parlamentului European și al Consiliului din 28 ianuarie 2002 care se aplică atât produsului finit, cât și tuturor ingredientelor din compoziția acestuia, reglementările exprese privind mențiunile nutriționale și de sănătate, noul Regulament (UE) nr. 625/2017 al Parlamentului European și al Consiliului privind controlul oficial al produselor alimentare etc.), în lege nefiind incluse prevederi raportat la Recomandările Comisiei Europene ce vizează în mod expres monitorizarea suplimentelor alimentare care conțin anumite ingrediente în legătură cu consumul cărora există potențiale riscuri pentru sănătatea consumatorului (Rec. (UE) 2015/1381 privind monitorizarea arseniului din alimente; Rec. (UE) 2016/2115 privind monitorizarea prezenței tetrahidrocanabinolului, a precursorilor săi și a altor canabinoide în produsele alimentare etc.), sunt necesare propuneri legislative în acest sens.

CAPITOLUL 7.

PRINCIPALELE PROPUNERI FORMULATE DE AVOCATUL POPORULUI PRIN INTERMEDIUL RAPORTULUI SPECIAL

a) Propuneri referitoare la activitatea medicilor de familie:

- Este necesară intensificarea eforturilor autorităților publice pentru asigurarea accesului întregii populații a României la serviciile medicilor de familie, în special în mediul rural.
- Este necesară implicarea activă a medicilor de familie în ceea ce privește implementarea telemedicinii și aplicarea sa în toate cazurile în care este posibil și oportun, inclusiv atunci când pacientul necesită anumite documente medicale și se află în imposibilitate de a se deplasa la cabinet spre a le ridica sau din pricina stării de sănătate este preferabil ca pacientul să nu se deplaseze (ex.: rețete, concedii medicale, adeverințe medicale etc.). În astfel de cazuri, este foarte important ca pacientul să aibă posibilitatea de a contacta medicul de familie telefonic sau prin e-mail, care la rândul său să aibă posibilitatea transmiterii documentelor necesare pacientului în format electronic.
- Aplicarea telemedicinii și în ceea ce privește educația asupra sănătății realizată de medicul de familie (transmiterea informațiilor utile pacientului telefonic sau prin e-mail). Mecanismul prezintă utilitate inclusiv din perspectiva evitării aglomerării cabinetelor de medicină de familie, așa cum deseori se întâmplă în prezent.
- Pot prezenta utilitate, din această perspectivă, sprijinul tehnic și instruirea medicilor de familie în sensul aplicării telemedicinii.

b) Propuneri referitoare la asistența medicală comunitară:

- Extinderea în continuare a rețelei de asistență medicală comunitară la nivel național, cu prioritate în comunitățile rurale sărace și/sau fără medic de familie.
- Asigurarea sustenabilității financiare a activității de asistență medicală comunitară (comunitățile sărace sunt primele beneficiare ale asistenței medicale comunitare și acestea nu vor putea asigura sustenabilitatea) și respectarea standardelor de dotare minimă.
- Evaluarea legislației care reglementează activitatea de asistență medicală comunitară, inclusiv a centrelor comunitare integrate și inițierea de modificări legislative pentru asigurarea unui cadru de reglementare flexibil, adaptat specificului fiecărei comunități.
- Reglementarea relației profesionale cu medicul de familie, cu ceilalți furnizori de servicii medicale (din echipa comunitară, din comunitate, cu serviciile specializate).
- Dezvoltarea unui program de specializare în asistență medicală comunitară.
- Asigurarea accesului gratuit la cursuri de formare profesională pentru personalul care lucrează în asistență medicală comunitară.
- Stabilirea unor modalități de identificare a nevoilor de asistență medicală prioritară pentru populația vulnerabilă, inclusiv cele care pot fi furnizate prin sistemul de telemedicină.
- Realizarea unui plan anual de campanii județene de promovare a activității de asistență medicală, pentru înțelegerea rolului și importanței acesteia în rândul tuturor părților interesate (decidenți, autorități, publicul larg).

c) Propuneri referitoare la pachetul de analize medicale gratuite:

- Identificarea de soluții, elaborarea de noi proceduri prin care să se faciliteze programarea pacienților la clinici în vederea efectuării analizelor decontate de CNAS, astfel

încât aceștia să nu mai fie nevoiți să apeleze la multiple clinici pentru identificarea unui loc disponibil și să se evite aglomerațiile la clinici.

- Alocarea de resurse financiare suficiente pentru acordarea pachetului gratuit de analize, astfel încât toți cei care optează pentru efectuarea acestor analize să aibă posibilitatea să beneficieze de ele în termen de maxim o lună de la momentul prezentării la medicul de familie în acest scop; în acest mod se va evita respingerea pacienților de către clinici pe motiv de „fonduri epuizate”.
- Identificarea de soluții pentru scurtarea timpului de așteptare din momentul emiterii trimerii de către medicul de familie până la momentul efectuării investigațiilor propriu-zise.
- Dezvoltarea conceptului de telemedicină și aplicarea eficientă a acestuia, implicarea activă a medicilor de familie.
- Analizarea oportunității lansării unor caravane dotate pentru recoltare, care să fie disponibile periodic pentru persoanele din localitățile izolate, unde există cerere pentru efectuarea analizelor medicale gratuite; o posibilă soluție ar fi ca medicii de familie să întocmească liste cu persoanele cărora li se recomandă efectuarea acestor analize și care doresc să beneficieze de acest serviciu, iar aceste caravane să fie trimise în acele localități.
- Extinderea pachetului de analize gratuite atunci când se dovedește importanța efectuării unor teste neincluse în prezent în pachet (ex. frecvența incidenței anumitor boli pentru care testarea nu este inclusă în pachetul gratuit, gravitatea consecințelor depistării tardive a anumitor afecțiuni, etc.).

d) Propuneri referitoare la programele naționale de sănătate:

- Facilitarea accesului cetățenilor la tratamente inovatoare, care în prezent nu sunt disponibile în țara noastră, aducerea de noi tehnologii în țară.
- Oferirea de facilități sporite de către statul român pentru efectuarea de tratamente în străinătate pentru toate persoanele care au nevoie să beneficieze de o anumită intervenție medicală pentru salvarea vieții care este disponibilă doar în străinătate; așa încât persoanele aflate în astfel de situații să nu mai fie nevoite să depindă de donații pentru a efectua un tratament cu potențial salvator.
- Sprijinirea inițiativelor de cercetare în materie medicală, astfel încât specialiștii din țara noastră să aibă posibilitatea să inițieze și să se implice în proiecte de cercetare în România și să se încurajeze inovarea în știința medicală inclusiv în acest mod.
- Inițierea de programe de sănătate, prin care să se implementeze cele mai noi tehnici și tratamente, care s-au dovedit a fi eficiente în combaterea anumitor afecțiuni.

e) Propuneri referitoare la programele de screening:

- Dezvoltarea programelor de sănătate și programelor de screening pentru afecțiunile care constituie principalele cauze ale deceselor în România și anume: boli ale aparatului circulator, tumori și boli ale aparatului respirator.
- Campanii de informare cu privire la programele de screening în derulare, dar și privind noile descoperiri științifice în materie de sănătate, atât pentru pacienți cât și pentru personalul medical.

f) Propuneri referitoare la educația medicală în școli:

- O analiză aprofundată, efectuată de către specialiști din domeniul sănătății și al educației în vederea introducerii unei materii referitoare la educația pentru sănătate în cadrul trunchiului comun.

g) Propuneri referitoare la comercializarea suplimentelor alimentare:

- Se impune o analiză aprofundată a reglementărilor în domeniul publicității online din partea autorităților competente.
- Elaborarea normelor tehnice de către Ministerul Sănătății pentru fabricarea, comercializarea și utilizarea suplimentelor alimentare⁶⁷.
- Având în vedere că Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare pentru Bioresurse Alimentare nu are mecanisme prin care să poată impune sancțiuni, este necesară reglementarea acestor situații și luarea de măsuri de combatere.
- Includerea în legislație a Recomandărilor Comisiei Europene ce vizează în mod expres monitorizarea suplimentelor alimentare care conțin anumite ingrediente în legătură cu consumul cărora există potențiale riscuri pentru sănătatea consumatorului⁶⁸.

⁶⁷ art. 15 din *Legea nr. 56/2021*

⁶⁸ Rec. (UE) 2015/1381 privind monitorizarea arseniului din alimente; Rec. (UE) 2016/2115 privind monitorizarea prezenței tetrahidrocanabinolului, a precursorilor săi și a altor canabinoide în produsele alimentare etc.

Bibliografie

I. Legislație:

1. Constituția României, republicată;
2. Decizia Curții Constituționale nr. 498 din 17 iulie 2018;
3. Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene;
4. Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
5. Legea nr. 17/2001 prin care au fost ratificate Convenția europeană pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane față de aplicațiile biologiei și medicinei, Convenția privind drepturile omului și biomedicina, semnată la Oviedo la 4 aprilie 1997 și Protocolul adițional la Convenția europeană pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane față de aplicațiile biologiei și medicinei, referitor la interzicerea clonării ființelor umane, semnat la Paris la 12 ianuarie 1998;
6. Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
7. Legea Audiovizualului nr. 504/2002;
8. Legea nr. 56/2021 privind suplimentele alimentare;
9. Legea nr. 180/2017 pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 18/2017 privind asistența medicală comunitară, cu modificările și completările ulterioare;
10. Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 162/2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății Publice către autoritățile administrației publice locale;
11. Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 18/2017 privind asistența medicală comunitară, aprobată prin Legea nr. 180/2017, cu modificările și completările ulterioare;
12. Ordonanța de Guvern 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată
Hotărârea de Guvern nr. 696 din 26 iunie 2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021;
13. Hotărârea de Guvern nr. nr. 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară;
14. Hotărârea Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor de sănătate publică; Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică;
15. NORME PROPRII din 10 martie 2022 de aplicare a prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale,

tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022, adaptate la specificul organizării asistenței medicale în rețeaua sanitară a ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, aplicabile în relațiile contractuale dintre Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și furnizorii de servicii medicale și medicamente care aparțin acestei rețele – aprobate prin ORDINUL COMUN nr. 758/M.38/927.911/1.353/C/9.503/1/329/4.208/2022, publicat în Monitorul Oficial nr. 299 din 28 martie 2022;

16. Ordinul ministrului sănătății nr. 1068/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 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 2021-2022
17. Ordinul ministrului sănătății nr. 964/31.03.2022 privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică;
18. Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 180/2022 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022 și 2023;
19. Ordinul ministrului sănătății nr. 153/2003 pentru aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale;
20. Ordinul nr. 1010/2020 privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 153/2003 pentru aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale;
21. Ordinul nr. 619/2002 pentru aprobarea funcționării ocupației de mediator sanitar și a Normelor tehnice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității mediatorilor sanitari în anul 2002;
22. Ordinul comun al ministrului sănătății și ministrului educației nr. 438/4629/2021 privind asigurarea asistenței medicale a preșcolarilor, elevilor din unitățile de învățământ preuniversitar și studenților din instituțiile de învățământ superior pentru menținerea stării de sănătate a colectivităților și pentru promovarea unui stil de viață sănătos;
23. Ordinul nr. 3238/2021 pentru aprobarea Metodologiei privind dezvoltarea curriculumului la decizia școlii;
24. Ordinului ministrului sănătății nr. 194/2015 privind aprobarea Normelor pentru evaluarea și avizarea publicității la medicamentele de uz uman;
25. Ordinul ministrului sănătății nr. 194/2015 privind Normele pentru evaluarea și avizarea publicității la medicamentele de uz uman;
26. Codul de reglementare a conținutului audiovizual, adoptat de Consiliul Național al Audiovizualului prin Decizia nr. 220 în 24.02.201.

II. Rapoarte și studii:

1. **Studiul realizat în anul 2021 de Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate și UNICEF având ca temă „Asistența medicală comunitară”** - relevă o serie de probleme cu care se confruntă atât cei care fac parte din rețeaua de asistență comunitară, cât și autoritățile în subordinea cărora se află asistenții medicali comunitari și mediatorii sanitari, https://www.unicef.org/romania/media/6016/file/AMC%20Study_v9-18.08.21-web.pdf
2. **Raportul Special al Avocatului Poporului privind lipsa medicilor de familie în zona rurală și din zonele defavorizate sau greu accesibile,** <https://avp.ro/wp-content/uploads/2021/04/Raport-special-privind-lipsa-medicilor-de-familie-din-zona-rurala-si-din-zonele-defavorizate-sau-greu-accesibile.pdf>
3. **Strategia națională de sănătate 2014-2020,** <https://www.ms.ro/strategia-nationala-de-sanatate-2014-2020/>
4. **Raportul cu privire la realizarea Strategiei naționale de sănătate publică pentru anii 2014-2020, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 1032/2013** - (Perioada raportării: anii 2014-2020), <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/05/Raport-Strategia-Na%C8%9Bional%C4%83-de-S%C4%83n%C4%83tate-Public%C4%83-2014-2020.pdf>
5. **Asistența medicală comunitară – studiu realizat în anul 2021 de Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate și UNICEF**
6. **Revista Management în sănătate – XVI/1/2012 – Dezvoltarea rețelei de asistență medicală comunitară – o nevoie și un sprijin pentru comunitate** (articol redactat de dr. Vasilica Constantinescu, dr. Mona Moldovan și psiholog Raluca Sfetcu)
7. **Programul “Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”-** este un program pilot implementat în parteneriat de către Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Ministerul Sănătății și Ministerul Educației și Cercetării, finanțat din fonduri europene, cu perioada de implementare 12.09.2018 – 11.01.2022
8. **European Council (2014), Council conclusions on the economic crisis and healthcare, 2014/C 217/02,** [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52014XG0710\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52014XG0710(01))
9. **Health at a Glance: Europe 2020, © OECD/European Union,** https://health.ec.europa.eu/system/files/2020-12/2020_healthatglance_rep_en_0.pdf
10. **Ghidul Asiguratului, iulie 2021, Casa Națională de asigurări de Sănătate,** <https://cnas.ro/ghidul-asiguratului/>
11. **Raport privind starea învățământului preuniversitar din România, 2020-2021, totalul efectivelor de elevi ,** https://www.edu.ro/sites/default/files/_fi%C8%99iere/Minister/2021/Transparenta/Stare%20invatamant/Raport_stare_invatamant_preuniversitar_RO_2020_2021.pdf
12. **Ghid de prevenție Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară,**

http://insp.gov.ro/download/cnepss/metodologii_ghiduri_recomandari_si_evidente_stintifice/ghiduri_si_recomandari/Ghid-Volumul-1-web.pdf

13. **Manual Promovarea sănătății și educație pentru sănătate - Școala Națională de Sănătate Publică și Management,**
http://www.snspps.ro/UserFiles/File/ph_press/php_ps_edsan.pdf

III. Pagini de internet:

1. <https://raportuldegarda.ro/raport-ihe-indicatii-screening-cancer-col-uterin-cancer-colorectal-necesitate/>
2. <https://www.hotnews.ro/stiri-sanatate-25311103-bolnavii-cancer-din-romania-nevoie-programe-screening-diagnostic-timpuriu-acces-tratamente-inovatoare-campanii-informare.htm>
3. <https://jurnalul.ro/stiri/social/o-radiografie-a-sanatatii-subrede-a-romanilor-de-la-sat-909222.html>
4. <https://www.rfi.ro/social-140693-romania-pe-primul-loc-ue-la-numarul-de-decese-din-cauze-tratabile>
5. https://media.hotnews.ro/media_server1/document-2021-12-13-25240344-0-starea-sanatatii-uniunea-europeana.pdf
6. <http://www.saptamanamedicala.ro/articole/Preventia-este-mai-putin-costisitoare>
7. <https://romania.europalibera.org/a/romania-obezitate-oms-raport-2022/31832546.html>
8. <https://www.salvaticopiii.ro/ce-facem/sanatate/educatie-pentru-sanatate/educatie-pentru-sanatate-in-curricula-scolara>
9. <https://www.mediafax.ro/economic/studiu-o-stare-de-sanatate-mai-buna-a-romanilor-ar-putea-duce-o-crestere-a-pib-de-9-in-2040-19410184>
10. <http://www.consiliulconcurentei.ro/wp-content/uploads/2022/01/comunicat-studiu-OTC-si-SA-ian-2022.pdf>
11. <https://medijobs.ro/blog/mass-media-impactul-reclamelor-la-produsele-farmaceutice>
12. <https://recorder.ro/uriasa-escrocherie-a-suplimentelor-alimentare-milioane-de-euro-din-minciuni-care-impanzesc-internetul/>
13. <http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2020/10/wp5-final-updated-landscape-report-hpdp-21-countries-1.pdf>
14. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_08/default/map?lang=en
15. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventable_and_treatable_mortality_statistics&oldid=569188#Leading_causes_of_avoidable_death_.E2.80.94_analysis_by_Member_State