

**FORUMUL STUDENȚILOR ROMÂNI DE PRETUTINDENI**  
**26-30 AUGUST 2021**

---

**REZOLUȚIA COMITETULUI  
PENTRU SĂNĂTATE DIN CADRUL  
FORUMULUI STUDENȚILOR  
ROMÂNI DE PRETUTINDENI**





---

# PREAMBUL

În abordare modernă, sănătatea este definită drept „capacitatea unui sistem de a răspunde adaptiv provocărilor variate din mediu - fizice, chimice, infecțioase, sociale”. Această perspectivă aduce în discuție factori extrinseci individului, precum sistemul împreună cu organizațiile de sănătate naționale. Așadar, pentru menținerea integrității fizice și psihice individuale, este necesară o bună funcționare a ansamblului de îngrijiri medicale.

Problematika discrepanțelor în sistemul sanitar din mediul rural românesc poate fi abordată prin 3 dimensiuni: infrastructură, personal medical, educație sanitară coroborată cu dezinteresul entităților decizionale cu privire la importanța îngrijirii primare și a profilaxie.

În România, statul are obligația asigurării unui sistem sanitar răspunzător de sănătatea populației, fapt ce implică un cadru legislativ adecvat, precum și alocarea resurselor necesare consolidării unei infrastructuri, care să cuprindă resurse umane și materiale optime. În acest sens, Constituția României, prin art. 34, prevede garantarea drepturilor la ocrotirea sănătății, în concordanță cu Declarația Universală a Drepturilor Omului. Cadrul legislativ de bază care statuează prevederi în domeniul sănătății este Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată și cu modificările ulterioare.

În ceea ce privește resursa umană, lipsa aderării personalului medical la furnizarea de servicii medicale în sate cuprinde atât proaspăt absolvenții de facultate cu profil medical, cât și medicii vârstnici cu experiență. În anul 2020, 328 de localități rurale (2,52% din populația României), nu dispun de un medic de familie. Mai mult, există o evidentă discrepanță în distribuția personalului medical pe ramuri (asistența medicală primară și secundară). În anul 2019, și-au desfășurat activitatea în localitățile rurale numai 9% dintre medici, 12,4% dintre medicii stomatologi, 18,2% din totalul farmaciștilor, 10,9% din totalul personalului sanitar mediu și 11,6% din personalul sanitar auxiliar. Coroborând cu inexistența unei asistențe primare comprehensive, lipsa de echitate dintre cele două medii determină populația din mediul rural, în ciuda unui statut socio-economic scăzut, precum și a unei infrastructuri a transportului deficitară, să se deplaseze în marile centre urbane, ducând la supraaglomerarea acestora și suprasolicitarea serviciilor de medicină în regim de urgență.

---



În momentul de față, cadrul legislativ nu stipulează obligativitatea alocării unor sume din bugetul de stat ca stimulente materiale pentru personalul care activează în mediul rural. Art. 199 alin. 2 din Legea 95/2006 atestă faptul că autoritățile administrației publice **locale pot acorda** personalului medical și de specialitate din spitalele publice din rețeaua sanitară proprie stimulente financiare lunare. De asemenea, nu există un cadru legislativ care să ofere medicilor care au avut o perioadă de activitate în mediul rural **beneficii privind vechimea de muncă la calculul pensiei**. În plus, statul nu se obligă să ofere medicilor navetiști, care își desfășoară activitatea în mediul rural posibilitatea **decontării transportului/a cazării** dacă aceasta se impune (propunerea legislativă pentru completarea Legii nr.95/2006 în acest sens a fost respinsă).

Mai mult decât atât, putem vorbi și despre o conștientizare redusă asupra resurselor folosite pentru a obține rezultatele curente, fapt care a condus la discrepanța existentă în momentul de față între infrastructura ansamblului de unități medicale din mediul urban comparativ cu cel rural. Prin Anexa Ordinului nr. 697/2011 (art.2, art. 9) se precizează necesitatea înființării unui **centru de permanență în mediul rural cu participarea a 7 cadre medicale**, acest lucru fiind foarte greu de obținut și de multe ori redundant raportat la densitatea numărului de locuitori din anumite zone. Reticența medicilor de a activa în mediul rural este susținută și de insatisfacția profesională cauzată de o defectuoasă relație medic-pacient, precum și de o complianță scăzută, generată de lipsa unei educații sanitare adecvate.

În ceea ce privește infrastructura, din 63.000 de unități medicale, doar aproximativ 12.000 se află în mediul rural, în ciuda unui procent de 45% din populație cu rezidența în aceste zone. Există județe precum Sălaj, în care au fost înregistrați 4774 de pacienți per cabinet medical, mult peste numărul de 2200, cât este sugerat de HG 161.2016-Contract cadru 2016-2017.

Totodată, numărul de paturi disponibile prezintă și el numeroase discrepante între cele 2 medii urban și rural: din cele 685 de spitale și unități asimilate spitalelor, au dispus în 2020 de 134.700 paturi pentru internare continuă (dintre care doar 10.200 în mediul rural ) și de 9600 paturi de spital de internare de zi (numai 380 în mediul rural ).

---



Construirea unor unități medicale în mediul rural, în conformitate cu standardele europene actuale, este un proces îndelungat, ce poate fi integrat ca obiectiv de dezvoltare durabilă. În momentul de față, pentru compensarea acestor nevoi, au fost reglementate caravanele medicale prin completarea alin.3 al art. 135 din Legea nr. 95/2006, însă până la momentul actual nu li s-a oferit acestora caracter de periodicitate sau obligativitate. În prezent, în acest regim activează „Caravana cu medici”, precum și proiectul „Împreună pentru sănătatea rurală”, organizat de studenți la medicină. Niciuna dintre aceste organizații nu are un program bine definit și nu poate garanta continuitatea serviciilor medicale oferite.

Prin OUG nr 196/2020, completând legea nr. 95/2006, s-a încercat soluționarea acestor deficite ale sistemului medical prin includerea telemedicinii în pachetul de servicii medicale recunoscute și aprobate prin lege. Cu toate acestea, conform INS doar 75,7% din gospodăriile din România au acces la internet, restul de 24,3% având acces restrâns la servicii precum telemedicina.

O altă problemă de importanță semnificativă este lipsa clarității în legislația cu privire la programele naționale de screening (legea 152/2020), studiile arătând o rată a mortalității evitabile prin acordarea unor îngrijiri medicale de calitate optimă de 2,5 ori mai mare în țara noastră decât media din UE. Lipsa educației sanitare, precum și a subvenționării testelor de screening din bugetul de stat reduce și mai mult adresabilitatea populației din mediul rural la medic pentru acest gen de servicii medicale.

În dezbateră problematicii discrepanțelor dintre serviciile medicale oferite în mediul urban și rural este esențial să avem în vedere agenda Națiunilor Unite pentru Dezvoltarea Durabilă. Astfel, obiectivele de dezvoltare durabilă 3 și 10 vizează problemele identificate mai sus, atrăgând atenția asupra obținerii unei acoperiri universale de sănătate care să asigure servicii de calitate și medicamente de bază accesibile pentru toți. România ca stat european este obligată să răspundă prompt provocărilor privind accesibilitatea unităților medicale, a aderenței sociale precum și a deficitului de resursă umană în mediul rural.





---

## CAPITOLUL I: COOPTAREA PERSONALULUI MEDICAL ÎN MEDIUL RURAL

1. Propune modificarea Art. 74 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 în „Autoritățile administrației publice locale au obligativitatea de a acorda facilități și stimulente aferente instalării unui medic, înființării și funcționării cabinetului de medicină de familie, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare”, în acord cu obiectivele de dezvoltare durabilă 3.C, 3.8, 10.3.;

2. Recomandă amendarea Art. 319 din Legea nr. 95/2006, în acord cu obiectivele de dezvoltare durabilă 3.C, 3.8, 10.3, sub forma:

a. “(1) În teritoriile neacoperite cu medici sau cu personal sanitar ori cu unități farmaceutice, pentru asigurarea serviciilor medicale și farmaceutice, consiliile județene au obligativitatea de a acorda stimulente în natură și în bani.”;

b. “(2) În teritoriile neacoperite cu medici sau cu personal sanitar ori cu unități farmaceutice, pentru asigurarea serviciilor medicale și farmaceutice, statul, prin Ministerul Sănătății, are obligativitatea de a acorda stimulente în natură.”;

3. Sugerează adaptarea Alin. 2, Art. 9 din Capitolul II al Ordinului nr. 697/112/2011, privind înființarea centrelor de permanență în: “În situația în care nu se poate respecta condiția de a se constitui un grup de 5 sau 6 medici pentru asigurarea serviciului în regim de gardă în centrele de permanență, se pot înființa și centre de permanență cu 4 medici de familie dacă aceștia pot asigura funcționalitatea centrului de permanență și sunt de acord să funcționeze în această formulă”, în acord cu obiectivele de dezvoltare durabilă 3.C, 3.8, 10.3;

4. Consideră introducerea în Legea 95/2006, Titlul II, Capitolul II, Art. 54, republicată cu modificările și completările ulterioare, în conformitate cu obiectivele de dezvoltare durabilă 3.C, 3.8, 10.3 a următorului alineat: “Autoritățile administrației publice naționale au obligația de a deconta din bugetul de stat cheltuielile pentru naveta medicilor și a personalului medical auxiliar care nu dispun de locuință în localitatea din mediul rural unde este situată unitatea sanitară în care au postul.”;



5. Susține completarea cadrului legislativ prevăzut în Legea 153/2017, în conformitate cu obiectivele de dezvoltare durabilă 3.C, 3.8, 10.3, cu următorul alineat: “Pentru asigurarea calității și continuității acordării serviciilor medicale în mediul rural, se stipulează încurajarea detașării pe perioada de 3 sau 6 luni, cu posibilitatea prelungirii, a rezidenților în unitățile sanitare din mediul rural care înregistrează deficit major de personal. Detașările sunt remunerate cu salariul de bază, plus spor de 50% din salariul de bază.”, pe modelul implementat de către Direcția de Sănătate Publică în perioada stării de alertă prin ORDINUL nr. 643/472/2020;

## **CAPITOL II: GESTIONAREA SUBDEZVOLTĂRII INFRASTRUCTURII ÎN MEDIUL RURAL**

1. Propune, în temeiul Ordinului Nr. 1338 din 31 iulie 2007 și a OUG nr 196/2020, pentru a răspunde provocărilor obiectivelor de dezvoltare durabilă 3.C, 3.8, 9.1, 10.3, următoarele dispoziții:

a. în localitățile ce nu dispun de cabinet de medicină de familie, administrația locală, în colaborare cu Direcția de Sănătate Publică va asigura fie deschiderea unui astfel de cabinet, fie un spațiu pentru desfășurarea activităților de telemedicină, în funcție de densitatea populației, de necesități sau de resursele disponibile;

b. respectivele unități dispun de personal medical auxiliar, instruit în vederea facilitării procesului de telemedicină, precum și de conexiune stabilă la internet și aparatura necesară pentru desfășurarea respectivelor servicii;

c. în cazul în care nu se poate asigura aparatura necesară sau conexiunea la internet, datele de la pacienți sunt înregistrate de către personalul medical auxiliar și aduse în centrele de permanență, pentru a putea fi vizualizate de doctori, urmând ca la următoarea vizită pe teren, personalul auxiliar să revină la pacient cu interpretarea consultației, diagnostic și recomandare de tratament;

d. serviciile de telemedicină vor fi prestate de medici care lucrează în unități de sănătate ce dispun de dotările necesare;

e. autoritățile locale, în colaborare cu Direcția de Sănătate Publică, se obligă să asigure instruirea corespunzătoare a cadrelor medicale în vederea realizării și furnizării asistenței telemedicale și a transmiterii raportului din urma consultației medicale într-un mod accesibil comunității rurale;

---



f. autoritățile locale, în colaborare cu Direcția de Sănătate Publică asigură, la cererea medicului sau a pacientului, transportul pacientului din localitatea de domiciliu la un centru medical de permanență, în cazul în care pacientul nu își poate asigura transportul prin mijloace proprii;

2. Definește caravanele medicale în temeiul art. 135 alin. (2) lit. f), Legea 95/2006, iar caravanele de informare ca fiind campanii mobile de conștientizare și responsabilizare cu privire la aspecte de interes pentru mediul rural;

3. Propune amendament la art. 135 alin. (2) lit. f), Legea 95/2006 pentru a răspunde provocărilor impuse de obiectivele 3.2, 3.C, 3.3, 3.4, 3.7, 3.8, 10.2, 10.3, prin introducerea următoarelor alineate:

a. "Direcția de Sănătate Publică a fiecărui județ și a Municipiului București acordă servicii medicale prin activități de tip caravane cu medici, în zone cu acoperire deficitară cu servicii medicale. Organizarea acestor activități de către Direcțiile de Sănătate Publică are caracter de obligativitate.

i) Caravanele sunt compuse din medici specialiști din specialități diferite și asistente medicale, astfel încât să poată oferi serviciile stipulate la subpunctul iii);

ii) Se impune ca frecvența acestora să fie de cel puțin o caravană pe an, în fiecare comună ce nu dispune de un cabinet medical de specialitate, considerându-se că prezența caravanei într-o comună deservește toate satele din respectiva comună;

iii) Caravanele se obligă să asigure servicii medicale conform Hotărârii 140/2018, ANEXA Nr 1 - Pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază - CAPITOLUL II, aliniat H.1 - Pachet de servicii de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu, tuturor solicitanților;

iv) Caravanele își asumă responsabilitatea de a acorda servicii de screening și trimiteri către medici specialiști, după caz; În cazuri fără urgență de trimitere înspre medici specialiști pentru consultare, transportul pacienților fără posibilitatea de a se deplasa singuri să fie asigurat sau compensat de CNAS;

v) Participarea medicilor la caravane va fi remunerată asemenea gărzilor (se consideră 12 ore de activitate în caravană echivalente cu 12 ore de gardă)."

b. "Caravanele pot fi desfășurate și de către organizații autorizate pentru acordarea serviciilor medicale, după un program propriu de funcționare.";



4. Sugerează organizarea, sub patronajul Direcției de Sănătate Publică, a caravelor de informare cu privire la următoarele teme, pentru a răspunde provocărilor impuse de obiectivele de dezvoltare durabilă 3.4, 3.5, 3.7;

1. Nutriție;
2. Sănătate mintală;
3. Combaterea alcoolismului și a consumului de droguri;
4. Educație sexuală și sănătatea reproducerii.

5. Recomandă ca expunerea informațiilor menționate la Capitolul II, punctul 4 să fie realizată de persoane cu expertiză în domeniu (absolvenți de facultate/master/cursuri acreditate în domeniile abordate) și să fie acompaniată de o bibliografie adecvată;

### **CAPITOL III: DISPOZIȚII GENERALE PRIVIND SCREENINGUL POPULAȚIEI**

1. Susține adaptarea implementării unui Program Național de Screening, în conformitate cu definițiile din legea 152/2020 privind organizarea și finanțarea serviciilor de promovare a sănătății și prevenire a îmbolnăvirilor, corespunzător cu obiectivele de dezvoltarea durabilă 3.2, 3.C, 3.3, 3.4, 3.7, 3.8, 10.2, 10.3;

2. Subliniază obligativitatea organizării Programului Național de Screening de către Direcțiile de Sănătate Publică, în cooperare cu Agenția Națională pentru Programe de Sănătate din cadrul Ministerului Sănătății;

3. Propune implementarea unui sistem de programare și înștiințare telefonică sau prin corespondență a cetățenilor cu privire la orarul desfășurării activităților de screening;

4. Susține implementarea unei metodologii dezvoltate de Ministerul Sănătății, care include, dar nu se limitează obligatoriu la următoarele puncte:

#### **a. Depistarea precoce a cancerului:**

i) Examenul anual pentru cancerul de col uterin la femeile cu vârsta peste 20 de ani;

ii) Examinarea anuală a sânilor pentru femeile de la vârsta de 30 de ani;

iii) Screening mamografic la fiecare doi ani pentru femei peste 50 de ani;

iv) Examinarea anuală a prostatei și ai ganglionilor limfatici la bărbați de la vârsta de 45 de ani;





v) Examinarea dermatologică pentru femei și bărbați cu vârsta de peste 35 de ani;

vi) Testarea pentru cancer de colon și rect, anual, pentru bărbați și femei cu vârsta peste 40 de ani;

**b. Control al sănătății:**

i) Control (la fiecare trei ani) pentru femei și bărbați: examinare completă cu măsurarea tensiunii arteriale, analize de sânge pentru determinarea nivelului de glucoză și colesterol din sânge, test de urină, discuție detaliată cu medicul;

ii) Teste pentru detectarea tuberculozei;

**c. Verificări dentare:**

i) Examinare pentru afecțiuni ale dinților și gurii, anual, pentru copii, femei și bărbați;

**d. Controlul în timpul sarcinii:**

i) Detectarea și monitorizarea sarcinilor cu risc ridicat;

ii) Diagnosticare cu ultrasunete;

iii) Examinarea diabetului gestațional;

iv) Testarea HIV;

v) Teste ulterioare de sânge pentru infecții;

vi) Examinarea și consilierea femeii care a născut recent.

**FORUMUL STUDENȚILOR ROMÂNI DE  
PRETUTINDENI  
26-30 AUGUST 2021**

