

## NOTĂ DE FUNDAMENTARE

<p style="text-align: center;"><b>Secțiunea 1</b> <b>Titlul proiectului de act normativ</b> <b>Ordonanță a Guvernului</b> <b>pentru modificarea și completarea Legii nr. 263/2004 privind asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>Secțiunea a 2-a</b> <b>Motivul emiterii actului normativ</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>2.1 Sursa proiectului de act normativ</b></p> <p><b>Inițiativa Ministerului Sănătății – Direcția generală asistență medicală, medicină de urgență și programe de sănătate publică</b></p> <p>Având în vedere postarea proiectului de Ordin de modificare a <i>Ordinului nr. 697/112/2011 pentru modificarea și completarea Normelor metodologice cu privire la asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență</i> în "transparență decizională" în anul 2020 care a determinat o reacție puternică din partea medicilor de familie din cadrul centrelor de permanență fapt față de care a fost aprobată de conducerea Ministerului Sănătății a Notei cu nr. 1164/27.08.2020 privind amendarea prin Ordonanță a Guvernului a Legii 263/2004 pentru modificarea art. 4 alin (1), art. 8 alin (1), art. 14, precum și introducerea prevederilor legate de sancțiuni privind abaterile de la prevederile privind asigurarea continuității asistenței medicale în regim de gardă prin centrele de permanență.</p>
<p><b>2.2 Descrierea situației actuale</b></p> <p>Ordonanța Guvernului pentru modificarea și completarea Legii nr. 263/2004 privind asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență</p> <p>1. În cuprinsul Legii nr. 263/2004 se prevede faptul că zonele și criteriile în baza cărora se înființează centrele de permanență sunt stabilite prin ordin al ministrului sănătății, la propunerea direcțiilor de sănătate publică și cu acordul prealabil al consiliilor locale. Prin Ordinul 697/112/2011 sunt emise Normele metodologice de asigurare a asistenței medicale în regim de gardă. Astfel, prin Ordin al ministrului sănătății sunt emise norme de funcționare, iar forma actuala a legii dispune emiterea unui alt ordin de ministru pentru stabilirea zonelor în care se înființează aceste centre. În acest sens propunem aprobarea înființării centrului de permanență de ministrul sănătății, prin notă de aprobare în baza fundamentării prezentate de direcțiile de sănătate publică cu acordul prealabil al consiliilor locale, după caz. Apreciem că acordul prealabil al consiliilor locale nu este necesar în</p>

cazul în care spațiul și dotarea sunt asigurate de echipa medicală, iar înființarea centrului de permanență este solicitată de grupul de medici asociați prin convenție de asociere pentru participarea la continuitatea serviciilor de asistență medicală primară în regim de gardă prin centrele de permanență.

2. În prezent, în județele Brașov și Botoșani activitatea centrelor de permanență se desfășoară la sediul fiecărui cabinet medical de medicină de familie cuprins în convenția de asociere. Astfel, în fiecare zi de gardă activitatea centrului de permanență se desfășoară într-o altă locație, ceea ce impune dificultate în identificarea centrului de permanență în caz de urgență medicală, drept pentru care se propune desfășurarea serviciului de gardă exclusiv în locații fixe, cu anunțarea datelor de contact, astfel încât funcționarea centrelor de permanență să sporească accesul populației la servicii medicale primare, gratuite. De asemenea, o altă situație care poate interveni în cazul centrelor de permanență care funcționează la sediul fiecărui medic de gardă, este modificarea programului de gardă a medicului (modificare motivată de grafic de garzi) care poate interveni de ultim moment și care implică în mod direct desfășurarea serviciului de gardă în altă locație (localitate), situație care poate crea confuzii în rândul populației în sensul identificării locației centrului de permanență, astfel un caz de urgență medicală se poate adresa la altă adresă, în altă localitate, ceea ce ar întârzia intervenția medicală, iar pentru o promptă intervenție propunem desfășurarea activității centrelor de permanență exclusiv în locație fixă, pentru a fi posibilă informarea populației din localitățile arondate privind locația, programul de activitate precum și a serviciilor oferite prin centrul de permanență.

3. Conform prevederilor actuale ale Legii nr. 263 din 2004 pentru funcționarea unui centru de permanență este necesară formarea unei echipe medicale formată din minim 7 medici și 7 asistenți medicali. În acest fel se exclude posibilitatea ca în zonele rurale unde nu poate fi construită echipa medicală completă de 7 medici aceasta să poată funcționa cu 5 sau 6 medici de familie. Menționăm faptul că la ora actuală mare parte din totalul de 371 centre de permanență deja funcționează cu 6 sau 5 medici în lumina Normelor de funcționare aprobate prin Ordinul 697/112/2011. Măsura adoptată în 2011 a determinat un impact semnificativ benefic în funcționarea centrelor de permanență, în special cele din mediul rural și zonele izolate datorită dificultății de identificare a medicilor care să completeze echipa de gardă, fiind favorizată furnizarea de servicii medicale în regim de continuitate tocmai acolo unde este mai multă nevoie de ele. Astfel, pentru a nu exista o dispoziție de rang superior contrară Normelor metodologice cu privire la asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al ministrului administrației și internelor nr. 697/112/2011, propunem amendarea Legii nr. 263/2004 prin permiterea funcționării centrelor de permanență și cu 5 sau 6 medici acolo unde constituirea unei echipe complete este imposibilă. Considerăm necesară această modificare în vederea creerii accesului echitabil al cetățenilor din zonele rurale și izolate la servicii de asistență medicală primară. Totodată prevederile Legii 263/2004 trebuie amendate tocmai datorită creșterii deficitului de medici din mediul rural sau urbanul mic cunoscut fiind deficitul de medici de familie din aceste zone. Mai mult decât atât, conform opiniei Comisiei de medicină de familie, există zone în care este necesar un centru de permanență, cu inițiative în acest sens atât din partea medicilor de familie dar și din partea autorităților locale dar nu au fost finalizate tocmai datorită imposibilității de a identifica medici de familie care să poată participa la această asociere.

4. Potrivit dispozițiilor alin. (5) al art. 2 din Legea 263/2004, centrele de permanență se înființează și se desființează pe baza dispoziției emise de către directorul executiv al direcției de sănătate publică județene și a municipiului București, după caz.

Însă în cuprinsul legii nu sunt prevăzute criteriile care stau la baza înființării și/sau desființării centrelor de permanență. Sens în care propunem criterii de înființare și criterii de desființare, în baza cărora conducerea direcțiilor de sănătate publică să poată emite decizii de înființare centre de permanență și decizii de desființare centre de permanență. Totodată se crează posibilitatea ca în mediul urban, unde oferta de servicii medicale este crescută și există mai mult de două centre de permanență conducerea direcției de sănătate publică să poată dispune desființarea unui centru de permanență prin înființarea unui alt centru de permanență în zonă rurală, izolată unde oferta de servicii medicale este scăzută.

5. De menționat este faptul că prin Ordinul 697/112/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice cu privire la asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență, se menționează faptul că, controlul privind respectarea asigurării continuității asistenței medicale primare în regim de gardă în centrele de permanență se exercită cel puțin anual de comisii mixte formate din reprezentanți ai direcțiilor de sănătate publică și ai casei de asigurări de sănătate, în funcție de domeniul de competență.

Controlul va urmări, în principal, următoarele

- a) respectarea de către personalul medical a obligațiilor care le revin în cadrul centrului de permanență;
- b) identificarea eventualelor disfuncționalități în activitatea centrului de permanență;
- c) verificarea stocurilor de medicamente și a solicitărilor de înlocuire pe baza fișelor de consum.

Față de prevederile menționate, Legea nr. 263/2004 nu cuprinde mențiuni legate de eventuale sancțiuni privind abaterea de la dispozițiile privind asigurarea asistenței medicale în regim de gardă prin centrele de permanență. În acest sens, sunt propuse sancțiunile aplicate în cazul nerespectării de către participanții la asigurarea continuității asistenței medicale a obligațiilor prevăzute de Normele metodologice cu privire la asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență.

De asemenea este constatată neconcordanța între dispozițiile art. 2 alin. (5) din Legea nr. 263/2004 unde se prevede faptul că "centrele de permanență prevăzute la alin. (1) se înființează și se desființează pe baza dispoziției emise de către directorul executiv al direcției de sănătate publică județene și a municipiului București, după caz" și art. 13 alin (1) din Normele metodologice cu privire la asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență aprobate prin Ordinul 697/211/2011 în care se prevede că: "actul de înființare a centrului de permanență îl constituie decizia de înființare a centrului de permanență, emisă de direcția de sănătate publică." față de care se constată armonizarea sintagmelor, ținând cont și de definiția acestora. Astfel decizia reprezintă *hotărârea luată în urma examinării unei probleme, a unei situații / hotărâre luată de un organ al administrației de stat sau de un organ de jurisdicție*, iar dispoziția reprezintă *prevedere obligatorie cuprinsă într-o lege sau într-un regulament; măsură sau hotărâre luată de un organ ierarhic superior și obligatorie pentru organul în subordine* astfel, apreciem că sintagma corectă este "decizie".

Totodată având în vedere că înființarea centrelor mobile de permanență este condiționată acordul serviciului de ambulanță județean sau al municipiului București - Ilfov sau, după caz, hotărârea consiliului local privind punerea la dispoziția centrului de permanență mobil a autospecialelor de consultații la domiciliu, iar din cele 390 centre de permanență doar un singur centru a fost raportat ca centru de permanență mobil, cu o activitate raportată de 1278 consultații în anul 2021, respectiv 3,5 consultații pe zi, în cazul în care pentru **echipa medicală** (medic+asistent) din cadrul unui centru de permanență, pentru o gardă (**o zi**) efectuată în cursul săptămânii, prin bugetul Ministerului Sănătății se decontează **1062,5 lei/zi/1centru de permanență**, iar pentru o gardă asigurată sâmbăta, duminica și sărbătorile legale, prin bugetul Ministerului Sănătății se decontează/zi/1centru **1560 lei**, apreciem impunerea unei eficientizări a acestuia, respectiv, reorganizarea ca centru de permanență fix.

### 2.3 Schimbări preconizate

Ordonanța Guvernului pentru modificarea și completarea Legii nr. 263/2004 privind asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență.

Prin proiectul de Ordonanță a Guvernului au fost excluse centrele de permanență mobile prevăzute în Legea 263/2004 la art. 2 alin (2) și (4) în sensul eficientizării acestora în centre de permanență fixe.

La alin.(5) al art. 2 a fost modificată sintagma "dispoziție" cu "decizie", sintagmă corectă conform definiției.

De asemenea s-a avut în vedere a se asigura concordanță între prevederile Legii nr. 263/2004, cu modificările și completările ulterioare, în ceea ce privește modalitatea de aplicare a

Normelor metodologice cu privire la asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență în sensul constituirii echipelor medicale minim 5 medici în zonele rurale, în cazurile în care nu se pot constitui echipele formate de minim 7 medici. De asemenea a fost redus numărul de posturi de asistenți medicali de la 7 la 5.

Prin modificarea alin.(1) al art. 4 zonele și criteriile în baza cărora se înființează centrele de permanență sunt propuse de direcțiile de sănătate publică și cu acordul prealabil al consiliilor locale, după caz, prin notă de fundamentare, care se aprobă de ministrul sănătății.

La articolul 7, alineatul (3) se modifică în sensul că activitatea medicului se desfășoară doar la sediul centrului de permanență, iar art. 13 prin care era creată posibilitatea de prestare a gărzilor la sediul fiecărui cabinet medical, prin rotație, se abrogă.

La art. 14<sup>1</sup> au fost adăugate două noi alineate prin care au fost introduse sancțiunile privind nerespectarea de către asistenții medicali și de către medici a programului de gardă, astfel în cazul în care se constată de către echipele mixte de control, formate din reprezentanți ai direcțiilor de sănătate publică și ai caselor de asigurări de sănătate, nerespectarea de către asistenții medicali a programului de gardă conform programării avizate de către direcțiile de sănătate publică, serviciul respectiv nu va fi validat de către casa de asigurări de sănătate. Iar constatarea în mod repetat a nerespectării programului de gardă, de către medici și asistenți medicali, se sancționează prin excluderea medicului / asistentului medical, după caz, din cadrul echipei de gardă care asigură continuitatea asistenței medicale la centrul de permanență

După art. 14<sup>1</sup> au fost introduse art. 14<sup>2</sup>, 14<sup>3</sup> și 14<sup>4</sup> în care sunt prevăzute, în mod separat, criteriile de înființare centre de permanență în mediul rural și în mediul urban.

În mediul rural, centrele de permanență sunt înființate ținând cont de următoarele criterii:

- a) La o populație de minim 5000 de locuitori 1 centru de permanență;
- b) Numărul de persoane estimat care apelează centrul de permanență să fie mai mare de 200 persoane /lună în medie;
- c) Prin excepție de la criteriile prevăzute la lit.a) și b), se vor înființa centre de permanență cu prioritate în orice localitate rurală izolată, greu accesibilă, precum și localitățile în care nu există acces la servicii de asistență medicală pentru populația din zonă.

În mediul urban centrele de permanență sunt înființate ținând cont de următoarele criterii:

- a) În orașele cu o populație sub 25.000 de locuitori, 1 centru de permanență;
- b) În orașele cu o populație mai mare de 25.000 de locuitori, 1 centru de permanență la 25.000 de locuitori;
- c) Numărul de persoane estimat care apelează centrul de permanență să fie mai mare de 300 persoane/lună în medie.

La art. 14<sup>4</sup> au fost introduse situațiile în care un centru de permanență se poate desființa, astfel centrele de permanență se desființează prin decizie de desființare emisă de directorul executiv al direcției de sănătate publică, în următoarele situații:

- La constatarea neîndeplinirii criteriilor de înființare;
- Dizolvarea convenției de asociere a medicilor în vederea participării la asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență ;
- Retragerea sau anularea autorizației sanitare de funcționare;
- Constatarea de către echipele mixte de control, formate din reprezentanți ai direcțiilor de sănătate publică și ai caselor de asigurări de sănătate, a abaterilor grave de la normele de funcționare.

Tot în cuprinsul art. 14<sup>4</sup> sunt prevăzute măsurile în situațiile în care, din diverse motive, numărul minim de posturi de medic și asistenți medicali este sub cel prevăzut de dispozițiile Legii.

Respectiv, pentru centrele de permanență în care numărul medicilor și asistenților medicali, este sub minimum prevăzut, directorul executiv al direcției de sănătate publică județene și a municipiului București, după caz, va emite decizie de suspendare a activității centrului de permanență până la asigurarea numărului minim de posturi de medici și asistenți medicali prevăzuți la art. 8.

Astfel, prin acest act normativ se propun spre reglementare, următoarele:

- modul de stabilire a zonelor în care se înființează centrele de permanență, respectiv aprobarea criteriilor prin notă de aprobare semnată de ministrul sănătății

- armonizarea prevederilor Legii nr. 263/2004, în ceea ce privește modalitatea de aplicare a Normelor metodologice cu privire la asigurarea continuității asistenței medicale primare prin

centrele de permanență în sensul constituirii echipelor medicale de minim 5 medici, în rural, în cazurile în care nu se pot constitui echipele formate de minim 7 medici și 7 asistenți medicali.

- desfășurarea activității centrelor de permanență doar în sedii fixe;
- crearea cadrului legal și pentru înființarea și desființarea centrelor de permanență.
- stabilirea sancțiunilor în cazul constatării abaterilor de la normele de funcționare.
- eliminarea prevederilor legate de centrele mobile și reorganizarea acestora în centre de permanență fixe.

Prin această măsură se conferă acuratețe actului juridic, în sensul reglementării în mod expres a înființării, desființării centrelor de permanență precum și sancționarea abaterilor de la dispozițiile privind funcționarea centrelor de permanență.

Pentru coroborarea reglementărilor, respectiv a atribuțiilor aferente direcțiilor de sănătate publică și consiliilor locale, și ținând cont că Ministerul Sănătății este autoritatea centrală în domeniul sănătății publice, înființarea și desființarea centrelor de permanență este atributul direcțiilor de sănătate publică, servicii publice deconcentrate, cu personalitate juridică, în subordinea Ministerului Sănătății;

Totodată, având în vedere obiectul de reglementare și impactul măsurilor propuse prin acest proiect se prevede că direcțiile de sănătate publică vor reorganiza activitatea centrelor de permanență înființate până la intrarea în vigoare a prezenței ordonanței de Guvern și vor reorganiza activitatea conform prevederilor acesteia.

#### 2.4 Alte informații

Nu au fost identificate

### **Secțiunea a 3-a Impactul socioeconomic**

#### 3.1 Descrierea generală a beneficiilor și costurilor estimate ca urmare a intrării în vigoare a actului normativ

Nu este cazul

#### 3.2 Impactul social

Nu este cazul

#### 3.3 Impactul asupra drepturilor și libertăților fundamentale ale omului

Nu este cazul

#### 3.4 Impactul macroeconomic

##### 3.4.1 Impactul asupra economiei și asupra principalilor indicatori macroeconomici

Nu este cazul

##### 3.4.2 Impactul asupra mediului concurențial și domeniul ajutoarelor de stat

Nu este cazul

#### 3.5. Impactul asupra mediului de afaceri

Nu este cazul

#### 3.6 Impactul asupra mediului înconjurător

Nu este cazul

#### 3.7 Evaluarea costurilor și beneficiilor din perspectiva inovării și digitalizării

Nu este cazul

#### 3.8 Evaluarea costurilor și beneficiilor din perspectiva dezvoltării durabile

Nu este cazul

#### 3.9 Alte informații

Nu au fost identificate

### **Secțiunea a 4-a Impactul financiar asupra bugetului general consolidat,**

atât pe termen scurt, pentru anul curent, cât și pe termen lung (pe 5 ani), inclusiv informații cu privire la cheltuieli și venituri						
Indicatori	Anul curent	Următorii 4 ani				Media pe 5 ani
		3	4	5	6	
1	2	3	4	5	6	7
<b>4.1</b> Modificări ale veniturilor bugetare, plus/minus, din care	Nu este cazul					
a) buget de stat, din acesta:						
(i) impozit pe profit						
(ii) impozit pe venit						
b) bugete locale:						
(i) impozit pe profit						
c) bugetul asigurărilor sociale de stat:						
(i) contribuții de asigurări						
d) alte tipuri de venituri (se va menționa natura acestora)						
<b>4.2</b> Modificări ale cheltuielilor bugetare, plus/minus, din care:	Nu este cazul					
a) buget de stat, din acesta:						
(i) cheltuieli de personal						
(ii) bunuri și servicii						
b) bugete locale:						
(i) cheltuieli de personal						
(ii) bunuri și servicii						
c) bugetul asigurărilor sociale de stat:						
(i) cheltuieli de personal						
(ii) bunuri și servicii						
d) alte tipuri de cheltuieli (se va menționa natura acestora)	Nu este cazul					
<b>4.3</b> Impact financiar, plus/minus, din care:						
a) buget de stat						
b) bugete locale	Nu este cazul					
<b>4.4</b> Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare	Nu este cazul					
<b>4.5</b> Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare	Nu este cazul					
<b>4.6</b> Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare						
<b>4.7</b> Prezentarea, în cazul proiectelor de acte normative a căror adoptare atrage majorarea cheltuielilor bugetare, a următoarelor documente:						
a) fișa financiară prevăzută la art.15 din Legea nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare, însoțită de ipotezele și metodologia de calcul utilizată;						
b) declarație conform căreia majorarea de cheltuială respectivă este compatibilă cu obiectivele și prioritățile strategice specificate în strategia fiscal-bugetară, cu legea bugetară anuală și cu plafoanele de cheltuieli prezentate în strategia fiscal-bugetară.						
Nu este cazul						
<b>4.8</b> Alte informații						
Proiectul de act normativ nu are impact direct asupra bugetului general consolidat.						
<b>Secțiunea a 5-a</b>						
<b>Efectele proiectului de act normativ asupra legislației în vigoare</b>						
<b>5.1</b> Măsurile normative necesare pentru aplicarea prevederilor proiectului de act normativ						

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
<b>5.2</b> Impactul asupra legislației în domeniul achizițiilor publice Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
<b>5.3</b> Conformitatea proiectului de act normativ cu legislația UE (în cazul proiectelor ce transpun sau asigură aplicarea unor prevederi de drept UE). <b>5.3.1</b> Măsuri normative necesare transpunerii directivelor UE <b>5.3.2</b> Măsuri normative necesare aplicării actelor legislative UE
Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
<b>5.4</b> Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene Nu este cazul
<b>5.5</b> Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente asumate Nu este cazul
<b>5.6.</b> Alte informații <b>Nu au fost identificate</b>
<b>Secțiunea a 6-a</b> <b>Consultările efectuate în vederea elaborării proiectului de act normativ</b>
<b>6.1</b> Informații privind neaplicarea procedurii de participare la elaborarea actelor normative  Nu este cazul
<b>6.2</b> Informații privind procesul de consultare cu organizații neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate.  Nu este cazul
<b>6.3</b> Informații despre consultările organizate cu autoritățile administrației publice locale  Nu este cazul
<b>6.4</b> Informații privind puncte de vedere/opinii emise de organisme consultative constituite prin acte normative  Nu este cazul
<b>6.5</b> Informații privind avizarea de către: a) Consiliul Legislativ b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării c) Consiliul Economic și Social d) Consiliul Concurenței e) Curtea de Conturi Nu este cazul
<b>6.6</b> Alte informații  Nu au fost identificate
<b>Secțiunea a 7-a</b> <b>Activități de informare publică privind elaborarea și implementarea proiectului de act normativ</b>
<b>7.1</b> Informarea societății civile cu privire la elaborarea proiectului de act normativ  Proiectul de act normativ se încadrează în prevederile art. 7 alin. (13) din Legea nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică, republicată și va fi postat pe site-ul Ministerului Sănătății la rubrica "Transparență decizională"

2) Informarea societății civile cu privire la eventualul impact asupra mediului în urma implementării proiectului de act normativ, precum și efectele asupra sănătății și securității cetățenilor sau diversității biologice	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
3) Alte informații	
<b>Secțiunea a 8-a Măsuri de implementare</b>	
1) Măsurile de punere în aplicare a proiectului de act normativ de către autoritățile administrației publice centrale și/sau locale – înființarea unor noi organisme sau extinderea competențelor instituțiilor existente	Nu implică măsuri suplimentare de implementare.
2) Alte informații	Nu au fost identificate

In acest sens, s-a elaborat prezentul proiect de Ordonanță a Guvernului pentru modificarea și completarea Legii nr. 263/2004 privind asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență

**MINISTRUL SĂNĂTĂȚII**  
Alexandru Rafila



**AVIZĂM**

**Viceprim-ministru,**

**ministrul transporturilor și infrastructurii**

**Sorin-Mihai GRINDEANU**

**Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate**

**Vicepreședinte, Adela COJAN**

**Ministrul justiției**

**Marian-Cătălin PREDOIU**