



PROGRAMUL DE COOPERARE ELVEȚIANO-ROMÂN
SWISS-ROMANIAN COOPERATION PROGRAMME

PROIECT DE LEGE PRIVIND MĂSURILE DE PREVENIRE ȘI CONTROL A TUBERCULOZEI

STUDIU LEGISLATIV CU PRIVIRE LA PROMOVAREA ȘI RESPECTAREA DREPTURILOR PACIENȚILOR CU TUBERCULOZĂ

Proiect co-finanțat printr-un grant din partea Elveției, prin intermediul Contribuției Elvețiene
pentru Uniunea Europeană Extinsă

www.asptmr.ro

www.raa.ro





PROGRAMUL DE COOPERARE ELVEȚIANO-ROMÂN
SWISS-ROMANIAN COOPERATION PROGRAMME

CUPRINS

| | |
|---|----|
| Capitolul 1 – Legislația națională cu privire la drepturile pacienților în România..... | 3 |
| Capitolul 2 – Reglementări naționale cu privire la pacienții cu tuberculoză din România | 5 |
| Capitolul 3 – Expunere de motive | 11 |
| Capitolul 4 – Proiect de Lege | 16 |

Proiect co-finanțat printr-un grant din partea Elveției, prin intermediul Contribuției Elvețiene
pentru Uniunea Europeană Extinsă

www.asptmr.ro

www.raa.ro





PROGRAMUL DE COOPERARE ELVEȚIANO-ROMÂN
SWISS-ROMANIAN COOPERATION PROGRAMME

Capitolul 1 – Legislația națională cu privire la drepturile pacienților în România

- **Constituția României**¹, lege fundamentală națională, conține prevederi cu privire la garantarea dreptului la sănătate, statul fiind "obligat să ia măsuri pentru asigurarea igienei și a sănătății publice" (Art. 34 alin. (2)).
- **Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003**², pacienții au dreptul la:
 - îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate de care societatea dispune;
 - de a fi respectat ca persoană umană, fără nici o discriminare;
 - de a fi informat cu privire la serviciile medicale disponibile, precum și la modul de a le utiliza;
 - de a fi informat asupra identității și statutului profesional al furnizorilor de servicii de sănătate și asupra regulilor și obiceiurilor pe care trebuie să le respecte pe durata spitalizării;
 - de a fi informat asupra stării sale de sănătate, a intervențiilor medicale propuse, a riscurilor potențiale ale fiecărei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuării tratamentului și nerespectării recomandărilor medicale, precum și cu privire la date despre diagnostic și prognostic;
 - de a cere în mod expres să nu fie informat și de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său;
 - de a cere și de a obține o altă opinie medicală.
 - să solicite și să primească, la externare, un rezumat scris al investigațiilor, diagnosticului, tratamentului și îngrijirilor acordate pe perioada spitalizării.
 - să refuze sau să oprească o intervenție medicală
 - dreptul la confidențialitatea informațiilor și viața privată a pacientului
 - să beneficieze de sprijinul familiei, al prietenilor, de suport spiritual, material și de sfaturi pe tot parcursul îngrijirilor medicale. La solicitarea pacientului, în măsura posibilităților, mediul de îngrijire și tratament va fi creat cât mai aproape de cel familial.

¹ Publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 767 din 31/10/2003

² Publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 51 din 29/01/2003

Proiect co-finanțat printr-un grant din partea Elveției, prin intermediul Contribuției Elvețiene pentru Uniunea Europeană Extinsă



PROGRAMUL DE COOPERARE ELVEȚIANO-ROMÂN
SWISS-ROMANIAN COOPERATION PROGRAMME

- să beneficieze de îngrijiri medicale continue până la ameliorarea stării sale de sănătate sau până la vindecare.
- să beneficieze de continuitatea îngrijirilor se asigură prin colaborarea și parteneriatul dintre diferitele unități medicale publice și nepublice, spitalicești și ambulatorii, de specialitate sau de medicină generală, oferite de medici, cadre medii sau de alt personal calificat. După externare pacienții au dreptul la serviciile comunitare disponibile.
- **Normă din 07/04/2004 de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003³:**
 - Unitățile trebuie să asigure accesul egal al pacienților la îngrijiri medicale, fără discriminare pe bază de rasă, sex, vârstă, apartenență etnică, origine națională, religie, opțiune politică sau antipatie personală.
 - Unitățile trebuie să utilizeze toate mijloacele și resursele disponibile pentru asigurarea unui înalt nivel calitativ al îngrijirilor medicale.
- **Lege nr. 95 din 14/04/2006 privind reforma în domeniul sănătății⁴:**
 - Medicul de familie este furnizorul de îngrijiri de sănătate care coordonează și integrează serviciile medicale furnizate pacienților de către el însuși sau de către alți furnizori de servicii de sănătate.
 - Art 213, lit e - bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății sunt asigurați fără plata contribuției, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse.

³ Publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 356 din 22/04/2004

⁴ Versiune consolidată la data de: 15/11/2013

Proiect co-finanțat printr-un grant din partea Elveției, prin intermediul Contribuției Elvețiene pentru Uniunea Europeană Extinsă



PROGRAMUL DE COOPERARE ELVEȚIANO-ROMÂN
SWISS-ROMANIAN COOPERATION PROGRAMME

Capitolul 2 – Reglementări naționale cu privire la pacienții cu tuberculoză din România

A. Accesul la servicii corespunzătoare de prevenire, diagnostic și tratament

- **Hotărârea Guvernului nr 124/2013 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014, cu modificările și completările ulterioare:**
 - **Prevede** Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei **ca program național pentru anii 2013 – 2014**
- **Ordinul ministrului sănătății nr 422/2013 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2013 și 2014, cu modificările și completările ulterioare⁵:**

Art. 4 (1) Resursele financiare pentru finanțarea programelor naționale de sănătate publică prevăzute la art. 1 provin de la bugetul de stat și din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății, precum și din alte surse, inclusiv din donații și sponsorizări, în condițiile legii.

Art. 16 (1). Ministerul Sănătății efectuează la nivel național achiziții centralizate de medicamente, materiale sanitare și alte asemenea pentru Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei.

Art.16 (9) Medicamentele care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu HIV/SIDA și tuberculoză se eliberează prin farmaciile cu circuit închis aparținând unităților sanitare prin care se derulează aceste programe, pe bază de prescripție medicală/condică medicală. În vederea justificării consumurilor de medicamente specifice acordate în cadrul programelor, aceste prescripții/file de condică se depun la unitățile de specialitate prevăzute în normele tehnice aprobate prin ordin al ministrului sănătății, împreună cu borderoul centralizator și rapoartele de gestiune ale farmaciei cu circuit închis.

4. PROGRAMUL NAȚIONAL DE PREVENIRE, SUPRAVEGHERE ȘI CONTROL AL TUBERCULOZEI

A. Obiective:

- a) reducerea prevalenței și a mortalității TB;
- b) menținerea unei rate de depistare a cazurilor noi de TB pulmonară pozitivă la microscopie;

⁵ Ordin nr. 422 din 29/03/2013

Proiect co-finanțat printr-un grant din partea Elveției, prin intermediul Contribuției Elvețiene pentru Uniunea Europeană Extinsă



PROGRAMUL DE COOPERARE ELVEȚIANO-ROMÂN
SWISS-ROMANIAN COOPERATION PROGRAMME

- c) tratamentul bolnavilor cu tuberculoză;
- d) menținerea ratei de succes terapeutic la cazurile noi pozitive de TB pulmonară.

B. Unitatea de asistență tehnică și management:

Institutul Național de Pneumoftiziologie "Prof. Dr. Marius Nasta" București

C. Domenii:

- 1) Supravegherea și controlul tuberculozei;
- 2) Tratamentul bolnavilor cu tuberculoză.
- **Ordin nr. 1150 din 03/10/2013 privind modificarea și completarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2013 și 2014, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 422/2013**

Mii lei

| ROGRAMELE NAȚIONALE DE SĂNĂTATE PUBLICĂ | BUGET DE STAT | VENITURI PROPRII | | TOTAL | | |
|---|-----------------------|------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|------------------|
| | Credite de angajament | Credite bugetare | Credite de angajament | Credite bugetare | Credite de angajament | Credite bugetare |
| Programul național de supraveghere și control al tuberculozei | 7.752 | 7.752 | 6.379 | 6.379 | 14.131 | 14.131 |

- **Anexa la Ordinul ministrului sănătății nr. 1.133/2013 pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății nr. 1.275/2011 privind aprobarea listelor și prețurilor de decontare ale medicamentelor care se acordă bolnavilor în cadrul programelor naționale de sănătate și a metodologiei de calcul al acestora, din 01.10.2013 – 98 de denumiri comerciale și prețurile de decontare a medicamentelor care se acordă bolnavilor cuprinși în cadrul subprogramul de tratament al bolnavilor cu tuberculoză.**

Proiect co-finanțat printr-un grant din partea Elveției, prin intermediul Contribuției Elvețiene pentru Uniunea Europeană Extinsă



PROGRAMUL DE COOPERARE ELVEȚIANO-ROMÂN
SWISS-ROMANIAN COOPERATION PROGRAMME

- **Ordin nr. 429 din 07/02/2012 privind asigurarea asistenței medicale persoanelor private de libertate aflate în custodia Administrației Naționale a Penitenciarelor⁶:**

Art.15 (5) Este obligatorie efectuarea unui examen pneumoftiziologic la pacienții cu semne clinice care ridică suspiciunea unei tuberculoze pulmonare (tuse, scădere ponderală, transpirații, febră, astenie, durere toracică) sau la cei cu tuberculoză în antecedente.

Art. 33 (1) În fiecare penitenciar funcționează o infirmerie formată din camere separate, cu circuite funcționale distincte, având paturi la un singur rând, pentru internarea bolnavilor cu afecțiuni cronice reacute, care necesită supraveghere medicală, pentru izolarea celor cu boli infecțioase acute cu transmitere enterală, boli infecțioase acute cu transmitere aerogenă (altele decât TB), pentru tratamentul direct observat al bolnavilor de tuberculoză și pentru persoanele aflate în refuz de hrană.

Art. 117. - Diagnosticarea, tratamentul și supravegherea bolnavilor de tuberculoză se realizează în conformitate cu prevederile Programului Național de Control al Tuberculozei.

Art. 118. - (1) În cazul existenței unei suspiciuni de tuberculoză pulmonară, persoana privată de libertate este mutată în camera de izolare respiratorie din penitenciar, iar la confirmarea diagnosticului este internată de îndată în penitenciarul-spital cu secție de pneumologie la care unitatea este arondată.

(2) Cazurile de tuberculoză extrapulmonară sunt internate în secțiile de boli interne ale penitenciarelor-spital care au în structură și secții de pneumologie, conform arondării.

Art. 119. - Alimentația bolnavilor de tuberculoză este asigurată în conformitate cu recomandările medicului specialist și cu normele legale în vigoare privind hrănirea persoanelor private de libertate.

Art. 120. - Faza de continuare a tratamentului tuberculostatic direct observat se poate realiza, în situația bolnavului necontagios, cu toleranță și complianță bună la tratament, în unitățile penitenciare, pacienții fiind cazați în camere special destinate.

Art. 121. - Bolnavii de tuberculoză care au încheiat tratamentul tuberculostatic direct observat nu necesită izolare în camere TBC și nu mai primesc normă de hrană specială, chiar dacă rămân în evidență pe toată perioada detenției.

- **Criteriu din 25/01/2012 și norme de diagnostic clinic, diagnostic funcțional și de evaluare a capacității de muncă pe baza cărora se stabilește aptitudinea și încadrarea în grade de**

⁶ Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 124 din 21/02/2012

Proiect co-finanțat printr-un grant din partea Elveției, prin intermediul Contribuției Elvețiene pentru Uniunea Europeană Extinsă



PROGRAMUL DE COOPERARE ELVEȚIANO-ROMÂN
SWISS-ROMANIAN COOPERATION PROGRAMME

invaliditate pentru cadrele militare, soldații și gradații voluntari, poliștii și funcționarii publici cu statut special din sistemul administrației penitenciare⁷:

Bolnavii confirmați clinic și bacteriologic cu tuberculoză pulmonară beneficiază de concedii medicale de 365 de zile, conform legii. După această perioadă, deficiența funcțională și incapacitatea adaptativă se apreciază în funcție de categoria clinică și terapeutică în care se află bolnavul.

- **Ordin nr. 653 din 25/09/2001 privind asistența medicală a preșcolarilor, elevilor și studenților⁸:**

Atribuțiile medicilor din cabinetele medicale din grădinițe, școli și unități de învățământ superior privind asistența medicală preventivă, atribuții referitoare la prestații medicale la nivelul colectivităților:

- Anexa 1 pct. B, lit.d) inițiază acțiuni de prelucrare antiparazită (pediculoză, scabie) și antiinfecțioasă (dezinfecție-dezinsecție) în focarele din grădinițe, școli și unități de învățământ superior (hepatită virală, tuberculoză, infecții streptococice, boli diareice acute etc.);
- **Anexă din 02/08/2011** cuprinzând Anexele nr. 1-15 la Ordinul ministrului sănătății nr. 1.232/2011 privind aprobarea ghidurilor de practică medicală pentru specialitatea neonatologie⁹

Ghidul se adresează tuturor categoriilor de personal medical care iau parte la îngrijirea nou-născutului în primele ore și zile de viață: medici neonatologi, obstetricieni și pediatri, moașe, asistente medicale de neonatologie, pediatrie și obstetrică. De asemenea, ghidul se adresează personalului medical în formare: elevi la școli și colegii sanitare, studenți la facultățile de medicină și nursing, medici rezidenți.

Medicul trebuie să contraindica alăptarea în cazul următoarelor infecții materne- infecție TBC activă. Argumentare: Bacilul Koch se transmite în mod excepțional prin laptele de mamă dar contactul apropiat dintre mamă și copil poate favoriza transmiterea agentului infecțios pe cale aeriană, principala cale de transmitere a bolii.

- **Ordinul nr. 619/360/2014 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul**

⁷ Versiune consolidată la data de: 15/02/2013

⁸ Versiune consolidată la data de: 13/09/2012

⁹ Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 586bis din 18/08/2011

Proiect co-finanțat printr-un grant din partea Elveției, prin intermediul Contribuției Elvețiene pentru Uniunea Europeană Extinsă



PROGRAMUL DE COOPERARE ELVEȚIANO-ROMÂN
SWISS-ROMANIAN COOPERATION PROGRAMME

sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, ANEXA 2- Modalitățile de plată în asistența medicală primară pentru furnizarea de servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale:

ART. 2 Acordarea serviciilor medicale se face în următoarele condiții:

lit.c) în cazul în care există suspiciune privind bolile cu potențial endemo-epidemic, medicul de familie ia măsurile necesare pentru preîntâmpinarea sau restrângerea unor endemii/epidemii, respectiv pentru a izola și raporta cazurile, conform prevederilor legale în vigoare. Pentru cazul în care măsurile necesare se refuză de către pacient, medicii vor apela la sprijinul organelor de poliție și al autorităților publice locale.

B. ASIGURAREA SUCCESULUI TERAPEUTIC

- **Ordin nr. 1577 din 16/09/2008** Publicat in Monitorul Oficial, Partea I nr. 766 din 13/11/2008 **pentru aprobarea Normelor metodologice de implementare a Programului național de control al tuberculozei**

C. ACCESUL LA SUPT

- **Decizie nr. 220 din 24/02/2011 - Decizie privind Codul de reglementare a conținutului audiovizual¹⁰:**

Art. 128. - Este interzisă menționarea în publicitate sau în teleshopping a unor indicații terapeutice referitoare la boli precum: a) tuberculoză;

- **Ordonanță de urgență nr. 158 din 17/11/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate**

Art. 9. - Asigurații au dreptul la concediu și indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă, fără condiții de stagiul de cotizare, în cazul urgențelor medico-chirurgicale, tuberculozei, bolilor infectocontagioase din grupa A, neoplaziilor și SIDA. Lista cuprinzând urgențele medico-chirurgicale, precum și bolile infectocontagioase din grupa A este stabilită prin hotărâre a Guvernului.

Art.13 (3) Durata de acordare a concediului și a indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă este mai mare în cazul unor boli speciale și se diferențiază după cum urmează:

¹⁰ Versiune consolidată la data de: 01/04/2013

Proiect co-finanțat printr-un grant din partea Elveției, prin intermediul Contribuției Elvețiene pentru Uniunea Europeană Extinsă



PROGRAMUL DE COOPERARE ELVEȚIANO-ROMÂN
SWISS-ROMANIAN COOPERATION PROGRAMME

- a) un an, în intervalul ultimilor 2 ani, pentru tuberculoză pulmonară și unele boli cardiovasculare, stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, denumită în continuare CNAS, cu acordul Ministerului Sănătății;
- b) un an, cu drept de prelungire până la un an și 6 luni de către medicul expert al asigurărilor sociale, în intervalul ultimilor 2 ani, pentru tuberculoză meningeală, peritoneală și urogenitală, inclusiv a glandelor suprarenale, pentru SIDA și neoplazii, în funcție de stadiul bolii;
- c) un an și 6 luni, în intervalul ultimilor 2 ani, pentru tuberculoză pulmonară operată și osteoarticulară;
- d) 6 luni, cu posibilitatea de prelungire până la maximum un an, în intervalul ultimilor 2 ani, pentru alte forme de tuberculoză extrapulmonară, cu avizul medicului expert al asigurărilor sociale.

Art. 17. - (1) Cuantumul brut lunar al indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă se determină prin aplicarea procentului de 75% asupra bazei de calcul stabilite conform art. 10¹¹.

(2) Cuantumul brut lunar al indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă, determinată de tuberculoză, SIDA, neoplazii, precum și de o boală infectocontagioasă din grupa A și de urgențe medico-chirurgicale stabilite în condițiile prevăzute la art. 9, este de 100% din baza de calcul stabilită conform art. 10.

Art. 34. - Durata concediilor pentru tuberculoză, neoplazii, SIDA, a concediilor pentru sarcină și lăuzie, îngrijirea copilului bolnav, pentru reducerea timpului de muncă și pentru carantină, precum și pentru risc maternal nu diminuează numărul zilelor de concediu medical acordate unui asigurat pentru celelalte afecțiuni.

¹¹ Art. 10. - (1) Baza de calcul a indemnizațiilor prevăzute la art. 2 se determină ca medie a veniturilor lunare din ultimele 6 luni din cele 12 luni din care se constituie stagiul de cotizare, până la limita a 12 salarii minime brute pe țară lunar, pe baza cărora se calculează contribuția pentru concedii și indemnizații. (2) În situația în care la stabilirea celor 6 luni din care, potrivit prevederilor alin. (1), se constituie baza de calcul al indemnizațiilor se utilizează perioadele asimilate stagiului de cotizare prevăzute la art. 8 alin. (2) și (3), veniturile care se iau în considerare sunt: a) indemnizațiile de asigurări sociale de care au beneficiat asigurații, prevăzute la art. 8 alin. (2); b) salariul de bază minim brut pe țară din perioadele respective, pentru situațiile prevăzute la art. 8 alin. (3) lit. a) și b);

c) indemnizația lunară pentru creșterea copilului în vârstă de până la 2 ani sau, în cazul copilului cu handicap, de până la 3 ani, potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 148/2005, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 7/2007, cu modificările și completările ulterioare, respectiv indemnizația pentru creșterea copilului cu handicap cu vârsta cuprinsă între 3 și 7 ani, potrivit Legii nr. 448/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru situațiile prevăzute la art. 8 alin. (3) lit. c).

(3) Prevederile alin. (1) se aplică și în cazul pensionarilor de invaliditate gradul III, al pensionarilor nevăzători, pe perioada în care se află în situațiile prevăzute la art. 1 alin. (1) lit. A și B și alin. (2) lit. c) și d).

(4) În cazul în care stagiul de cotizare este mai mic de o lună, pentru situațiile prevăzute la art. 9 și 31, baza de calcul a indemnizațiilor o constituie venitul lunar din prima lună de activitate pentru care s-a stabilit să se plătească contribuția, cu respectarea prevederilor alin. (2).

(5) Din duratele de acordare a concediilor medicale, exprimate în zile calendaristice, se plătesc zilele lucrătoare.

(6) La stabilirea numărului de zile ce urmează a fi plătite se au în vedere prevederile legale cu privire la zilele de sărbătoare declarate nelucrătoare, precum și cele referitoare la stabilirea programului de lucru, prevăzute prin contractele colective de muncă.

Proiect co-finanțat printr-un grant din partea Elveției, prin intermediul Contribuției Elvețiene
pentru Uniunea Europeană Extinsă



PROGRAMUL DE COOPERARE ELVEȚIANO-ROMÂN
SWISS-ROMANIAN COOPERATION PROGRAMME

Capitolul 3 – Expunere de motive

Tuberculoza (TB) în România reprezintă o prioritate de sănătate publică.

În ciuda progresului obținut în ultimii 12 ani, de scădere progresivă a incidenței TB, de la 142.2 la 100.000 de locuitori în 2002 (30.986 de cazuri noi și recidive) la 73.3 la 100.000 de locuitori în 2013 (15.629 cazuri noi și recidive), România rămâne țara cu cea mai mare incidență din UE (de cinci ori peste media UE), furnizând circa 20% din cazurile de TB raportate în UE, în condițiile în care deține 4% din populația UE.

Incidența tuberculozei variază pe teritoriul țării și este relativ influențată de statutul socio-economic al regiunilor, cu valori mai ridicate în est, vest și sud și mai scăzute în centru și nord-vest.

Comparativ cu țări europene, în România, amploarea fenomenului nu se datorează nici migrației (în fiecare an sunt raportate doar câteva cazuri la persoane născute în afara țării) și nici infecției HIV (procentul infectațiilor HIV din numărul cazurilor de TB raportate a fost în ultimii ani sub 0,5%), un factor important al severității endemiei TB din România fiind reprezentat de problemele socio-economice cu care se confruntă pacienții. Prin scăderea nivelului de trai a fost influențată evoluția incidenței, dovadă fiind și faptul că incidența cea mai mare se înregistrează în județele din sudul țării și din Moldova, cele care au și cele mai importante probleme socio-economice.

Conform Raportului FMI¹², în ciuda creșterii valorii salariului minim garantat, în 2014 România rămâne în continuare cu un nivel scăzut comparativ cu celelalte țări din regiune. Același Raport menționează faptul că, având în vedere rata ridicată a șomajului în rândul tinerilor din România (23,2%, în medie, în primele nouă luni ale anului 2013) și de procentul în creștere de contracte pe perioadă determinată, salariile minime mai mari ar putea avea implicații negative pentru ocuparea forței de muncă. Rata șomajului a crescut de la o medie de 7,3 la sută în 2013, comparativ cu 7 la sută în 2012.

Conform datelor furnizate de Programul Național de Control al Tuberculozei, în România, ca de altfel în întreaga lume, cazurile de îmbolnăvire la bărbați sunt de 2,1 ori mai frecvente decât cele la femei. Repartiția pe grupe de vârste indică diferențe între cele două sexe: cele mai multe îmbolnăviri apar la bărbați la vârste adulte, între 20 și 54 de ani, iar la femei la vârste mai tinere, între 20 și 34 de ani.

Din punct de vedere legislativ, pacienții cu tuberculoză și persoanele la risc au acces gratuit la servicii medicale de profilaxie, diagnostic și tratament și la unele servicii sociale, printr-un cumul de prevederi legislative, aparținând mai multor acte normative cu caracter general.

¹² <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2014/cr1487.pdf>

Proiect co-finanțat printr-un grant din partea Elveției, prin intermediul Contribuției Elvețiene pentru Uniunea Europeană Extinsă



PROGRAMUL DE COOPERARE ELVEȚIANO-ROMÂN
SWISS-ROMANIAN COOPERATION PROGRAMME

Cu toate acestea, provocarea majoră în controlul TB în România ține de subfinanțarea cronică a Programului Național de Control al TB care s-a tradus de-a lungul timpului în deficiențe în:

- a) asigurarea unui diagnostic rapid și complet;
- b) asigurarea unui tratament complet, continuu și corect administrat;
- c) asigurarea aderenței la tratament prin intervenții centrate pe nevoile pacientului (medicale și de suport socio-psihologic).

a. Deficiențe în asigurarea unui diagnostic rapid și complet

Pe baza datelor rezultate din "Ancheta națională de chimiorezistență pentru medicamentele de linia întâi" derulată în România în perioada 2003-2004, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) estimează un număr de minim 800 de cazuri noi de TB-MDR care ar trebui diagnosticate anual în România (2,8% din cazurile noi de TB și 11% din recidive). În realitate se identifică anual doar cca 400 de cazuri noi de tuberculoză multi-drog rezistentă (TB-MDR) și tuberculoză extrem de rezistentă la tratament (TB-XDR) întrucât doar 50% din cazurile noi și din recidive sunt testate pentru rezistența la medicamente.

În plus, deși la nivel mondial există metode de diagnostic rapid, care scad timpul de diagnosticare de la 6 luni la 2 săptămâni, în România accesul la aceste metode este disponibil doar prin proiecte cu finanțare internațională pentru un număr limitat de pacienți.

b. Deficiențe în asigurarea unui tratament complet, continuu și corect administrat

Conform legislației naționale în vigoare, tratamentul pentru TB este gratuit pentru toți pacienții. Tratamentul TB poate să dureze între minim 6 luni (tuberculoza sensibilă la tratament) și 24 de luni (pentru tuberculoza rezistentă la tratament).

Conform rapoartelor OMS de evaluare a Programului Național de Control al TB, dacă pentru tuberculoza sensibilă la tratament sunt disponibile toate medicamentele, în schimb pentru tuberculoza rezistentă la tratament doar o parte din medicamente sunt disponibile în România, acest lucru reprezentând un impediment major în asigurarea vindecării pacienților și implicit a limitării răspândirii tuberculozei în rândul populației din România. În aceste condiții România a înregistrat în ultimii anii una dintre cele mai mici rate de vindecare a pacienților cu tuberculoză rezistentă din lume,

Proiect co-finanțat printr-un grant din partea Elveției, prin intermediul Contribuției Elvețiene pentru Uniunea Europeană Extinsă



PROGRAMUL DE COOPERARE ELVEȚIANO-ROMÂN
SWISS-ROMANIAN COOPERATION PROGRAMME

respectiv 20% (egală cu rata de vindecare spontană). Astfel, România nu poate limita rezervorul de pacienți infecțioși, dimpotrivă acest rezervor este în continuă creștere de la an la an.

Suplimentar medicamentelor necesare tratării tuberculozei, sunt necesare și medicamente complementare pentru tratamentul efectelor adverse, care nu sunt decontate integral de la bugetul de stat.

c. Deficiențe în asigurarea aderenței la tratament prin intervenții centrate pe nevoile pacientului (medicale și de suport socio-psihologic)

Conform studiilor¹³, pe perioada tratamentului, principalele nevoi ale pacienților diagnosticați cu tuberculoză sunt legate de asigurarea suportului medical, social și psihologic necesar încheierii cu succes a tratamentului.

Rata mare de abandon a tratamentului (rata de abandon variază între 6% pentru cazurile noi, respectiv peste 25% pentru pacienții cu tuberculoză rezistentă) se explică prin inexistența unor servicii de asistență medico-socio-psihologică care să susțină pacientul pe tot parcursul tratamentului și care să se adreseze următoarelor nevoi: efectele adverse uneori extrem de severe pe care medicamentele anti TB la generează, lipsa mijloacelor materiale pentru asigurarea transportului zilnic al pacientului la dispensarul TB/cabinet medic de familie, lipsa mijloacelor materiale pentru un suport nutrițional complementar necesar pentru vindecare (minim 4.000 de calorii/zi), lipsa mijloacelor materiale pentru procurarea medicamentelor complementare pentru tratamentul efectelor adverse, lipsa administrării tratamentului sub directă observație, lipsa consilierii și a suportului social și psihologic de care are nevoie pacientul cu tuberculoză pentru finalizarea tratamentului până la vindecare.

Aderența la tratament, definită ca administrarea de către pacient a terapiei recomandate, luând toate medicamentele prescrise pe întreaga durată a acesteia, este importantă deoarece tuberculoza este aproape întotdeauna curabilă dacă pacientul urmează tratamentul, în timp ce refuzul sau incapacitatea pacientului de a lua medicamentele prescrise conform instrucțiunilor ("non aderență") reprezintă cea mai mare problemă în controlul tuberculozei și poate avea consecințe grave. În aceste condiții, un pacient non-aderent la tratament poate:

avea o durată mai lungă sau o evoluție mai severă a bolii;

transmite TB altora;

¹³ Raportul "Cartografierea nevoilor pacienților cu tuberculoză din România - București, 2014

Proiect co-finanțat printr-un grant din partea Elveției, prin intermediul Contribuției Elvețiene pentru Uniunea Europeană Extinsă



PROGRAMUL DE COOPERARE ELVEȚIANO-ROMÂN
SWISS-ROMANIAN COOPERATION PROGRAMME

dezvolta și transmite o TB MDR;

deceda ca urmare a întreruperii tratamentului.

Pacienții și personalul sanitar sunt în egală măsură responsabili pentru asigurarea aderenței la tratament. Decizia pacientului și a familiei de a administra sau nu medicamentele depinde în foarte mare măsură de ajutorul pe care-l primesc sau nu din partea personalului sanitar atunci când îl solicită, în aceste cazuri educația pacientului fiind vitală.

În concluzie, deficiențele mai sus menționate produc următoarele efecte negative:

- Asupra cheltuielilor bugetare: pentru că întreaga cheltuială suportată de statul român pentru respectivul pacient nu-și mai atinge scopul, acesta trebuind la momentul agravării inevitabile a afecțiunii să reia tratamentul de la faza inițială, dublând astfel cheltuiala statului român cu tratamentul.
- Asupra sănătății publice a cetățenilor: pacientul nediagnosticat, tratat incomplet, incorect sau care abandonează tratamentul expune riscului de contagiune cu tuberculoză toate persoanele cu care va intra în contact: membrii familiei, colegi de muncă, călători din mijloace de transport în comun etc. Într-un cerc vicios, expunerea la aceste riscuri a persoanelor sănătoase conduce la creșterea numărului de pacienți infectați și implicit a cheltuielilor bugetare cu tratamentul acestor noi cazuri.

Nevoile pacientului cu tuberculoză sunt multidimensionale, iar serviciile medicale și de suport prevăzute de legislația actuală sunt insuficiente pentru acoperirea acestor nevoi. Mai mult, deși prevederile legislative sunt oarecum exhaustive, accesul real al pacienților la servicii medicale este departe de a fi adecvat, din multiple constrângeri socio-economice și culturale, iar restul serviciilor de suport sunt foarte puțin reprezentate.

În vederea reducerii riscului de infectare și a cheltuielilor bugetare necesare finanțării controlului TB în România, inclusiv a creșterii gradului de siguranță a sănătății publice a cetățenilor, prezentul act normativ propune o soluție eficientă din punct de vedere economic de reducere a transmiterii TB.

Prezentul act normativ propune:

1. Accesul universal la diagnostic și tratament complet și gratuit pentru toate formele de tuberculoză;

Proiect co-finanțat printr-un grant din partea Elveției, prin intermediul Contribuției Elvețiene pentru Uniunea Europeană Extinsă



PROGRAMUL DE COOPERARE ELVEȚIANO-ROMÂN
SWISS-ROMANIAN COOPERATION PROGRAMME

2. Creșterea aderenței la tratament prin intervenții integrate medico-socio-psihologice centrate pe nevoile pacientului.

Această soluție este de natură a reduce cheltuiala bugetară cu tratamentul tuberculozei, iar implicit efectele sale se vor regăsi și în îmbunătățirea stării de sănătate publică.

La ora actuală cheltuiala statului român pentru finanțarea tratamentului complet necesar pacientului cu tuberculoză sensibilă este de aproximativ 21.250 lei (respectiv costuri cu tratamentul și cu lipsa productivității), cu TB MDR - aprox. 91.000 lei (respectiv costuri cu tratamentul și cu lipsa productivității) și pentru TB XDR- 143.000 lei (respectiv costuri cu tratamentul și cu lipsa productivității).

Considerând o cheltuială aproximativă suplimentară de 82 milioane lei pentru motivarea pacienților (indemnizație de hrană lunară și servicii de asistență psiho-socială) în vederea respectării tratamentului, rezultă o scădere reală a costurilor totale (directe și indirecte) cu tratamentul de aproximativ 31,78% observabilă în al patrulea an de la intrarea în vigoare și implementarea prezentei legi, ajungându-se până la o economie bugetară de 62,41 % în al șaselea an de implementare a legii-.

În situația în care, pacienții diagnosticați cu tuberculoză nu sunt sprijiniți material pentru asigurarea hranei necesare parcurgerii complete a tratamentului, atunci, tuberculoza nu este tratată, iar pacientul respectiv poate dezvolta rezistență la tratament cu trei consecințe indirecte grave: pacientul rămâne contagios, pacientul nu se poate întoarce pe piața muncii, și costurile bugetare se măresc prin asigurarea unui nou tratament și menținerea ca inactivă a persoanei respective.

În concluzie, în vederea respectării drepturilor omului și ale pacientului, așa cum sunt consfințite prin legi naționale și tratate europene și internaționale, se impune necesitatea adoptării unor măsuri financiare suplimentare pentru diminuarea cazurilor de tuberculoză din România, prin acordarea unor ajutoare de hrană pacienților diagnosticați cu tuberculoză, precum și a unor servicii de asistență psiho-socială.

Proiect co-finanțat printr-un grant din partea Elveției, prin intermediul Contribuției Elvețiene pentru Uniunea Europeană Extinsă



PROGRAMUL DE COOPERARE ELVEȚIANO-ROMÂN
SWISS-ROMANIAN COOPERATION PROGRAMME

Capitolul 4 – Proiect de Lege

PROIECT DE LEGE PRIVIND MĂSURILE DE PREVENIRE ȘI CONTROL A TUBERCULOZEI

Capitolul I

Dispoziții generale

Art. 1. – Prezenta lege reglementează cadrul general pentru prevenirea și controlul tuberculozei la nivel individual și în rândul populației, în scopul protecției sănătății umane.

Art. 2.

(1) Tuberculoza reprezintă o problemă prioritară de sănătate publică în România, iar prevenirea și controlul acesteia constituie obiective strategice de interes național.

(2) Ministerul Sănătății, în calitate de autoritate centrală în domeniul sănătății publice, este responsabil de coordonarea și inițierea tuturor măsurilor necesare pentru prevenirea și controlul tuberculozei.

(3) Pentru îndeplinirea prevederilor alin. (2), Ministerul Sănătății, în colaborare cu celelalte autorități publice centrale și locale, instituții publice și private și organizații neguvernamentale, elaborează periodic o strategie națională, care se adoptă prin hotărâre a Guvernului României.

(4) Obiectivele strategiei naționale pentru prevenirea și controlul tuberculozei trebuie să răspundă direcțiilor strategice în domeniu, stabilite de Organizația Mondială a Sănătății, de Uniunea Europeană și de legislația națională aplicabilă.

Art. 3. – Ministerul Sănătății este responsabil pentru implementarea Programului Național de Prevenire, Supraveghere și Control al Tuberculozei.

Art. 4 – Îndeplinirea tuturor măsurilor legale pentru prevenirea și controlul tuberculozei constituie o obligație a autorităților administrației publice centrale și locale, precum și a tuturor persoanelor fizice și juridice.

Art. 5.

(1) În România, fiecărei persoane îi este garantat accesul gratuit la servicii corecte și complete de natură medicală, socială și de susținere psihologică pentru prevenirea și controlul tuberculozei.

(2) În sensul prezentei legi, serviciile pentru prevenirea și controlul tuberculozei se clasifică în:

Proiect co-finanțat printr-un grant din partea Elveției, prin intermediul Contribuției Elvețiene pentru Uniunea Europeană Extinsă



PROGRAMUL DE COOPERARE ELVEȚIANO-ROMÂN
SWISS-ROMANIAN COOPERATION PROGRAMME

- a) servicii de prevenire a tuberculozei,
- b) servicii de diagnosticare a tuberculozei,
- c) servicii de tratament al tuberculozei,
- d) servicii de suport social și psihologic pentru persoanele cu tuberculoză.

Art. 6. – În sensul prezentei legi, termenii și expresiile de mai jos au următoarele semnificații:

- a) aderența la tratament – reprezintă administrarea de către pacient a terapiei recomandate, luând toate medicamentele prescrise pe întreaga durată a acesteia;
- b) caz suspect/suspectul – reprezintă persoana care prezintă semne sau simptome sugestive de tuberculoză înainte de confirmarea diagnosticului;
- c) contact de tuberculoză - reprezintă persoana care stă în apropierea unui bolnav cu tuberculoză contagioasă la o distanță necesară unei conversații pe o durată de minimum 4 ore;
- d) documentele strategice pentru managementul tuberculozei în România - reprezintă totalitatea documentelor elaborate în cadrul Programului Național de Prevenire, Supraveghere și Control al Tuberculozei și care reglementează controlul tuberculozei în România, respectiv norme metodologice de implementare ale Programului Național de Prevenire, Supraveghere și Control al Tuberculozei, ghiduri clinice, Strategia națională de control al tuberculozei în România precum și alte reglementări în vigoare în domeniu;
- e) farmacie cu circuit închis – reprezintă unitatea farmaceutică care asigură asistența cu medicamente de uz uman a bolnavilor internați în spitalele din rețeaua sanitară proprie a Ministerului Sănătății și a altor ministere, instituții și asociații cu rețea sanitară proprie;
- f) identificarea activă a suspecților și a contactilor de tuberculoză - reprezintă activitatea de identificare a suspecților de către serviciile de asistență medicală primară, medicii școlari, medicii care asigură supravegherea stării de sănătate a angajaților sau medicii specialiști care au în îngrijire grupuri considerate la risc pentru tuberculoză;
- g) grup considerat la risc pentru tuberculoză - desemnează persoane care provin dintre contactii bolnavilor de tuberculoză, pauperii extremi, persoanele fără adăpost, asistații social, infecția HIV/SIDA, utilizatorii de droguri, populația din penitenciare sau din alte instituții corecționale, persoanele spitalizate cronic în unități de psihiatrie, cazurile de neoplasm, diabet zaharat, hepatită cronică sau ciroză cu virus B sau C cu tratamente specifice, persoanele care urmează tratamente

Proiect co-finanțat printr-un grant din partea Elveției, prin intermediul Contribuției Elvețiene pentru Uniunea Europeană Extinsă



PROGRAMUL DE COOPERARE ELVEȚIANO-ROMÂN
SWISS-ROMANIAN COOPERATION PROGRAMME

imunopresive pentru diverse afecțiuni, transplant de organe, colagenoze tratate și alte afecțiuni tratate cu imundeprsoare, etilicii cronici, personalul care lucrează în unitățile sanitare, muncitorii expuși noxelor coniotice/pneumoconioze, cei de pe șantiere de construcții, cei cazați în dormitoare comune, navetiști, persoanele din căminele de bătrâni, din cămine spital, pacienții hemodializați;

- h)** laboratoare de bacteriologie – reprezintă laboratoare în care se realizează examenul bacteriologic al tuberculozei;
- i)** pacient care a urmat complet tratamentul pentru tuberculoză – reprezintă pacientul care a urmat o terapie completă de tratament, dar care nu are criteriile pentru a fi evaluat ca vindecat sau localizarea bolii a fost extrapulmonară;
- j)** pacient care a urmat complet tratamentul pentru tuberculoză multidrog-rezistentă - reprezintă pacientul care a urmat o terapie de tratament complet, dar care nu îndeplinește criteriile pentru a fi evaluat vindecat sau eșec datorită lipsei sau numărului insuficient de rezultate bacteriologice;
- k)** pacient vindecat de tuberculoză - reprezintă pacientul diagnosticat cu tuberculoză pulmonară confirmat bacteriologic, care a urmat o terapie completă de tratament și care este negativ la cultură la sfârșitul tratamentului și cel puțin la încă un control anterior;
- l)** pacient vindecat de tuberculoză multidrog-rezistentă - reprezintă pacientul care a efectuat o cură completă de tratament conform protocolului în vigoare și care a avut minimum 5 culturi negative consecutive recoltate la minim 30 de zile, în ultimele 12 luni de tratament;
- m)** prevenirea – reprezintă orice acțiune care întrerupe, stopează, sau diminuează răspândirea tuberculozei la nivel individual sau în rândul populației;
- n)** Programul Național de Prevenire, Supraveghere și Control al Tuberculozei - program național de sănătate publică finanțat sistematic din bugetul Ministerului Sănătății;
- o)** tratamentul – reprezintă totalitatea medicamentelor necesare pentru tratarea tuberculozei așa cum sunt menționate în protocoalele de practică pentru prescrierea și monitorizarea tratamentului, emise de Ministerul Sănătății și recomandate de Organizația Mondială a Sănătății;
- p)** tratament sub directa observație – reprezintă tratamentul administrat pacientului cu tuberculoză, sub directa observație a unui cadru medical, asistent comunitar, asistent social, mediator sanitar sau a altei persoane identificate în comunitate de către serviciul medical pentru tuberculoză, căruia îi este arondat pacientul;

Proiect co-finanțat printr-un grant din partea Elveției, prin intermediul Contribuției Elvețiene pentru Uniunea Europeană Extinsă



PROGRAMUL DE COOPERARE ELVEȚIANO-ROMÂN
SWISS-ROMANIAN COOPERATION PROGRAMME

- q) tuberculoză – orice formă de infecție cu *Mycobacterium tuberculosis*, care se manifestă simptomatic, indiferent de localizare, potențial de infecțiozitate sau de sensibilitate la tratament;
- r) tuberculoză rezistentă la tratament sau tuberculoza multidrog rezistentă – reprezintă tuberculoza cu microorganisme rezistente cel puțin la Isoniazida și Rifampicina.

Capitolul II

Prevenirea tuberculozei

Art. 7.

- (1) Acțiunile de prevenire a tuberculozei se pot adresa atât individului, cât și populației în ansamblu, sau pe grupuri de risc.
- (2) Principalele măsuri de prevenire a tuberculozei constau, însă fără a se limita la acestea, în:
 - a) informarea și educarea în mod continuu a populației generale cu privire la riscul de îmbolnăvire de tuberculoză, calea de transmitere a bolii, principalele semne și simptome, serviciile disponibile, precum și măsurile de prevenire și combatere a infectării;
 - b) educarea și consilierea pacienților cu tuberculoză cu privire la măsurile de igienă, în scopul de a preveni răspândirea infectării;
 - c) controale periodice ale stării de sănătate și examene de screening, după caz, pentru grupurile considerate la risc, conform documentelor strategice pentru managementul tuberculozei în România;
 - d) intervenția rapidă în focare de tuberculoză realizată în conformitate cu documentele strategice pentru managementul tuberculozei în România, cu examinarea gratuită a tuturor persoanelor cu care pacienții diagnosticați cu tuberculoză au intrat în contact și stabilirea tratamentului profilactic, după caz.
- (3) În scopul îndeplinirii măsurilor prevăzute la alin. (2) instituțiile publice cu responsabilități în prevenire, supraveghere și control al tuberculozei colaborează permanent cu organizații neguvernamentale naționale și internaționale.

Proiect co-finanțat printr-un grant din partea Elveției, prin intermediul Contribuției Elvețiene pentru Uniunea Europeană Extinsă



PROGRAMUL DE COOPERARE ELVEȚIANO-ROMÂN
SWISS-ROMANIAN COOPERATION PROGRAMME

Capitolul III

Diagnosticarea tuberculozei

Art. 8. - Diagnosticarea tuberculozei se realizează conform algoritmului și metodelor de diagnostic prevăzute în documentele strategice pentru managementul tuberculozei în România, cu respectarea principiilor și recomandărilor Organizației Mondiale a Sănătății.

Art. 9. - Orice persoană cu simptome de tuberculoză se poate adresa direct dispensarelor de pneumoftiziologie, nefiind necesar bilet de trimitere de la medicul de familie.

Art. 10.

(1) Toți furnizorii de servicii medicale au obligația de a depista semnele și simptomele îmbolnăvirii de tuberculoză la pacienții care se prezintă la consultație și de a referi cazurile depistate la dispensarul de pneumoftiziologie teritorial, pentru stabilirea diagnosticului în conformitate cu prevederile documentelor strategice pentru managementul tuberculozei în România.

(2) Toți furnizorii de servicii medicale au obligația de a înștiința în scris dispensarul de pneumoftiziologie teritorial, în cazul existenței unei suspiciuni de tuberculoză la o persoană.

Capitolul IV

Tratamentul tuberculozei

Art. 11.

(1) Persoanele diagnosticate cu tuberculoză au dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate de care societatea dispune, fără nicio discriminare pe criterii de rasă, naționalitate, etnie, religie, categorie socială, categorie defavorizată, convingeri, vârstă, gen sau orientare sexuală a persoanelor în cauză.

(2) Tratarea tuberculozei se realizează în situațiile prevăzute de protocoalele de practică naționale pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului, elaborate conform dispozițiilor legale și în strictă conformitate cu acestea.

Art. 12. – Asistența medicală acordată persoanelor diagnosticate cu tuberculoză este garantată de stat și se bazează pe principiile respectării demnității persoanei, confidențialității, gratuității totale și accesibilității.

Proiect co-finanțat printr-un grant din partea Elveției, prin intermediul Contribuției Elvețiene pentru Uniunea Europeană Extinsă

www.asptmr.ro

www.raa.ro





PROGRAMUL DE COOPERARE ELVEȚIANO-ROMÂN
SWISS-ROMANIAN COOPERATION PROGRAMME

Art.13. – Tratamentul tuberculozei se acordă în mod gratuit pentru toate persoanele diagnosticate, adecvat în funcție de forma de boală, iar medicamentele necesare tratamentului sunt puse la dispoziția bolnavilor prin farmacii cu circuit închis.

Art. 14.

(1) Tratamentul medical este acordat persoanelor diagnosticate cu tuberculoză în mod continuu până la vindecare.

(2) Pe perioada de tratament medical, pacientul diagnosticat cu tuberculoză are dreptul la servicii de asistență și consiliere psiho-socială.

Art. 15. – Tratamentul pacientului diagnosticat cu tuberculoză se administrează sub directă observație, în conformitate cu recomandările Organizației Mondiale a Sănătății.

Capitolul V

Măsurile de protecție socială a persoanelor infectate cu tuberculoză

Art. 16. – Persoanele diagnosticate cu tuberculoză, asigurate în cadrul sistemului public de asigurări sociale de sănătate au dreptul la concediu și indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă, fără condiții de stagiul de cotizare, pe toată perioada de tratament, până la vindecare.

Art. 17.

(1) În vederea asigurării aderenței la tratament a pacientului diagnosticat cu tuberculoză, acestuia i se acordă o indemnizație lunară de hrană, pe toată perioada de tratament.

(2) Cuantumul alocației de hrană pentru bolnavii de tuberculoză se aprobă prin hotărâre a Guvernului, iar metodologia și condițiile de acordare a acesteia se aprobă prin ordin comun al ministrului sănătății și al ministrului muncii, familiei, protecției și persoanelor vârstnice.

Art. 18.

Indemnizația lunară de hrană este asigurată din bugetul de stat prin bugetul Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice și este plătită lunar:

- a) prin mandat poștal;
- b) în cont personal;
- c) altă formă de plată menționată în cerere de adultul beneficiar ori reprezentantul legal al copilului;

Proiect co-finanțat printr-un grant din partea Elveției, prin intermediul Contribuției Elvețiene pentru Uniunea Europeană Extinsă



PROGRAMUL DE COOPERARE ELVEȚIANO-ROMÂN
SWISS-ROMANIAN COOPERATION PROGRAMME

d) în contul special deschis cu această destinație de către direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului județene, respectiv ale sectoarelor municipiului București sau organismul privat autorizat, pentru copiii încredințați sau dați în plasament unei instituții publice de asistență socială sau organism privat autorizat.

Art. 19.

(1) Indemnizația lunară de hrană este acordată pacientului în condițiile respectării tratamentului prescris, fără întrerupere, pentru luna respectivă.

(2) În vederea asigurării indemnizațiilor lunare de hrană, dispensarele de pneumoftiziologie colaborează cu Ministerul Sănătății, Ministerul Finanțelor Publice și agențiile județene pentru plăți și inspecție socială, respectiv a Municipiului București, pentru calcularea sumelor necesare fiecărui pacient aflat în tratament în cadrul unității medicale respective, pe toată perioada de tratament pe care acesta o urmează.

Art. 20.

(1) În cazul în care pacientul diagnosticat cu tuberculoză nu se prezintă la tratament în intervalul prescris, atunci nu mai are dreptul la indemnizația lunară de hrană.

(2) Unitățile medicale informează Ministerul Sănătății și agențiile județene pentru plăți și inspecție socială despre numărul pacienților care au abandonat tratamentul.

Art. 21. – Cuantumul indemnizației lunare de hrană convenite adulților și copiilor diagnosticați cu tuberculoză se majorează la aceeași dată ca și cuantumul alocațiilor de hrană pentru consumurile colective din unitățile sanitare publice.

Capitolul VI

Atribuțiile instituțiilor publice cu privire la prevenirea și controlul tuberculozei

Art. 22. - Ministerul Sănătății gestionează rețeaua națională de pneumoftiziologie compusă din dispensare de pneumoftiziologie, unități sanitare cu paturi, laboratoare de bacteriologie, asistență medicală primară, cu rol în aplicarea și monitorizarea Programului Național de Prevenire, Supraveghere și Control al Tuberculozei.

Art. 23. - Institutul Național de Pneumoftiziologie "Prof. Dr. Marius Nasta" București este coordonatorul metodologic pentru rețeaua de pneumoftiziologie și Unitatea Centrală de Management a Programului Național de Prevenire, Supraveghere și Control al Tuberculozei.

Proiect co-finanțat printr-un grant din partea Elveției, prin intermediul Contribuției Elvețiene pentru Uniunea Europeană Extinsă



PROGRAMUL DE COOPERARE ELVEȚIANO-ROMÂN
SWISS-ROMANIAN COOPERATION PROGRAMME

Art. 24.

(1) Dispensarele de pneumoftiziologie din rețeaua Ministerului Sănătății asigură diagnosticul, tratamentul, înregistrarea, raportarea și monitorizarea cazurilor de tuberculoză, precum și controlul transmiterii infecției cu tuberculoză prin participarea la efectuarea anchetei epidemiologice.

(2) Dispensarele de pneumoftiziologie colaborează cu medicii de familie și supervizează activitatea acestora în depistarea tuberculozei și în administrarea tratamentului sub directă observație, iar în efectuarea anchetei epidemiologice colaborează atât cu medicii de familie, cât și cu direcția de sănătate publică din județul respectiv.

Art. 25. - Ministerul Justiției, Ministerul Apărării Naționale și Ministerul Afacerilor Interne pun în aplicare în cadrul rețelelor proprii de servicii de sănătate și secții de pneumoftiziologie responsabilitățile pe care le au cu privire la Programului Național de Prevenire, Supraveghere și Control al Tuberculozei.

Art. 26. – Personalul din instituțiile publice și organismele private cu atribuții în prevenirea, supravegherea și controlul tuberculozei au obligația de a respecta prevederile legale cu privire la păstrarea confidențialității persoanelor diagnosticate cu tuberculoză.

Art. 27. – Toți furnizorii de asistență medicală primară au obligația de a asigura identificarea activă a suspecților și a contactilor de tuberculoză și de a efectua tratamentul bolnavilor sub directă observație, conform recomandărilor medicului pneumolog din rețeaua de pneumoftiziologie.

Art. 28. - Autoritățile publice județene sau locale care au în administrare unitățile sanitare cu paturi în care se tratează cazurile de tuberculoză rezistentă la tratament au obligația de a înființa, bugeta și menține servicii de asistență psiho-socială pentru respectivii pacienți, în cadrul acestor unități medicale.

Art. 29. - Serviciile publice de asistență socială din subordinea consiliilor județene, consiliilor locale ale municipiilor și orașelor, consiliilor locale ale sectoarelor municipiului București și Consiliului General al Municipiului București asigură servicii de asistență psiho-socială pacienților diagnosticați cu tuberculoză cu domiciliul în unitatea administrativ teritorială respectivă.

Proiect co-finanțat printr-un grant din partea Elveției, prin intermediul Contribuției Elvețiene pentru Uniunea Europeană Extinsă



PROGRAMUL DE COOPERARE ELVEȚIANO-ROMÂN
SWISS-ROMANIAN COOPERATION PROGRAMME

Capitolul VII

Informarea publică cu privire la riscurile de transmitere a tuberculozei

Art. 30.

(1) – Unitatea de coordonare a Programului Național de Prevenire, Supraveghere și Control al Tuberculozei elaborează anual un plan național de informare publică cu privire la riscurile de transmitere a tuberculozei și măsurile de prevenire a infectării cu tuberculoză, precum și cu privire la serviciile de consiliere, îngrijire și tratament a pacienților diagnosticați cu tuberculoză.

(2) Planul anual de informare publică cu privire la riscurile de transmitere a tuberculozei și măsurile de prevenire a infectării cu tuberculoză, precum și cu privire la serviciile de consiliere, îngrijire și tratament a pacienților diagnosticați cu tuberculoză, se elaborează și este pus în aplicare în termen de 90 de zile de la intrarea în vigoare a prezentei legi.

Art. 31. – Pacientul care a fost declarat vindecat cu tratament complet beneficiază în mod gratuit de servicii de informare și consiliere din partea medicilor de familie, în vederea prevenirii recidivei de tuberculoză.

Art. 32. – Persoanele care sunt în tratament pentru tuberculoză beneficiază de servicii de informare, consiliere profesională și de mediere a muncii în vederea stabilirii de raporturi de muncă sau de serviciu.

Art. 33. - Ministerul Sănătății colaborează în mod continuu cu Ministerul Educației și cu Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice în elaborarea strategiilor anuale de informare a populației cu privire la măsurile de prevenire care trebuie respectate în cadrul unităților de învățământ și la locurile de muncă.

Capitolul VIII

Finanțarea măsurilor de prevenire, control și tratament al tuberculozei

Art. 34. - Acțiunile întreprinse pentru prevenirea, controlul și tratamentul tuberculozei se finanțează de la bugetul de stat, din bugetul fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și din orice alte surse, potrivit legii.

Art. 35. - Ministerul Sănătății asigură fondurile necesare pentru finanțarea Programului Național de Prevenire, Supraveghere și Control al Tuberculozei.

Proiect co-finanțat printr-un grant din partea Elveției, prin intermediul Contribuției Elvețiene pentru Uniunea Europeană Extinsă



PROGRAMUL DE COOPERARE ELVEȚIANO-ROMÂN
SWISS-ROMANIAN COOPERATION PROGRAMME

Capitolul IX

Dispoziții finale

Art. 36. - În scopul îndeplinirii măsurilor de prevenire și control al tuberculozei în România, autoritățile publice centrale și locale cu responsabilități în prevenire, supraveghere și control al tuberculozei colaborează permanent cu toți furnizorii de servicii medicale și cu organizații neguvernamentale naționale și internaționale.

Art. 37.

(1) În termen de maxim 3 luni de la data intrării în vigoare a prezentei legi se aprobă prin hotărâre a Guvernului, strategia națională pentru controlul tuberculozei.

(2) În termen de 3 luni de la data intrării în vigoare a prezentei legi se aprobă prin hotărâre a Guvernului, cuantumul alocației de hrană pentru pacienții cu tuberculoză adulți și copii și ordinul comun al ministrului sănătății și ministrului muncii, familiei, protecției sociale și protecției persoanelor vârstnice metodologia și condițiile de acordare a alocației de hrană pentru bolnavii de tuberculoză.

(3) În termen de 3 luni de la data intrării în vigoare a prezentei legi, Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, Ministerul Finanțelor Publice, Ministerul Educației, Ministerul Justiției, Ministerul Apărării Naționale și Ministerul Afacerilor Interne vor elabora normele metodologice de aplicare a prevederilor prezentei legi și le vor supune spre aprobare prin hotărâre a Guvernului.

Art. 38. - Prezenta lege intră în vigoare la 3 zile de la data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Această Lege a fost adoptată de Parlamentul României, cu respectarea prevederilor art. 65, alin. (2) și art. 76, alin. (1) din Constituția României, republicată.

PREȘEDINTELE CAMEREI DEPUTAȚILOR

PREȘEDINTELE SENATULUI

București

...../...../2014

Nr. ...

Proiect co-finanțat printr-un grant din partea Elveției, prin intermediul Contribuției Elvețiene pentru Uniunea Europeană Extinsă

www.asptmr.ro

www.raa.ro

