

Pilonul V. Sănătate, precum și reziliență economică, socială și instituțională

Componenta C12. Sănătate

Domeniu de intervenție: Sănătate

Obiectiv: Consolidarea rezilienței sistemului de sănătate din România prin creșterea nivelului de acces, siguranță, calitate și funcționalitate a serviciilor medicale și a infrastructurii sanitare

Reforme:

R1. Dezvoltarea capacității pentru gestionarea fondurilor publice din sănătate

R2. Dezvoltarea capacității de investiții în infrastructura sanitară

R3. Dezvoltarea capacității pentru managementul serviciilor de sănătate și managementul resurselor umane din sănătate

Investiții:

I1. Dezvoltarea infrastructurii medicale prespitalicești

I2. Dezvoltarea infrastructurii spitalicești publice

Buget: 2.450,01 mil. euro, din care solicitat în cadrul PNRR: 2.450,01 mil. euro. Valorile din prezenta componentă nu includ TVA.

Provocări și obiective:

a) Provocări

În ciuda îmbunătățirilor recente, sănătatea populației României se situează, în continuare, sub media UE. Rata mortalității evitabile, și anume decesele care ar fi putut fi evitate prin acordarea unei asistențe medicale de calitate optimă, a fost de două ori și jumătate mai mare decât rata UE în 2015. Cheltuielile cu asistența medicală sunt relativ scăzute, iar deficitul de personal reprezintă în continuare o problemă.

Accesul la asistența medicală este redus

România se confruntă cu provocări considerabile în ceea ce privește asigurarea accesului la asistență medicală. În total, aproximativ 11% din populație rămâne neasigurată și are acces doar la un pachet restrâns de servicii. Procentul de populație care beneficiază de o formă de asigurare de sănătate a scăzut, cu un decalaj semnificativ între mediul urban și cel rural. O mare parte a lucrătorilor care desfășoară o activitate independentă în agricultură și a populației rrom din mediul rural nu beneficiază de o asigurare de sănătate. În ceea ce privește nevoile medicale

nesatisfăcute raportate, persistă diferențe semnificative între grupurile cu cele mai mici venituri (8%) și grupurile cu cele mai mari venituri (2,3%). Procentajul populației rurale asigurate a scăzut la 65,6% în 2016, în comparație cu 66,3% în 2015 și cu 75,8% în 2014. În cazul pensionarilor, nivelul nevoilor medicale nesatisfăcute este de două ori mai ridicat decât cel al populației generale.

Rata nevoilor de asistență medicală nesatisfăcute, din cauza distanței mari până la o unitate medicală, a fost a treia ca mărime din UE, în 2017. Dezechilibrele teritoriale în furnizarea serviciilor de asistență medicală sunt mari și se amplifică.

Nivelul nevoilor medicale nesatisfăcute este cu aproximativ 28% mai mare în zonele rurale decât în întreaga țară. Rețeaua de medici de familie este, în principal, o rețea de servicii private de asistență medicală, cu stimulente insuficiente pentru medicii din zonele rurale, care migrează către zonele urbane, mai dezvoltate, ceea ce face acoperirea să fie mai redusă în zonele sărace.

Cheltuielile cu asistența medicală preventivă sunt cu mult sub media UE (1,8%), față de 3,1%. Cheltuielile cu asistența medicală sunt în continuare orientate în mod disproporționat către serviciile medicale spitalicești, în pofida reducerii numărului de externări din spitale. Printre ineficiențele conexe se numără utilizarea ridicată a paturilor de spital, utilizarea scăzută a chirurgiei de zi și lipsa unei integrări eficiente a furnizării serviciilor de asistență medicală.

Îmbunătățirea asistenței medicale comunitare, deși foarte necesară, prezintă întârzieri. Realizarea centrelor de asistență medicală comunitară care oferă îngrijiri integrate a suferit întârzieri suplimentare. Îmbunătățirea asistenței medicale comunitare ar putea reduce nivelul actual ridicat al spitalizărilor evitabile pentru „bolile care se pretează la asistența medicală ambulatorie”, cum ar fi diabetul și hipertensiunea.

În rândul populației Roma, doar 50% din cetățenii în vârstă de peste 16 ani beneficiază de asigurare medicală în sistemul asigurărilor sociale de stat¹. Asigurarea accesului echitabil la serviciile medicale preventive și curative este încă deficitară.

Din totalul cheltuielilor efectuate din Fondul asigurărilor sociale de sănătate (FASS), 5,9% reprezintă cheltuiala cu asistența medicală primară și 5,5% cheltuiala în asistența medicală de specialitate ambulatorie.

În perioada ianuarie-decembrie 2018, serviciile medicale în ambulatoriu reprezintă 16,87% din totalul cheltuielilor cu serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale².

Este necesară integrarea serviciilor medicale pentru asigurarea accesului egal și echitabil și pentru asigurarea continuității de îngrijiri.

Asistența medicală primară, asistența medicală ambulatorie de specialitate, spitalele, sectorul sănătății publice și cel al asistenței sociale funcționează fragmentat și neintegrat, îngreunând accesul populației la servicii medicale integrate. Capacitatea de îngrijire în asistența medicală primară, în ambulatoriile de specialitate este distribuită neuniform și insuficient utilizată, astfel că majoritatea serviciilor medicale continuă să fie furnizate în spitale. Resursele de asistență

¹ Romania Systematic Country Diagnostic BACKGROUND NOTE Roma Inclusion, June 2018

² Raportul de activitate CNASS, 2018

medicală primară și de sănătate publică dezvoltate în ultimii 10 ani, asistența medicală comunitară sunt insuficient dezvoltate și integrate în sistemul de sănătate, cu rol insuficient clarificat și personal redus și pregătit în mica măsură.

Serviciile medicale de medicină de familie suferă de un deficit de personal și infrastructură, dar și de o distribuție neuniformă în județe, regiuni, cu precădere între mediul rural și cel urban. Astfel, 328 de comune din România nu au niciun medic de familie, 2,5% din populație nu are niciun medic de familie în comuna de reședință, din 1.414 de localități (comune și orașe) lipsesc 2.187 de medici de familie. Doar 1.496 de localități (47%) au suficienți medici de familie, iar 271 de localități au mai mulți medici de familie decât este necesar pentru populația existentă³. Cel mai mare excedent este în municipiul București, urmat de alte centre universitare (ex: Craiova, Cluj, Timișoara și Iași).

Serviciile medicale de asistență primară oferite în afara programului normal de lucru sunt reduse sau chiar inexistente în majoritatea zonelor urbane și rurale. Aceasta rezultă într-un exces de consultații furnizate în serviciile medicale de urgență, în camerele de gardă ale spitalelor, o utilizare crescută a paturilor de spital, menținând sistemul de sănătate centrat pe servicii medicale acordate în spitale.

Personalul angajat în asistența medicală comunitară (AMC) este de 1694 de asistenți comunitari și 456 de mediatori sanitari (2019), aceasta însemnând 0,87 asistenți medicali comunitari la 1000 de locuitori. Distribuția acestora în plan teritorial este însă foarte neuniformă, variind de la 0,2 în județul Brașov, până la 4,19 la 1000 de locuitori în județul Gorj.

Proporția cheltuielilor pentru sănătate dedicate asistenței medicale primare și ambulatorii rămâne pe locul doi, între cele mai scăzute din UE (18% comparativ cu media UE de 30%)⁴.

Personalul din asistență medicală primară, asistența comunitară și serviciile oferite în regim ambulatoriu este insuficient pregătit în a oferi îngrijire persoanelor cu dizabilități mintale.

Rata mortalității evitabile este printre cele mai ridicate din UE.

Ratele mortalității evitabile prin prevenție și ale mortalității prin cauze tratabile sunt printre cele mai ridicate din UE. Numărul deceselor cauzate de cancer a crescut, în timp ce bolile cardiovasculare constituie cauza principală a deceselor. Boala cardiacă ischemică și accidentul vascular cerebral sunt principalele cauze de deces, reprezentând împreună peste 550 de decese la 100 000 de locuitori, în 2016. Rata mortalității cauzate de boala cardiacă ischemică este de aproape trei ori mai mare în România decât în UE în ansamblu. Cancerul pulmonar reprezintă cea mai frecventă cauză de deces cauzat de cancer, rata mortalității crescând cu aproape 14 % din anul 2000, în principal din cauza ratelor ridicate ale fumatului. În ultimii ani, au crescut, de asemenea, ratele mortalității legate de alte tipuri de cancer, în special pentru cazurile de cancer colo-rectal și de cancer de sân.

Combaterea anumitor boli infecțioase, precum tuberculoza (TBC), continuă să fie o problemă importantă de sănătate publică în România. Numărul cazurilor de TBC a scăzut în ultimul deceniu, dar rămâne în continuare cel mai ridicat din UE (aproximativ 13 000 de cazuri în 2017).

³ Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie, Distribuția cabinetelor și personalului medical de asistență medical primară, 2019

⁴ CE, OECD, Profilul de țară din 2019 în ceea ce privește sănătatea

România are una dintre cele mai ridicate rate ale mortalității infantile din UE – 6,7 la 1 000 de născuți vii, comparativ cu media UE de 3,6 în 2017. Echipamentele medicale insuficiente și deficitul de medici pot contribui la explicarea acestei cifre.

Deficitul considerabil de forță de muncă în sectorul sănătății, inclusiv deficitul de medici de familie, precum și infrastructura medicală vetustă, lipsa produselor medicale, formarea insuficientă a personalului medical și gradul limitat de continuitate și integrare între diferitele niveluri de îngrijire slăbesc reziliența sistemului de sănătate.

Unitățile spitalicești nu corespund normelor de siguranță și normelor igienico-sanitare, determinând: risc crescut de infecții asociate actului medical, grad ridicat de nevoi medicale nesatisfăcute, costuri crescute cu mentenanța infrastructurii sanitare.

Facilitățile de sănătate, în special spitalele, sunt esențiale pentru comunități atât în mod obișnuit, dar și ca răspuns la situații de urgență, dezastre și alte crize. Spitalele sunt, de asemenea, simboluri importante ale bunăstării sociale. Distrugerea sau deteriorarea unui spital poate duce la expunerea pacienților și a lucrătorilor din domeniul sănătății la vulnerabilități, dar și la pierderea încrederii populației în autorități. Sunt necesare măsuri pentru asigurarea siguranței, securității și funcționalității infrastructurii de sănătate, atât la nivel național, cât și la nivel comunitar.

Sectorul sanitar din România se bazează pe o infrastructură concepută acum 50-60 ani, când nevoia de servicii de sănătate era diferită față de realitățile de astăzi. Una dintre problemele des întâlnite în rețeaua de spitale este fragmentarea-spitalele pavilionare, ceea ce creează dificultăți în ceea ce privește organizarea fluxurilor și transportul pacienților. Clădirile vechi (unele chiar peste 100 ani vechime) nu permit integrarea optimă a circuitelor intra spitalicești, ridică frecvent dificultăți majore în adoptarea de noi tehnologii din cauza limitărilor fizice intrinseci ale clădirilor și nu dispun de facilități pentru un acces fizic (ex. pentru persoanele cu dizabilități). Astfel, adaptarea infrastructurii la nevoile de servicii de sănătate curente (boli netransmisibile, acumularea de probleme de sănătate, complexe cu comorbidități, existența unor tehnologii complexe, etc.) este în multe cazuri imposibilă sau mult mai costisitoare decât construcția unor clădiri noi în care să se transfere activitatea curentă a unor spitale. În plus, mai ales în spitalele vechi cu circuite deficitare, controlul infecțiilor nosocomiale este deficitar, cu impact asupra siguranței pacientului și cheltuieli evitabile. Dotarea cu echipamentele necesare este încă departe de standardele din țările europene avansate, și deseori distribuția echipamentelor în profil teritorial este insuficient echilibrată și calibrată în funcție de nevoi. Dotarea cu echipamente necesare este încă departe de standardele din țările europene avansate și, deseori, distribuția teritorială și utilizarea echipamentelor medicale în unitățile publice nu răspunde profilului stării de sănătate local și nici nevoilor de sănătate ale populației.

România deține 385 aparate de tomografie computerizată (2020), asigurând 20 de aparate la 1.000.000 locuitori. Dintre acestea, aproximativ 50% sunt instalate în sistemul public de sănătate. În sistemul public de sănătate, 14% din aceste aparate sunt mai vechi de 10 ani. În sistemul privat, 25% din aparatele de CT sunt mai vechi de 10 ani.

Numărul de aparate de rezonanță magnetică nucleară (RMN) este de 298, din care 31% se află în sistemul public. Asigurarea cu RMN este de 15 la 1.000.000 de locuitori. 18% din aceste aparate sunt mai vechi de 10 ani.

Achizițiile recente, în special prin *Programul de reformă a sistemului de sănătate al BM*, s-au adăugat aparaturii deja existente, din care o bună parte sunt uzate moral și necesită a fi înlocuite.

Numărul existent de mamografe (2018) este de 163, din care 86 se află în sistemul public de sănătate. 9 spitale clinice județene de urgență nu au în dotare un mamograf, iar 28 spitale clinice județene de urgență au în dotare un singur mamograf, analog, cu an de fabricație 2001-2006⁵. Distribuția unităților sanitare și a infrastructurii de aparatură variază de la o regiune de dezvoltare la alta și de la un județ la altul. Această distribuție reflectă nevoile medicale ale populației într-o foarte mică măsură.

De asemenea, există clădiri în care se desfășoară servicii medicale, care constituie un pericol pentru pacienți și pentru personal, atât din punct de vedere al infecțiilor nosocomiale, cât și din punct de vedere structural și de siguranță la incendii. Pandemia COVID-19 a evidențiat vulnerabilitățile infrastructurii sanitare, suprasolicitarea sistemelor de instalații electrice și de fluide medicale învechite, generând incendii în secțiile de terapie intensivă. Conform unui document de informare adresat Ministerului Sănătății de către Departamentul pentru Situații de Urgență la finalul anului 2020, din punct de vedere al avizării/autorizării privind securitatea la incendiu, la data de 16.11.2020 situația unităților sanitare se prezintă astfel:

Nr crt	Indicator	Total
1	Număr unități sanitare de stat și private cu paturi (cu personalitate juridică)	553
2	Număr clădiri ale unităților sanitare cu paturi, dintre care:	1392
3	Număr clădiri autorizate privind securitatea la incendiu *autorizația a vizat întreaga clădire	310
4	Număr clădiri autorizate parțial privind securitatea la incendiu	52
5	Număr clădiri care funcționează fără autorizație de securitate la incendiu	302
6	Dintre clădirile care funcționează fără autorizație de securitate la incendiu de la nr crt, 5, dețin aviz:	120
7	Număr clădiri care nu fac obiectul autorizării privind securitatea la incendiu	728

Principalele deficiențe constatate de inspectorii de prevenire pe timpul controalelor executate la unitățile sanitare sunt, pe de-o parte, legate de infrastructura de apărare împotriva incendiilor (funcționarea fără autorizație de securitate la incendiu, neasigurarea condițiilor pentru limitarea propagării focului și fumului în interiorul construcțiilor, nedotarea construcțiilor cu instalații de detecție, semnalizare și avertizare a incendiilor sau nefuncționarea acestora, neasigurarea spațiilor cu mijloace tehnice de apărare împotriva incendiilor, neasigurarea funcționării acestor dotări și echipamente), iar pe de altă parte legate de lipsa mentenanței și verificării periodice a acestei infrastructuri și de exploatarea improprie.

Același document de informare expune și principalele cauze care conduc la funcționarea construcțiilor cu funcțiunea de îngrijire a sănătății fără autorizație de securitate la incendiu, iar printre acestea se numără: nealocarea fondurilor necesare conformării construcției la cerințele reglementărilor tehnice în vigoare, calitatea slabă a documentațiilor întocmite în vederea obținerii avizului și autorizației de securitate la incendiu și alocarea de fonduri pentru modernizarea doar a unei secții sau a unui nivel al construcției, aceasta din urmă fiind și cea mai des întâlnită cauză.

⁵ MS, Analiza de situație a UMP, 2019

Numărul ridicat de clădiri cu risc seismic în care funcționează spitalele din România este, de asemenea, îngrijorător. Potrivit datelor comunicate de IGSU în 2018, 137 de spitale situate în București și în 15 județe ale țării își desfășoară activitatea în clădiri cu risc seismic, iar 37 dintre acestea sunt în clădiri cu risc seismic ridicat (clasa I și II), ceea ce înseamnă pericol iminent de prăbușire în cazul unui cutremur puternic.

Nevoia de intervenții în îmbunătățirea calității și siguranței infrastructurii sanitare este așadar acută, cu atât mai mult cu cât utilizatorii clădirilor sunt, în mare parte, persoane care nu se pot evacua singure, în caz de situații de urgență.

Nivelurile de rezistență la antimicrobiene se mențin ridicate în România. Conform Centrului European de Prevenire și Control al Bolilor, 32,3% dintre tulpinile de *Klebsiella pneumoniae* izolate în anul 2019 în România erau rezistente la carbapeneme, o clasă de antibiotice cu spectru larg, considerată de rezervă. Astfel, România se situează pe locul 2, după Grecia, în lista țărilor cu cele mai mari procente de rezistență a acestui microorganism din Uniunea Europeană, înregistrând o creștere semnificativă în ultimii ani (22,5% în 2017, 29,5% în 2018).⁶

b) Obiective:

Reducerea ratei de mortalitate evitabile prin creșterea ponderii măsurilor preventive, extinderea accesului la diagnostic precoce și tratament și, respectiv, prin creșterea capacității de integrare între diferitele nivele de asistență medicală;

Reducerea ratei mortalității tratabile prin creșterea calității actului medical, ca urmare a reformării programelor de educație post-universitară și a celor de educație medicală continuă a personalului medical;

Reducerea disparităților de acces la servicii medicale de bază dintre regiuni, dintre rural și urban și, respectiv, dintre diferitele categorii sociale;

Creșterea accesului la servicii medicale de calitate, inclusiv prin utilizare facilităților de telemedicină;

Creșterea siguranței pacienților, a calității actului medical și a accesului la serviciile medicale de specialitate prin investiții în infrastructura spitalicească publică și prin reforma în domeniul resurselor umane din sănătate;

Îmbunătățirea evaluării costurilor reale, eficienței și predictibilității serviciilor de sănătate;

Optimizarea cheltuielilor din sistemul de sănătate în funcție de raportul cost/beneficiu;

Îmbunătățirea managementului resurselor destinate proiectelor de investiții în infrastructura sanitară, prin crearea unei Agenții dedicate managementului acestor investiții.

Întreaga componentă din domeniul sănătății răspunde în principal recomandărilor specifice de țară:

⁶ European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance Atlas of Infectious Disease. 2019.

- (CSR.2019.3) Să îmbunătățească accesul la asistență medicală și eficiența sectorului sănătății din punctul de vedere al costurilor, inclusiv prin favorizarea tratamentului ambulatoriu.
- (CSR.2020.1) Să consolideze reziliența sistemului de sănătate, inclusiv în ceea ce privește personalul medical și produsele medicale și să îmbunătățească accesul la serviciile de sănătate.

Contribuția la inițiativele emblematiche sau alte strategii ale UE

Atât R2. - Creșterea capacității pentru realizarea investițiilor în infrastructura de sănătate, cât și R3. - Creșterea capacității managementului sanitar și a resurselor umane din sănătate sprijină Inițiativa emblematică Recalificarea și perfecționarea (Reskill and upskill) prin îmbunătățirea cunoștințelor, abilităților și competențelor în activitățile de infrastructură medicală, în managementul serviciilor de sănătate și în consolidarea capacității profesionale a resursei umane din domeniul medical.

Cele două investiții, prin intervențiile propuse, sprijină îmbunătățirea eficienței energetice și utilizarea eficientă a resurselor în cazul clădirilor publice, conform inițiativei emblematiche Renovarea (Renovate).

Descrierea reformelor și investițiilor:

R1. Dezvoltarea capacității pentru gestionarea fondurilor publice din sănătate (Alocare 70,18 mil. euro)

Provocări și obiective:

România continuă să aibă cea mai mare rată de mortalitate din cauze tratabile din Uniunea Europeană. Una din cauze, așa cum a fost identificată în [OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Romania: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU], este paucitatea informațiilor privind evaluarea obiectivă a calității serviciilor de sănătate și a cost eficienței intervențiilor din domeniul sănătății, ceea ce face ca alocarea fondurilor să se bazeze foarte puțin pe criterii științifice de eficiență. Totodată, mecanismele de plată a serviciului medical sunt puțin dependente de rezultatul și calitatea serviciului. Prin urmare, este o nevoie urgentă ca, în paralel cu dezvoltarea și implementarea unor criterii de evaluare a performanței furnizorilor de servicii medicale, să demarăm un proces de încurajare a acelor servicii medicale și scheme de tratament cost-eficiente, prin toate metodele posibile, inclusiv de tip financiar. Implementarea unor mecanisme de plată care să stimuleze obținerea de rezultate, dar și calitatea actului medical ar crește astfel reziliența sistemului medical la schimbare. Deși există în acest moment două proiecte finanțate prin FEDR care au drept obiectiv oferirea de asistență tehnică pentru creșterea calității datelor colectate, nu există încă un mecanism de stimulare financiară a calității actului medical la fiecare nivel de asistență medicală, corelat cu datele colectate.

Structura cheltuielilor din domeniul sănătății este una din cauzele persistenței valorilor mari ale ratei mortalității evitabile. România cheltuie foarte puțin pe servicii de prevenție (1,7% comparativ cu 3,1% în UE)[OECD/ State of Health in the EU/2019]. Cheltuielile cu asistența medicală spitalicească reprezintă peste 42% din total (comparativ cu 29% la nivelul UE), iar proporția cheltuielilor cu serviciile medicale ambulatorii și de la nivelul asistenței medicale primare este cea mai redusă din UE (18%, comparativ cu 30% - media UE). Chiar dacă inversarea piramidei serviciilor de sănătate a fost prioritizată pe parcursul ultimilor 30 de ani, fără să se realizeze progrese însă, totuși ea rămâne un deziderat al actualei reforme, tocmai

datorită importanței ei pentru un sistem de sănătate eficace, accesibil și rezilient. Banca Mondială și Organizația Mondială a Sănătății recomandă și descriu mecanisme financiare și surse bugetare care să asigure creșterea fondurilor alocate prevenției fără a scădea alocările pentru serviciile curative.

Dezechilibrele teritoriale și socio-economice în furnizarea de servicii medicale sunt mari și se extind. Nevoile nesatisfăcute raportate ca urmare a distanței de deplasare sunt printre cele mai mari din UE, reflectând o distribuție inegală a unităților de asistență medicală și a personalului medical. Nivelul nevoilor medicale nesatisfăcute este cu aproximativ 28% mai mare în zonele rurale decât în țară, în ansamblu. Rețeaua medicilor de familie este, în principal, o rețea privată de servicii de sănătate, cu stimulente reduse pentru medicii din zonele rurale, care migrează către zonele urbane, mai dezvoltate, lăsând zonele sărace cu o acoperire mai mică.

Subfinanțarea cronică a sistemului de sănătate nu este singura problemă legată de finanțarea sănătății. La aceasta se adaugă practica frecventă a plăților informale, actele de corupție la nivelul managementului spitalicesc, decontarea unor servicii sau produse medicale de care pacienții nu ajung să beneficieze.

Obiectivele reformei:

Creșterea eficienței cheltuirii fondurilor publice prin dezvoltarea unui sistem de evaluare a performanței furnizorilor de servicii medicale bazat pe criterii obiective, măsurabile și bazate pe dovezi științifice și prin monitorizarea și evaluarea cheltuielilor Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS).

Stimularea îmbunătățirii calității și a cost-eficienței serviciilor de sănătate prin crearea, pilotarea și implementarea acelor mecanisme financiare care recompensează performanța furnizorilor de asistență medicală, și anume finanțarea pe bază de rezultate a serviciilor de sănătate, așa cum este definită de Comitetul de experți al Comisiei Europene (2019).

Creșterea ponderii serviciilor medicale de tip preventiv prin dezvoltarea de mecanisme financiare care să încurajeze intervențiile preventive comprehensive și durabile, atât în asistența medicală primară, cât și în cea ambulatorie, de specialitate.

Creșterea diversității și complexității serviciilor medicale curative furnizate la nivel prespitalicesc prin modificarea condițiilor, criteriilor și a quantumului finanțării asistenței medicale primare și ambulatorii.

Reducerea inegalităților în ceea ce privește accesul la asistența medicală prin crearea și implementarea unor mecanisme juridice și financiare de încurajare a implicării personalului medical și de asistență comunitară în oferirea serviciilor medicale către populația vulnerabilă, inclusiv prin mijloace de telemedicină.

Extinderea luptei pentru combaterea practicilor ilegale din domeniul sănătății, prin măsuri de transparentizare a cheltuielilor din fondurile publice destinate sănătății cum ar fi: creșterea accesului pacientului la propriile date privind cheltuielile medicale, creșterea transparenței cu privire la indicatorii de performanță a managementului spitalului; îmbunătățirea sistemului de transparentizare a achizițiilor publice în sistemul de sănătate.

Ministerul Sănătății deține legal rolul principal de elaborare a politicilor de sănătate în România, fiind cel mai important promotor al modificărilor legislative necesare R1 (dar și R3,

vezi mai jos). Ministerul Sănătății deține, conform Legii 95/2006 art.10 cu modificările și completările ulterioare, precum și Hotărârii Guvernului României nr. 144/2010 cu modificările și completările ulterioare, rolul de supraveghere și control al aplicării legislației de către instituțiile și organismele care au responsabilități în domeniul sănătății. Dată fiind complexitatea tehnică a reformelor din acest segment, Ministerul Sănătății va beneficia de asistența tehnică specifică, necesară dezvoltării componentelor metodologice a reformelor, din partea instituțiilor partenere menționate, precum Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate (ANMCS) și alți parteneri academici și internaționali identificați în detaliu la fiecare reformă. Rolul Ministerului Sănătății este de a monitoriza și coordona realizarea acestor componente metodologice și, consecutiv finalizării acestora, de a le transpune în modificările legislative necesare funcționării și implementării acestora. Conform legislației în vigoare, relația dintre Ministerul Sănătății și CNAS și ANMCS este una de colaborare, iar principalele acte emise de cele două instituții se fac în consultare cu Ministerul Sănătății.

Natura, tipul și mărimea măsurilor luate în cadrul reformei gestionării fondurilor publice din sănătate

Prima reforma a componentei propuse va lua forma unei plăți (recompense) pentru furnizorii de servicii medicale, un "Fond pentru calitatea serviciilor medicale", pentru a stimula calitatea serviciilor de îngrijire din sănătate. Acesta se va adresa în primă fază spitalelor, urmând a fi extins ulterior la toate nivelurile sistemului de sănătate: ambulatorii și furnizorii de asistență primară.

Prima fază a componentei "Fond pentru calitatea serviciilor medicale" presupune dezvoltarea și reglementarea indicatorilor de calitate care vor fi colectați și monitorizați la nivel spitalicesc: indicatori de proces, de rezultat și de rezultate raportate de pacient (PROs). Acești indicatori vor fi dezvoltați în acord cu standardele de acreditare a unităților sanitare cu paturi dezvoltate de Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate (ANMCS), ciclul II de acreditare. De menționat că, din punct de vedere tehnic, standardele de acreditare ANMCS reprezintă un element înrudit, dar diferit de indicatorii de calitate a căror monitorizare și evaluare vor face legătura între calitatea și performanța serviciilor medicale furnizate și componenta financiară.

Măsura se va adresa, într-o primă fază, furnizorilor de servicii de specialitate tip spital care sunt organizați ca entități publice din punct de vedere al statutului juridic. Ulterior derulării fazei pilot., se va explora și oportunitatea includerii în măsură a medicilor de familie organizați în cabinete individuale, grupate, asociate, societăți civile medicale, alte forme de furnizare de asistență medicală primară. Dezvoltarea noilor seturi de indicatori este justificată de necesitatea de a evalua serviciile medicale nu numai din perspectivă financiară, ci și din perspectiva impactului lor asupra stării de sănătate. Aplicarea acestor indicatori va permite, așadar, evidențierea impactului serviciilor de sănătate asupra sănătății (în plan individual și în special populațional), dar și o mai bună evaluare a nevoii de servicii de sănătate la nivel populațional și va furniza dovezi pentru deciziile viitoare de politici publice. Măsura va contribui esențial la eficientizarea utilizării fondurilor publice, deoarece va favoriza deciziile bazate pe dovezi și finanțarea pe bază de performanță a acelor servicii medicale care cresc calitatea vieții pacientului și asigură eficiența cheltuirii fondurilor.

A doua fază a componentei "Fond pentru calitatea serviciilor medicale" include dezvoltarea și pilotarea unor mecanisme de plată bazată pe performanță pentru un număr limitat de furnizori

de servicii medicale, cu obiectivul de a lega stimulentele financiare de obiectivele de calitate determinate în prima fază a reformei și de a stimula integrarea serviciilor de sănătate. Mecanismele de plată bazată pe performanță pot include plăți suplimentare (plată pentru schemele de performanță), plăți combinate organizate în jurul serviciilor integrate (cum ar fi îngrijirea neonatală), etc. Această fază va include și dezvoltarea instrumentelor digitale necesare pentru colectarea indicatorilor de calitate identificați și dezvoltați în prima fază a proiectului și va ținti un set inițial restrâns de furnizori de servicii medicale, selectat pe baza metodologiei dezvoltate în faza 1, în așa fel încât un eșantion reprezentativ din punct de vedere al complexității și acoperirii regionale să fie inclus în pilot. În urma analizării rezultatelor proiectului pilot, cele mai fezabile mecanisme de plată bazată pe performanță vor fi identificate și vor reprezenta baza metodologică și legală de funcționare a “Fondului pentru calitatea serviciilor medicale”.

Cea de-a treia fază a componentei "Fond pentru calitatea serviciilor medicale" se va derula la nivelul tuturor unităților publice spitalicești, astfel încât indicatorii de calitate dezvoltați în prima fază să fie colectați și monitorizați prin intermediul instrumentelor digitale dezvoltate în cea de-a doua fază a reformei. Cele mai adecvate mecanisme de plată bazată pe performanță identificate în faza pilot vor fi utilizate pentru identificarea și recompensarea furnizorilor de servicii medicale care ating pragurile de performanță stabilite pentru indicatorii monitorizați. În fiecare ciclu financiar, furnizorii care ating țintele stabilite vor deveni beneficiari ai plăților realizate din "Fondul pentru calitatea serviciilor medicale". În această fază, plățile vor fi efectuate prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, dar în afara Contractului-Cadru, deoarece plățile efectuate din “Fondul pentru calitatea serviciilor medicale” reprezintă recompense financiare acordate doar acelor furnizori de servicii medicale care ating țintele de performanță stabilite, inclusiv prin compararea cu performanțele realizate în anul precedent. Evaluarea performanței la nivel de unitate spitalicească va fi realizată prin intermediul Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate (ANMCS), astfel încât să fie recompensați doar furnizorii cu cele mai bune performanțe. Din experiența practică a altor state, în care mecanisme similare au fost implementate, numărul și identitatea unităților spitalicești recompensate în această fază variază de la un ciclu de finanțare la altul, în funcție de performanțele atinse și de calitatea serviciilor medicale furnizate, iar fondurile astfel obținute pot fi folosite de managementul unității spitalicești recompensate pentru îmbunătățirea continuă a calității și siguranței serviciilor medicale oferite (dar nu pentru cheltuieli operaționale, i.e. salarii, etc). Prin urmare, nu poate fi considerat că există o recurență a plăților efectuate prin intermediul “Fondului pentru calitatea serviciilor medicale”. La nivelul fiecărui furnizor de servicii medicale există obligația legală de constituire și funcționare a unei structuri de management al calității serviciilor medicale cu obiectivul de a implementa sistemul de management al calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului (conf. OMS 1312/250/2020). Această structură este organizată ca entitate separată în cadrul organigramei furnizorului de servicii medicale, cu linie de buget separată, făcând astfel posibilă monitorizarea utilizării fondurilor specific pentru activitățile derulate de acest tip de unități, cu solicitarea din partea ANMCS de a evidenția clar, în cadrul liniei bugetare respective, folosirea finanțării obținute din Fond și publicarea transparentă a acestora.

Pentru estimarea dimensiunii financiare a Fondului au fost identificate, cu scopul de a servi ca etalon, alocările financiare din fonduri cu obiective și structuri similare din trei state europene: Franța (Incitation financière à l'amélioration de la qualité), Croația (schemă de finanțare prin care 10% din veniturile unui furnizor sunt legate de indicatori de calitate) și Norvegia (Quality Based Financing). Printr-o ponderare bazată pe estimarea bugetului FNUASS din România și pe existența în România a 517 spitale (376 spitale publice și 141 private) aflate în contract cu

Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și considerând că dovezile din literatura științifică de specialitate sugerează că dimensiunea financiară inițială a unui astfel de fond în faza sa de pilotare nu reprezintă un factor esențial în succesul atingerii obiectivului de îmbunătățire a calității serviciilor medicale, s-a optat pentru varianta conservativă, detaliată în anexa referitoare la costuri.

Cea de-a patra fază a componentei reprezintă scalarea “Fondului pentru calitatea serviciilor medicale” la nivelul tuturor tipurilor de furnizori de servicii medicale, inclusiv al consorțiilor medicale integrate, și includerea acestor mecanisme de plată bazată pe performanță în Contractul-Cadru și în alte documente legislative. În această fază, finanțarea Fondului nu va mai fi realizată prin intermediul PNR, sustenabilitatea reformei fiind asigurată prin finanțări de la bugetul de stat sau de la Fondul Național Unic al Asiguraților Sociale de Sănătate.

Din punct de vedere tehnic, funcționarea “Fondului pentru calitatea serviciilor medicale” se bazează pe două metodologii. O metodologie dezvoltată în prima fază a reformei, prin care se va dezvolta și livra setul de indicatori de calitate care vor fi colectați și monitorizați la nivel spitalicesc (vezi mai sus), precum și modalitatea prin care aceștia vor fi colectați și monitorizați. A doua metodologie va descrie mecanismul detaliat prin care vor fi stabilite plățile din Fond către spitale. Această metodologie va utiliza evaluările setului de indicatori de calitate dezvoltați anterior și va stabili care dintre modelele de plată bazată pe performanță similare, deja testate la nivel european, sunt optime pentru atingerea obiectivelor definite în Strategia Națională de Sănătate a României. Modelele de plată considerate în acest moment sunt cele din Franța (Incitation financière à l’amélioration de la qualité), Croația (schemă de finanțare prin care 10% din veniturile unui furnizor sunt legate de indicatori de calitate) și Norvegia (Quality Based Financing). Detalierea acestor metodologii este prematură în această fază, ele necesitând un efort tehnic amplu, inclusiv derularea și evaluarea din faza-pilot, urmând a fi dezvoltate chiar în cadrul acestei Reforme, fiind deja definiți itemi de cost distincți pentru atingerea acestui obiectiv.

Cea de-a doua componentă programată în cadrul acestei reforme constă în dezvoltarea colaborativă a unui nou model de Contract-Cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale și normele de aplicare ale acestuia, împreună cu reprezentanții tuturor participanților la sistemul de sănătate, precum și adoptarea unor măsuri legislative complementare, având ca scop:

- definirea, măsurarea și încurajarea performanței administrării fondurilor FNUASS, atât pentru promovarea sănătății, cât și pentru diagnosticul și tratamentul afecțiunilor populației;
- creșterea ponderii serviciilor la nivelul asistenței medicale prespitalicești și reducerea presiunii asupra nivelului superior al piramidei serviciilor de sănătate;
- promovarea prestării activităților de prevenție și diagnostic precoce al bolilor, cu precădere la nivelul asistenței medicale primare;
- reducerea disparităților de acces între mediul rural și urban prin promovarea relațiilor contractuale între CNAS și medici de familie și medici specialiști care își doresc să își desfășoare activitatea în localități izolate sau slab deservite;
- asigurarea accesului tuturor pacienților la servicii medicale în contextul pandemic și ulterior endemic al COVID-19 (asistență medicală primară și ambulatorie), prin armonizarea cadrului formal prin care furnizorii de servicii medicale prestează servicii la distanță și optimizarea activității spitalelor;

- extinderea pachetului de servicii care poate fi oferit la nivelul asistenței medicale primare, de specialitate și comunitare, cu servicii de prevenție, diagnostic precoce și de monitorizare a pacienților și completarea cu noi programe de prevenție, creând și un cadru pentru finanțări pentru serviciile medicale de prevenție și diagnostic precoce care vor fi finanțate din Programului Operațional Sănătate (măsurile de tip FSE+POS) și din Bugetul de stat;
- dezvoltarea unui sistem echitabil și sustenabil de finanțare a spitalelor, pornind de la costurile reale ale serviciilor prestate, nevoia din teritoriu și traseele pacienților. Este nevoie nu doar de o gândire longitudinală, aliniată cu nevoile pacienților, ci și de o mai bună coordonare între palierele de servicii, precum și de parteneriate active cu organizații din sectorul public, privat și societate civilă pentru a preveni și acoperi deficiențele existente.

În vederea transparentizării informațiilor cu privire la gestionarea fondurilor publice din sănătate se vizează creșterea accesului la informații financiare privind serviciilor decontate de CNAS prin dezvoltarea, centralizarea și publicarea periodică a unui set de indicatori de performanță managerială și financiară (ex. execuția bugetară, volumul serviciilor oferite, date referitoare la achizițiile publice și altele) și analiza activității programelor și acțiunilor prioritare derulate la nivelul MS și CNAS.

Beneficiari:

- Ministerul Sănătății
- Casa Națională de Asigurări de Sănătate
- Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate (ANMCS).

Grup țintă:

Cetățenii statului: populația sănătoasă, pacienții și familiile acestora prin reducerea ratelor de mortalitate și morbiditate prevenibile și tratabile și lucrătorii din sănătate, cărora li se va oferi posibilitatea îngrijirii pacienților în condiții adecvate.

Furnizorii de servicii medicale (asistență spitalicească, ambulatorie, primară și comunitară) și resursele umane din sănătate vor beneficia de unele măsuri care să stimuleze tranziția sistemului de sănătate spre un cadru legal și financiar mai previzibil, echitabil și sustenabil.

Implementare:

În vederea realizării activităților necesare implementării programului pilot “Fond pentru calitatea serviciilor medicale”:

Ministerul Sănătății, în parteneriat cu ANMCS, vor dezvolta indicatorii de calitate a serviciilor medicale, fiind deja identificată asistența tehnică necesară proiectului. Setul de indicatori va include indicatori precum: procentul de pacienți cu evenimente adverse, îmbunătățirea scorului de evaluare a durerii clinice (scala VAS - Visual Analogue Scale), rata infecțiilor intraspitalicești, calitatea informațiilor disponibile pacienților, etc.

Ministerul Sănătății, cu expertiză furnizată extern, va dezvolta modelele de plăți bazate pe performanță și instrumentele digitale necesare colectării și monitorizării indicatorilor dezvoltați în faza anterioară.

Ministerul Sănătății, în parteneriat cu CNAS, vor realiza cadrul legislativ necesar în vederea constituirii “Fondului pentru calitatea serviciilor medicale”.

ANMCS va evalua indicatorii de calitate și va furniza rapoartele de evaluare. Ministerul Sănătății, prin intermediul CNAS, va efectua plățile în funcție de modelele dezvoltate și de rezultatele evaluărilor.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Ministerul Sănătății vor fi responsabile de redactarea contractului-cadru și a normelor de aplicare privind gestiunea fondurilor publice din sănătate (servicii medicale, programe naționale de sănătate), precum și a modificărilor legislative elaborate în spirit complementar cu obiectivele acestora. Ulterior finalizării elaborării acestora, vor fi supuse spre adoptare.

Noul contract-cadru va urmări:

- Îmbunătățirea gestionării Fondului Național de Asigurări de Sănătate,
- Creșterea serviciilor de îngrijire ambulatorie pentru a reduce presiunea asupra sistemului spitalicesc,
- Promovarea furnizării de servicii de prevenire și diagnostic precoce, în special la nivelul asistenței primare,
- Facilitarea serviciilor la distanță de către furnizorii de servicii medicale,
- Reducerea decalajului rural-urban în ceea ce privește accesul la asistență medicală, prin crearea de stimulente pentru medicii de familie / specialiști în furnizarea de servicii în zonele îndepărtate și defavorizate,
- Extinderea acoperirii serviciilor de îngrijire primară, specializată și comunitară pentru a include servicii de prevenire și diagnostic precoce.

Principalele modificări se referă la procedurile și condițiile contractuale cu furnizorii de servicii, mecanismele de finanțare și pachetele de servicii pentru persoanele asigurate și neasigurate.

Măsurile legislative care vizează operaționalizarea creșterii transparenței vor fi elaborate și supuse avizării de către Ministerul Sănătății și Ministerul Cercetării, Inovării și Digitalizării, în vederea adoptării acestora. Casa Națională de Asigurări de Sănătate va avea rol consultativ la acest nivel.

Contribuția la Pilonul social european al drepturilor sociale:

Reforma va contribui la respectarea principiilor promovate de către Pilonul social european (în special principiile 16, 3, 10 și 20), permițând accesul egal și rapid la asistență medicală preventivă și curativă, de bună calitate și accesibilă din punct de vedere financiar, prin toate măsurile propuse. Reforma adresată este de natură sistemică, cu impact asupra calității actului medical, a creșterii rezilienței serviciilor și a optimizării costurilor medicale. Prin elaborarea și adoptarea cadrului care vizează creșterea transparenței în sistemul de sănătate, reforma va conduce la creșterea accesului la informații financiare privind serviciile decontate de CNAS. Astfel, se va asigura colectarea evidențelor necesare întreprinderii demersurilor de consolidare a serviciilor medicale, inclusiv a celor digitale, pentru furnizarea asistenței medicale. Datele colectate vor asigura o mai bună identificare a inegalităților în materie de sănătate și vor evidenția perspectiva pacienților, cu scopul de a îmbunătăți accesul la sănătate pentru cele mai vulnerabile persoane, ceea ce ar fi în consonanță cu Principiile 3 și 20 din Pilonul European al Drepturilor Sociale. De asemenea, evidențele colectate vor contribui la înfăptuirea Spațiului european al datelor privind sănătatea, inițiativă a Comisiei Europene, aflată în prezent în proces de concepere.

Ca finalitate a acestei reforme, în timp, serviciile de asistență medicală vor deveni mai reziliente și receptive în raport cu nevoile pacienților sau situațiile de criză (similare crizei pandemice și ulterior endemice a COVID-19). Astfel, prin măsurile sale, în special cea referitoare la dezvoltarea unui sistem echitabil și sustenabil de finanțare a spitalelor, această reformă va contribui la îmbunătățirea accesului la asistență medicală de calitate pentru toți și va reduce inegalitățile în materie de sănătate pe criterii sociale, teritoriale și economice (accentul primordial fiind pus pe reducerea disparităților de acces între mediul rural și urban). De asemenea, această reformă va asigura premisele necesare îmbunătățirii situației privind următorii indicatori relevanți ai tabloului de bord social european revizuit:

- Nevoi de asistență medicală nesatisfăcute autoraportate;
- Cheltuieli suportate de pacient pentru asistență medicală;
- Speranța de viață sănătoasă la vârsta de 65 de ani: femei și bărbați;
- Mortalitatea standardizată din cauze tratabile sau care pot fi prevenite (ODD).

Definirea și instituționalizarea fondului pentru calitatea serviciilor medicale se va baza pe împărtășirea de bune practici din alte state membre ale UE, în scopul consolidării sistemului de sănătate, fapt care va asigura promovarea convergenței ascendente. Dezvoltarea colaborativă a unui nou model de Contract-Cadru va contribui la dinamizarea dialogului social (Principiul 8) cu organizațiile din sectorul public, privat și al societății civile, din domeniile adiacente sectorului medical.

Complementaritate:

Reforma este complementară cu măsurile din POS care vizează Prioritatea 2. Creșterea calității serviciilor de asistență medicală primară, comunitară și a serviciilor oferite în sistem ambulatoriu, finanțate prin FSE+, Prioritatea 3. Servicii de reabilitarea, paliativă și îngrijire pe termen lung adaptate fenomenului demografic de îmbătrânire a populației și a profilului epidemiologic al morbidității, finanțate prin FEDR.

Asigurarea ireversibilității reformei:

Prezenta reformă din domeniul public al sănătății este întărită pe plan legislativ de o serie de documente strategice care au început a fi elaborate în baza unor asistențe tehnice din cadrul Proiectului de Reformă în Sănătate, derulat cu Banca Mondială, și din cadrul proiectelor în derulare cu Banca Europeană de Investiții. Acestea trasează liniile directoare de optimizare a serviciilor medicale, în scopul asigurării accesului populației la serviciile medicale necesare și a sustenabilității financiare.

În prezent, sunt finalizate și aprobate Planurile de servicii medicale (Masterplan) pentru regiunile Nord Vest și Nord Est. Alte cinci master planuri regionale de servicii de sănătate 2021-2027 vor fi elaborate și aprobate, pentru celelalte regiuni, astfel încât să se asigure acoperirea întregii țări, în cadrul proiectului “Crearea cadrului strategic și operațional pentru planificarea și reorganizarea la nivel național și regional a serviciilor de sănătate”, Cod SMIS Proiect: 129165.

Totodată, în cadrul proiectului va fi elaborată și aprobată ”Strategia Națională de Sănătate 2021 – 2027”, cu obiective strategice și plan de acțiune. În acest sens, sunt derulate acțiuni, în scopul pregătirii planurilor de reorganizare locală, elaborării modelului de organizare și finanțare a serviciilor medicale de spitalizare continuă, inclusiv pentru spitalele regionale de urgență, actualizarea legislației în vigoare pentru aplicarea tarifelor pentru servicii medicale la nivelul costurilor reale în spitalizarea continuă, ambulatorie și spitalizarea de zi.

Asistență tehnică:

În sprijinul reformelor din domeniul public al sănătății va fi necesară asistență tehnică, care să poată asigura complementaritatea cu reformele instituționale naționale, dar și cu cele la nivelul UE. Astfel, se va avea în vedere aplicarea la Instrumentul de sprijin tehnic (IST) al UE, precum și la alte AT din partea BM, BEI etc. În cadrul reformei sunt incluse costuri de asistență tehnică.

Ajutor de stat:

Fondul nu este destinat doar furnizorilor publici de servicii medicale. După cum este detaliat și în componenta Sănătate, implementarea Fondului urmează a se derula în patru faze distincte, din care doar primele trei faze vor fi finanțate din PNRR. Aceste prime trei faze reprezintă pilotarea Fondului, faza 4 constând în scalarea acestuia la nivelul tuturor furnizorilor de servicii medicale, indiferent de statutul juridic al acestora. În faza patru, Fondul se va adresa tuturor furnizorilor de servicii medicale care fac parte din sistemul național de sănătate, indiferent de statutul lor juridic, inclusiv acelor furnizori organizați în cabinete medicale, societăți medicale civile sau alte forme. Condiția pentru ca un furnizor de servicii medicale să participe la acest Fond nu ține de statutul său juridic, ci de prezența contractului cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Toți acești furnizori funcționează în baza unui contract cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate și, prin urmare, fac parte din sistemul național de sănătate. Având în vedere cele de mai sus, reforma propusă nu poate fi considerată ajutor de stat.

Măsura se va adresa furnizorilor de servicii medicale spitalicești și ambulatorii care sunt organizate ca entități publice din punct de vedere al statutului juridic, precum și medicilor de familie organizați în cabinete individuale, grupuri, asociații, societăți medicale civile, alte forme de cabinet medical. Toate aceste entități fac parte din sistemul național de sănătate și deservesc populația generală.

Acestea funcționează în baza unui contract încheiat cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate și sub supravegherea statului. Acestea sunt finanțate direct din fondul național unic de sănătate și oferă servicii gratuite.

Deși mecanismele de plată bazată pe performanță pot include plăți suplimentare (plată pentru schemele de performanță), plăți combinate organizate în jurul serviciilor integrate (cum ar fi îngrijirea neonatală), etc., acestea remunerează o activitate care este eventual gratuită la nivelul populației.

În plus, remunerația în funcție de performanță vizează o remunerare adecvată, calibrată la calitatea serviciilor, și nu e o formă de ajutor de stat pentru prestator.

În ceea ce privește centrele comunitare integrate, acestea fac parte din ansamblul de programe de asistență medicală comunitară desfășurate de Ministerul Sănătății, având ca scop principal creșterea accesului populației și, în special al grupurilor vulnerabile, la servicii medico-sociale de calitate, sprijinind efortul de incluziune socială și medicală, urmărind un obiectiv social, susținut de principiul solidarității, care funcționează sub supravegherea statului, finanțat direct din contribuții de asigurări sociale și alte resurse de stat și care furnizează servicii gratuite pe baza acoperirii universale.

Beneficiarii serviciilor de asistență medicală comunitară sunt membrii comunității, cu precădere persoanele vulnerabile din punct de vedere medical sau social, cu accent pe populația din mediul rural și grupurile vulnerabile, inclusiv cele de etnie romă. Serviciile prestate prin aceste centre comunitare integrate sunt prestate cu titlu gratuit pentru beneficiari.

Finanțarea centrelor comunitare integrate se asigură, potrivit legii, de către (1) Ministerul Sănătății, prin bugetul de stat, (2) unitățile administrativ-teritoriale și (3) de către autoritățile administrației publice locale.

Așadar, intervențiile propuse nu fac obiectul reglementărilor din domeniul ajutorului de stat.

Această reformă va viza, de asemenea, serviciile de informare și publicitate, inclusiv pentru campaniile de sensibilizare, care sunt legate de comunicatele de presă publicate în presa scrisă și online, de materialele de informare și publicitate privind activitățile și rezultatele obținute, de promovarea online (pe site-ul web și pe canalele de comunicare socială). Materialele comunicate vor fi elaborate și promovate pe parcursul implementării reformei, raportând cu privire la proces, incluzând, printre altele, adoptarea cadrului legislativ, principalele rezultate ale proiectului-pilot, lansarea schemei către spitalele publice și extinderea programului la furnizorii de asistență ambulatorie și la cei de asistență medicală primară. Raportarea publică este o metodă bine stabilită de promovare a modelului bazat pe calitate al furnizării de asistență medicală.

Activități	2021		2022		2023		2024		2025		2026		
	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	
1 Fond pentru Calitatea serviciilor medicale													
1.1.Dezvoltarea indicatorilor de calitate													
1.2. Dezvoltarea modelelor de plăți și a instrumentelor digitale necesare													
1.3.Realizarea cadrului legislativ necesar constituirii Fondului pentru calitatea serviciilor medicale													
1.4. Evaluarea indicatorilor de calitate de către ANMCS													
1.5. Efectuarea plăților în funcție de rezultate													
2. Modificări ale Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și ale Normelor de aplicare													
2.1.Redactarea contractului Cadru și a Normelor de aplicare privind gestiunea fondurilor													
2.2. Adoptarea Contractului Cadru și a normelor de aplicare													
3. Elaborarea și adoptarea cadrului care vizează creșterea transparenței în sistemul de sănătate													
3.1. Definirea de către Ministerul Sănătății și													

Casa Națională de Asigurări de Sănătate a indicatorilor de performanță a gestiunii fondurilor publice din sănătate														
3.2. Publicarea periodică a unor baze de date cu informații privind gestionarea fondurilor publice din sănătate														

R2: Dezvoltarea capacității de investiții în infrastructura sanitară (Alocare – 30,05 mil. euro)

Provocări:

În anii precedenți, Uniunea Europeană a pus la dispoziție fonduri pentru modernizarea infrastructurii României, dar execuția lor înregistrează întârzieri. Nu există un cadru de gestionare strategică pentru investițiile publice finanțate de UE sau finanțate la nivel național. Absorbția fondurilor UE este, de asemenea, frânată de capacitatea administrativă limitată în materie de pregătire și implementare a proiectelor mari de investiții, la care se adaugă aplicarea ineficientă a normelor privind gestionarea investițiilor publice, lipsa unei prioritizări reale, precum și procedurile de achiziții publice lungi (2019 Raport de țară). La nivelul Ministerului Sănătății nu există o evidență centralizată a situației fondului construit din sănătate și nici a investițiilor în infrastructură sau în dotări.

Procesul de proiectare și construire a obiectivelor de investiții în infrastructură medicală este unul complex, necesitând un management eficient, cu standarde clare de calitate și siguranță și cu încadrarea într-un timp rezonabil.

Obiective:

Cu scopul creșterii capacității administrative a autorităților centrale și locale și a gestionării strategice și eficiente a proiectelor de infrastructură din sănătate, se va înființa Agenția Națională pentru Dezvoltarea Infrastructurii în Sănătate (ANDIS) - National Agency for Development of Health Infrastructure.

Obiectivele Agenției:

1. Întărirea capacității administrative, tehnice și de management de proiect, cu scopul implementării proiectelor de infrastructură cu impact teritorial național sau regional.
2. Asigurarea asistenței tehnice necesare implementării proiectelor de infrastructură derulate de către autoritățile locale.
3. Transformarea într-un centru de excelență în domeniul proiectelor de infrastructură de sănătate.
4. Monitorizarea realizării obiectivelor propuse în cadrul documentelor strategice naționale din domeniul sanitar (Planuri naționale, sectoriale, Strategii naționale, Planuri regionale de servicii medicale) precum și prioritizarea investițiilor în conformitate cu acestea.

Agenția (ANDIS) va fi înființată ca instituție publică, va fi subordonată Ministerului Sănătății și va beneficia de personalitate juridică. Va îngloba o parte din structura actuală de management al investițiilor din diverse surse de finanțare în infrastructura spitalelor și în programele naționale de sănătate și va fi completată cu personal tehnic și administrativ organizat în

departamente cu funcții de management al proiectelor, legal, achiziții și contractări, strategii, planificare spitalicească, logistic și administrativ.

Domeniul principal de activitate al Agenției va fi reprezentat de managementul proiectelor de infrastructură sanitară care vor face parte din portofoliul agenției. ANDIS va prelua automat în portofoliu proiectele de construcție a celor 3 spitale regionale de urgență din regiunile Nord Est, Nord Vest și Sud Vest Oltenia, urmând ca, ulterior, în portofoliu să poată fi preluate și alte proiecte de infrastructură sanitară, după cum este detaliat în continuare.

Modalitatea de selecție a proiectelor care vor face parte din portofoliul ANDIS se va realiza pe baza documentelor de politici strategice elaborate de Ministerul Sănătății, precum Strategia Națională de Sănătate și Master-planurile regionale în vigoare, cu verificarea corespondenței între coordonatele definite în master-planurile regionale și aria de adresabilitate a proiectelor de infrastructură sanitară propuse.

Ulterior selecției proiectelor de infrastructură, portofoliul ANDIS va include automat proiectele de infrastructură sanitară cu impact național sau regional, precum spitale regionale de urgență sau alte spitale cu impact regional (ex. institute de specialitate), care sunt în proprietatea Ministerului Sănătății.

La nivelul ANDIS se va elabora o metodologie bazată pe indicatori obiectivi, pentru a realiza prioritizarea proiectelor de infrastructură sanitară, dintre cele selectate, luând în considerare direcțiile și coordonatele definite în documentele strategice anterior menționate. Metodologia de prioritizare realizată la nivelul ANDIS și actualizată constant va putea fi folosită de Ministerul Sănătății în procesul de decizie referitor la prioritizarea proiectelor de infrastructură sanitară. Va rezulta un program multianual (PMA) de dezvoltare a infrastructurii sanitare, care va include toate activitățile majore și care se va sincroniza cu ciclurile de programare ale Comisiei Europene. Toate investițiile de infrastructură cu impact regional și național vor fi automat incluse în PMA.

Prin acest mecanism se va putea realiza coordonarea strategiilor la nivel național din domeniul sanitar, cu selecția și prioritizarea proiectelor de investiții în infrastructura sanitară.

Scopul ANDIS este dezvoltarea infrastructurii de sănătate publică, prin pregătirea, implementarea și finalizarea proiectelor de investiții de importanță considerabilă în infrastructura de sănătate publică. Principalele responsabilități și funcții ale ANDIS sunt grupate în șapte categorii principale:

- Pregătirea și implementarea proiectelor de investiții de importanță considerabilă în infrastructura de sănătate publică, astfel încât acestea să fie finalizate la termen, conform specificațiilor și în cadrul bugetului aprobat;
- Stabilirea unor cerințe înalte de calitate și performanță, prin emiterea de instrucțiuni, recomandări și norme metodologice aplicabile în legătură cu pregătirea, implementarea și finalizarea proiectelor de investiții în infrastructura de sănătate publică;
- Furnizarea de asistență specializată în domeniul proiectelor de investiții în infrastructura de sănătate publică, ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie ori spitalelor publice din rețeaua sanitară proprie a acestora sau altor autorități publice;
- Stabilirea și implementarea programului multianual al proiectelor de investiții de importanță considerabilă în infrastructura de sănătate publică,, folosind criteriile de

priorizare bazate pe dovezi și pe strategiile din domeniul sanitar adoptate la nivel național;

- Monitorizarea modului de implementare a proiectelor de investiții în infrastructura de sănătate publică și furnizarea și publicarea de date, informații și rapoarte în legătură cu implementarea acestora;
- Crearea și dezvoltarea unui centru de excelență în ceea ce privește inițierea, gestionarea și implementarea proiectelor de investiții în infrastructura de sănătate publică;
- Stabilirea de parteneriate și încheierea de acorduri de finanțare a proiectelor de investiții de importanță considerabilă în infrastructura de sănătate publică.

Conducerea agenției va fi compusă dintr-un președinte și un consiliu director și va avea, în primul an de funcționare, un număr de 52 de angajați, dintre care 25 vor fi preluați prin transferul integral al Direcției de Monitorizare Implementare Spitale Regionale, structură funcțională în prezent în cadrul Ministerului Sănătății, cu posibilitatea preluării ulterioare a anumitor funcționalități din alte servicii ale Ministerului Sănătății. Se estimează că, în fazele avansate de maturitate ale ANDIS, aceasta va avea un total de 78 de angajați. Fazele de maturitate ale ANDIS sunt descrise în secțiunea următoare. În primele faze de maturitate ale proiectului (2021-2023), ANDIS va beneficia de asistență tehnică din partea BEI-PASSA, această asistență tehnică urmând a fi treptat redusă până ce ANDIS va atinge nivelul de maturitate necesar. Această asistență tehnică va putea fi pusă și la dispoziția beneficiarului investiției sau o va putea utiliza în realizarea documentelor necesare realizării investiției propuse și selectate.

Agenția va fi responsabilă, împreună cu Ministerul Sănătății și cu alte autorități cu atribuții în domeniu, de inițierea și redactarea legislației primare și secundare specifice construirii infrastructurii de sănătate, venind în completarea legislației generale din domeniul infrastructurii, aflată în responsabilitatea MDLPA, și va fi responsabilă de elaborarea normelor și standardelor terțiare, prin consultare cu asociațiile profesionale din domeniu. Standardele și normele din domeniul infrastructurii spitalicești reprezintă o specificitate pronunțată, în România cele existente fiind învechite, în același timp aspecte importante legate de normele de construcție spitalicească și siguranță nefiind acoperite de legislația secundară sau terțiară existentă.

Reforma vizează întărirea capacității administrative la nivelul Ministerului Sănătății, precum și cea de la nivelul potențialilor beneficiari care vor implementa proiecte de infrastructură în domeniul sanitar. Concomitent cu acest aspect, se vizează operaționalizarea unui mecanism de gestionare strategică a acestor investiții, precum și diminuarea riscurilor și a întârzierilor întâmpinate în implementarea efectivă a proiectelor de infrastructură sanitară, întârzieri frecvente în forma prezentă de organizare a managementului de proiecte de infrastructură sanitară.

ANDIS va oferi asistență tehnică autorităților locale în implementarea proiectelor de infrastructură selectate, doar în urma solicitărilor venite din partea autorităților locale, acesta fiind un serviciu oferit cu titlu opțional acestora. Această asistență tehnică poate consta în suport în realizarea de studii de fezabilitate, a documentațiilor tehnice, a strategiilor de achiziții, planurilor de management a proiectului, etc. ANDIS poate derula activități de asistență tehnică specializată în domeniul proiectelor de infrastructură de sănătate publică, și poate pune la dispoziția beneficiarilor asistenței tehnice acordurile-cadru necesare asistenței specializate și a contractelor subsecvente încheiate cu operatorii economici prestatori de servicii în domeniul proiectelor de infrastructură de sănătate publică (precum activități de pregătire a proiectelor,

realizare de studii de fezabilitate, proiecte tehnice, management și implementare, etc.). Finanțarea cheltuielilor curente și de capital ale ANDIS se asigură din venituri proprii și din subvenții de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății.

ANDIS va deveni un centru de excelență în domeniul dezvoltării infrastructurii de sănătate, prin construirea de expertiză și capacitate transdisciplinară. Acest lucru va fi realizat prin profesionalizare și transfer de competențe în primele faze de maturitate a proiectului ANDIS, cu obiectivul final ca agenția să devină deplin autonomă la finalul ciclului de dezvoltare. Elaborarea de standarde și metodologii, precum și dezvoltarea unei baze de date în domeniu va contribui la realizarea creșterii calității proiectelor de infrastructură sanitară realizate în România.

Beneficiari:

- Ministerul Sănătății
- Agenția Națională pentru Dezvoltarea Infrastructurii în Sănătate (ANDIS)

Grup țintă:

- personalul Ministerului Sănătății implicat în proces
- personalul ANDIS
- personalul UAT-urilor cu care ANDIS va interacționa

Mecanism de implementare:

Înființarea agenției se va face printr-o Ordonanță de Urgență a Guvernului, iar detaliile privind operaționalizarea se vor stabili printr-o Hotărâre a Guvernului. Elaborarea și inițierea aprobării cadrului legislativ vor fi în responsabilitatea Ministerului Sănătății.

Implementarea reformei este programată a avea loc pe parcursul a cinci nivele de maturizare a ANDIS, cu obiectivul la finalul ciclului de dezvoltare, a obținerii autonomiei complete a agenției, pentru fiecare nivel fiind definite mai multe ținte punctuale de atins, conform tabelului următor.

Nivel de maturitate	Perioadă	Stadiul de dezvoltare al Agenției	Obiective/ținte
1. ANDIS complet operațională	2021 - 2022	ANDIS nu are capacitatea de a administra proiecte adiționale și are nevoie de asistență tehnică pentru a identifica nevoile și planificarea	1. ANDIS înființată legal în 2021-prima parte a 2022 2. Managementul numit în 2022 3. Birourile Agenției deschise în 2022 4. Planul Strategic de acțiune al ANDIS dezvoltat 5. Angajarea personalului în 2021 și 2022 6. Procedurile interne sunt dezvoltate 7. Program de inducție pentru personal planificat și implementat 9. Proiectarea tehnică detaliată pentru spitalele regionale Iasi, Cluj și Craiova finalizată în 2022
2. Pregătirea ANDIS pentru un portofoliu larg de proiecte	2022 - 2023	ANDIS deține competențele necesare în zona de management de proiecte, management al	1. Proiecte adiționale sunt adăugate portofoliului ANDIS

		<p>riscurilor, achiziții, organizare spitalicească. Experiența în domeniile menționate nu este încă suficientă, prin urmare asistența tehnică în planificare și implementare este necesară.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Studii de fezabilitate pentru proiecte de infrastructură (incluzând PNRR) sunt inițiate, cu asistență tehnică. 3. Achiziții pentru construcția proiectelor de infrastructură din al doilea val sunt lansate (2022-2023) 4. Activitățile de reformă și operaționalizare necesare pentru cele 3 spitale regionale (Iași, Cluj, Craiova) inițiate (2022) 5. Program de training pentru personalul ANDIS implementat (2022-2023) 6. Construcția celor 3 spitale regionale (Iași, Cluj, Craiova) inițiată (2023) 7. Comitetele consultative regionale pentru toate proiectele de infrastructură sunt stabilite sau funcționale
3.ANDIS administrează un portofoliu larg de proiecte	2024 - 2025	<p>În acest stadiu, ANDIS și-a crescut capacitatea generală în domeniile mai sus menționate și își bazează activitățile pe procese definite care reflectă strategia ANDIS și strategia națională de sănătate. Experiența necesară managementului de construcție și instalații nu este încă suficientă</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contractele de construcție pentru toate proiectele de infrastructură din al doilea val sunt semnate (2024) 2. Lucrările de construcție pentru cele trei spitale regionale avansează. 3. Modele financiare alternative pentru investiții în infrastructură de sănătate și metodologii avansate de evaluare sunt dezvoltate (2024) 4. Contracte adiționale de construcție pentru infrastructură spitalicească sunt semnate (2025) 5. Mecanism de planificare a resurselor (ERP) implementat 6. Achiziția echipamentelor medicale pentru cele trei spitale regionale inițiată. 7. Măsurile de reformă și operaționalizare necesare celor trei spitale regionale, inclusiv activități de training, continuă 8. Primele ghiduri metodologice elaborate de ANDIS în ariile identificate ca prioritare 9. Planul de asistență tehnică furnizat de ANDIS dezvoltat
4.ANDIS devine un Centru de Excelență	2026 - 2027	<p>ANDIS deține competențele și procesele necesare în zona de management de proiecte, management al riscurilor, achiziții și organizare spitalicească pentru a le putea utiliza eficient în activitățile zilnice. Managementul ANDIS folosește activ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cele trei spitale regionale (Iași, Cluj, Craiova) sunt finalizate și operaționale 2. Al doilea val de proiecte este finalizat sau în fază de construcție, cu achizițiile pentru echipamente medicale inițiate sau finalizate 3. Al treilea val de proiecte de infrastructură spitalicească intră în portofoliul ANDIS. 4. Elaborarea de ghiduri metodologice de către ANDIS este accelerată

		instrumentele de management pentru administrarea eficientă a portofoliului. ANDIS este pregătită să monitorizeze sectorul și să furnizeze asistență tehnică și ghidare pentru alte autorități publice.	5. Contractul cadru pentru servicii de consultanță necesare ANDIS este lansat și semnat
5. ANDIS devine complet autonomă	Post 2027	ANDIS funcționează eficient, iar procesele de management sunt optimizate continuu. Managementul riscului este integrat în activitățile ANDIS. ANDIS furnizează asistență tehnică altor instituții publice. La acest nivel, ANDIS devine complet autonomă.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Toate proiectele de infrastructură din al doilea val sunt operaționale (2028) 2. Studii de fezabilitate pentru proiectele din al treilea val sunt pregătite cu sprijinul părților mobilizate prin Contract Cadru. 3. ANDIS continuă să elaboreze ghiduri metodologice în domeniu 4. ANDIS începe să furnizeze asistență tehnică altor instituții publice printr-un Contract Cadru (2028) 4. ANDIS începe să furnizeze asistență tehnică altor instituții publice printr-un Contract Cadru (2028)

ANDIS va avea în portofoliul de proiecte investițiile în infrastructura de sănătate, cu impact teritorial național sau regional/, aflate în subordinea Ministerului Sănătății, însă pentru a sprijini implementarea proiectelor de infrastructură și la nivel local, ANDIS poate furniza asistență tehnică pentru autoritățile locale care au în subordine spitale și care vor să demareze investiții în infrastructura publică de sănătate, la cererea acestora. Acest tip de asistență va consta în:

- modele de finanțare,
- studii de fezabilitate,
- planuri de management al proiectului,
- studii de fezabilitate, proiectare,
- strategia de achiziții,
- documentația de licitație,
- pregătirea studiilor tehnice.

Asistența tehnică va fi oferită opțional, doar la solicitarea autorităților locale. Decizia de a oferi asistență tehnică va fi luată periodic și va ține cont de resursele disponibile și de rolul principal de gestionare a proiectelor ANDIS - gestionarea proiectelor majore de infrastructură de sănătate. Orice planificare va lua în considerare contribuțiile primite de la Ministerul Sănătății, referindu-se în mod specific la referințele din Strategia Națională de Sănătate și la master planurile regionale.

Proiectele care vor fi încredințate Agenției vor fi parte componentă a Portofoliului de Proiecte de Infrastructură Sanitară, coordonat de un grup responsabil cu gestionarea Portofoliului, format din managerii de proiecte din cadrul Agenției, beneficiari și alți actori relevanți.

Măsurile tranzitorii: proiectele de construcție a celor trei spitale regionale de urgență nu vor fi transferate ANDIS imediat după înființarea agenției prin ordonanță de urgență, ci doar după ce

ANDIS va fi operațională (de ex.: după numirea Președintelui, a membrilor Consiliului Director, recrutarea personalului principal, finalizarea primei faze a programului de training și dezvoltare profesională, finalizarea măsurilor logistice de înființare). Detaliile măsurilor tranzitorii vor fi detaliate în actul de înființare a ANDIS.

Finanțarea/sustenabilitatea ANDIS va fi asigurată de la bugetul de stat, agenția beneficiind de un buget propriu, ca parte a bugetului centralizat al Ministerului Sănătății și a instituțiilor subordonate acestuia. Alte surse de finanțare pot proveni din venituri proprii, ca urmare a activităților de asistență tehnică și din finanțări UE pentru costuri de proiect și management de proiect. Conform planului de dezvoltare descris mai sus, se preconizează ca, până în anul 2028, ANDIS să devină complet autonomă și sustenabilă financiar.

Contribuția la Pilonul social european al drepturilor sociale:

Reforma este de natură sistemică și impactează asupra calității actului medical și a creșterii rezilienței serviciilor medicale. Ca finalitate, aceasta va contribui la asigurarea accesului echitabil și rapid la servicii medicale de calitate și la asistență medicală preventivă și curativă de bună calitate și accesibilă din punct de vedere financiar (Principiul 16). În procesul de selectare a personalului ANDIS se va ține cont, printre altele, și de criteriile reprezentării echilibrate între femei și bărbați (Principiul 2).

Complementaritate:

Reforma propusă este complementară cu măsurile din POS, în special cu cele subsumate Priorității 1. Investiții pentru construirea spitalelor regionale și infrastructurii spitalicești noi cu impact teritorial major, finanțate prin FEDR.

Contribuția la crearea de noi locuri de muncă:

Reforma contribuie la crearea de noi locuri de muncă, prin înființarea ANDIS. În primul an de funcționare, ANDIS va număra 52 de angajați, dintre care 25 vor fi preluați prin transferul integral al Direcției de Monitorizare Implementare Spitale Regionale, din cadrul Ministerului Sănătății, iar restul vor fi angajați prin concurs de recrutare. În fazele avansate de maturitate ale ANDIS, aceasta va avea un total de 78 de angajați.

Asigurarea ireversibilității reformei:

Prezenta reforma din domeniul public al sănătății este întărită pe plan legislativ de o serie de documente strategice, care au început a fi elaborate în baza unor asistențe tehnice din cadrul Proiectului de Reformă în Sănătate, derulat cu Banca Mondială și din cadrul proiectelor în derulare cu Banca Europeană de Investiții. Acestea trasează liniile directoare de optimizare a serviciilor medicale, în scopul asigurării accesului populației la serviciile medicale necesare și a sustenabilității financiare.

În prezent, sunt finalizate și aprobate Planurile de servicii medicale (Masterplan) pentru regiunile Nord Vest și Nord Est. Alte cinci master planuri regionale de servicii de sănătate 2021-2027 vor fi elaborate și aprobate, pentru celelalte regiuni, astfel încât să se asigure acoperirea întregii țări, în cadrul proiectului “Crearea cadrului strategic și operațional pentru planificarea și reorganizarea la nivel național și regional a serviciilor de sănătate”, Cod SMIS Proiect: 129165.

Totodată, în cadrul proiectului va fi elaborată și aprobată ”Strategia Națională de Sănătate 2021 – 2027” cu obiective strategice și plan de acțiune. În acest sens, sunt derulate acțiuni în scopul pregătirii planurilor de reorganizare locală, elaborării modelului de organizare și finanțare a serviciilor medicale de spitalizare continuă, inclusiv pentru spitalele regionale de urgență, actualizarea legislației în vigoare pentru aplicarea tarifelor pentru servicii medicale la nivelul costurilor reale în spitalizarea continuă, ambulatorie și spitalizarea de zi.

Alocarea fondurilor pentru reformele din sănătate va fi strâns corelată cu crearea ANDIS, astfel încât să fie asigurată complementaritatea și ireversibilitatea reformelor cu investițiile în sănătate.

Asistență tehnică:

În sprijinul reformei investițiilor în infrastructura sanitară se va derula, în perioada 2022-2026, Acordul de servicii de asistență pentru consultanță pentru proiect (PASSA), semnat între BEI și Ministerul Sănătății. În cadrul acordului a fost dezvoltat un plan de maturitate pentru ANDIS, care explică modul în care va fi asigurată durabilitatea reformei după 2026. Este de așteptat ca ANDIS să devină treptat un centru de excelență în domeniul infrastructurii de sănătate din România.

De-a lungul parcursului său de maturitate, ANDIS va primi diferite tipuri de servicii profesionale:

1. Consultanță și asistență tehnică în vederea consolidării capacităților la nivel instituțional (adică experți profesioniști cu normă întreagă care lucrează cu personalul ANDIS),
2. Servicii de consultanță profesională la cerere (de exemplu, sarcini de consultanță cu livrabile specifice, cum ar fi servicii de inginerie pentru pregătirea studiilor de fezabilitate, servicii de revizuire a proiectării, pregătirea documentației de licitație și altele similare).

În cadrul reformei sunt incluse costuri de asistență tehnică.

Ajutor de stat:

ANDIS va fi înființat cu rol de organ de specialitate al administrației publice centrale în domeniul sănătății. Veniturile ce vor fi înregistrate de ANDIS (venituri proprii și din subvenții de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății) vor fi utilizate exclusiv pentru finanțarea cheltuielilor curente și de capital ale ANDIS.

Având în vedere că ANDIS nu desfășoară, preponderent, activități legate de piață, ci activități ce intră în sarcina statului, finanțarea acestora nu reprezintă ajutor de stat. De asemenea, se va avea în vedere păstrarea unei contabilități separate, astfel încât să se asigure că finanțarea nu va fi utilizată pentru activitățile economice.

Calendar:

Activități	2021	2022	2023	2024	2025	2026
------------	------	------	------	------	------	------

	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2
Înființarea ANDIS prin Ordonanță de Urgență, urmată de Hotărârea de Guvern necesară											
Organizare concurs pentru funcția de președinte al Agenției și recrutarea personalului suplimentar											
Întocmirea Portofoliului de Proiecte de Infrastructură Sanitară											
Derularea activității ANDIS- gestionarea implementării proiectelor de infrastructură de sănătate											

R3. Dezvoltarea capacității pentru managementului serviciilor de sănătate și managementul resurselor umane din sănătate (Alocare - 80,28 mil. euro)

R3.1. Reforma managementului serviciilor de sănătate (Alocare – 25,42 mil. euro)

3.1.1. Provocări și obiective:

Performanța scăzută a sistemului de sănătate din România și ineficiențele sale majore sunt cauzate, în mare măsură, de capacitatea redusă, administrativă și managerială. Acest lucru este vizibil la toate nivelurile de îngrijire (asistență medicală primară și comunitară, ambulatorie, spitalicească), chiar dacă în grade diferite, precum și la nivelul instituțiilor responsabile de dezvoltarea, implementarea și/sau evaluarea politicilor de sănătate la nivel central (de ex. Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Institutul Național de Sănătate Publică etc.), și regional și local (de ex. Direcțiile Județene de Sănătate Publică, Casele Județene de Asigurări de Sănătate, Centrele Regionale de Sănătate Publică etc.).

Capacitatea managerială și administrativă redusă a personalului din pozițiile sus-menționate este o consecință directă a disponibilității limitate a unor programe educaționale de calitate ridicată în domeniul managementului serviciilor de sănătate, administrație sanitară și politici de sănătate. De-a lungul timpului, numeroase relatări au arătat faptul că, în multe situații, aceste instituții sunt conduse de persoane numite pe criterii politice, subminând prevederile legale conform cărora aceste poziții trebuie ocupate de persoane având cunoștințele și abilitățile corespunzătoare și care parcurg proceduri transparente de selecție, conform legislației în vigoare.

Pentru a răspunde acestor provocări, obiectivul general al acestei reforme este îmbunătățirea cunoștințelor, abilităților și competențelor resursei umane din managementul serviciilor de sănătate de la toate nivelurile sistemului de sănătate din România.

Reforma propusă este una sistemică, propunându-și să abordeze cauzele care contribuie la performanța redusă a sistemului de sănătate din România, în raport cu resursa umană din managementul serviciilor de sănătate.

Pentru a atinge acest deziderat, propunem trei direcții de acțiune, după cum urmează:

- (1) Formare și dezvoltare profesională – acest lucru va asigura o bază largă de personal înalt calificat din rândul căreia să se realizeze selecția și recrutarea pentru pozițiile menționate mai sus;
- (2) Identitate profesională – acest lucru va contribui la profesionalizarea managementului serviciilor de sănătate și crearea unor parcursuri profesionale clare, care vor contribui la creșterea vizibilității și atractivității acestor poziții din sistem;
- (3) Reglementare – acest lucru va permite modificărilor propuse să genereze un impact durabil asupra sistemului de sănătate prin translatarea lor în acțiuni care să fie implementate, monitorizate și evaluate, și îmbunătățite în mod continuu.

3.1.2. Beneficiari:

Beneficiari direcți sunt, la nivel central, Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Institutul Național de Sănătate Publică, iar la nivel regional și local Direcțiile

Județene de Sănătate Publică, Casele Județene de Asigurări de Sănătate, Centrele Regionale de Sănătate Publică etc.

3.1.3. Grup țintă:

Reforma de față țintește următoarele categorii de personal din sistemul de sănătate:

- (1) membri ai comitetelor directoare ale spitalelor (manager, director medical, director financiar-contabil, director de îngrijiri);
- (2) șefi de secții, șefi de laboratoare din cadrul unităților sanitare;
- (3) directori executivi, directori executivi adjuncți, medici șefi ai Direcțiilor Județene de Sănătate Publică;
- (4) directori, medici șefi ai Caselor Județene de Asigurări de Sănătate;
- (5) manageri ai Serviciilor Județene de Ambulanță;
- (6) personal de conducere din structurile Ministerului Sănătății și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
- (7) conducători ai instituțiilor aflate în subordinea și coordonarea Ministerului Sănătății;
- (8) personalul cu atribuții administrative și de management din cadrul serviciilor de asistență medicală primară, comunitară și ambulatoriu;
- (9) personalul cu atribuții administrative și de management din structurile responsabile de domeniul sănătății din cadrul autorităților administrației publice locale; etc.

3.1.4. Mecanism de implementare:

În vederea atingerii obiectivului general menționat mai sus, de a îmbunătăți cunoștințele, abilitățile și competențele personalului din managementul serviciilor de sănătate la toate nivelurile sistemului, propunem următorul set de activități:

- evaluarea modului actual al programelor de formare a resursei umane din managementul serviciilor de sănătate și auditarea programelor de formare, în sensul alinierii cu obiectivele și nevoile sistemului de sănătate;
- dezvoltarea mecanismului de evaluare periodică și acreditare a programelor de formare inițială și continuă pentru resursa umană din managementul serviciilor de sănătate;
- dezvoltarea cerințelor obligatorii pentru acreditarea programelor de formare inițială și continuă pentru resursa umană din managementul serviciilor de sănătate;
- modificarea și adoptarea legislației privitoare la acreditarea programelor de formare a resursei umane din managementul serviciilor de sănătate;
- operaționalizarea instituției responsabile de acreditarea programele de formare a resursei umane din managementul serviciilor de sănătate;
- includerea criteriilor referitoare la menținerea, dezvoltarea și motivarea resurselor umane în rândul criteriilor de acreditare a spitalelor;
- modificarea și adoptarea legislației referitoare la implementarea programelor de formare a resursei umane din managementul serviciilor de sănătate și a criteriilor pe care trebuie să le îndeplinească furnizorii de programe de formare inițială și continuă;
- operaționalizarea entității (instituție/consorțiu) care va realiza formarea resursei umane existente cu atribuții în managementul serviciilor de sănătate, în acord cu noua viziune;

- derularea programelor de formare pentru resursele umane existente cu atribuții în managementul serviciilor de sănătate, în acord cu noua viziune;
- modificarea și adoptarea legislației în vederea înființării și dezvoltării corpului profesional al experților în managementul serviciilor de sănătate;
- modificarea și adoptarea legislației (L95/2006 și actele normative subsecvente) în vederea specificării condițiilor minime obligatorii pentru ocuparea și menținerea pozițiilor de management în sistemul de sănătate;
- definirea categoriilor profesionale cărora li se vor aplica reglementările în cauză (resursa umană cu atribuții în managementul serviciilor de sănătate la multiple niveluri – al unităților sanitare, al Ministerului Sănătății și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, al instituțiilor deconcentrate).

Implementarea reformei de față va fi coordonată de Ministerul Sănătății, cu sprijin tehnic din partea partenerilor academici cu experiență și rezultate notabile în livrarea de programe educaționale pe subiectele menționate mai sus. De asemenea, avem în vedere realizarea de parteneriate pentru sprijin tehnic cu organizații internaționale de prestigiu (Organizația Mondială a Sănătății etc.) pentru a reflecta lecțiile învățate din experiența internațională. Alte instituții relevante, la nivel central și local, din sistemul național de sănătate vor fi consultate pe durata implementării reformei.

Ministerul Sănătății va fi responsabil de elaborarea și aprobarea modificărilor legislative propuse.

În ceea ce privește acreditarea programele de formare a resursei umane din managementul serviciilor de sănătate, Ministerul Sănătății va colabora cu acele instituții din mediul academic care au un portofoliu de prestigiu în domeniul formării și dezvoltării resursei umane cu atribuții în managementul serviciilor de sănătate (asociația G6 a Universităților de Medicină și Farmacie, Universitatea Babeș-Bolyai Cluj-Napoca, Universitatea București) și Agenția Română de Asigurare a Calității în Învățământul Superior. Derularea programelor de formare va fi realizată ca urmare a derulării procedurii de achiziție de către Ministerul Sănătății, ONAC etc.

Pentru implementarea cu succes a reformei, se are în vedere reformarea și eficientizarea activității Școlii Naționale de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, precum și realizarea unui centru de excelență în dezvoltarea capacității pentru managementul serviciilor de sănătate.

3.1.5 Complementaritate:

Reforma este complementară cu măsurile din POS, care vizează Prioritatea 2. Creșterea calității serviciilor de asistență medicală primară, comunitară și serviciilor oferite în sistem ambulatoriu, finanțate prin FSE+ și cu Prioritatea 3. Servicii de reabilitare, paliative și îngrijire pe termen lung adaptate fenomenului demografic de îmbătrânire a populației și profilului epidemiologic al morbidității.

3.1.6. Asistență tehnică:

În cadrul reformei sunt incluse costuri de asistență tehnică.

3.1.7. Ajutor de stat:

Având în vedere faptul că entitatea (instituție/consorțiu) care va realiza formarea resursei umane existente cu atribuții în managementul serviciilor de sănătate nu va desfășura activitate economică cu scop lucrativ, finanțarea acesteia nu reprezintă ajutor de stat. Prin analogie, nici formatorii din cadrul consorțiului nu fac activitate economică.

Obiectivul reformei este centrat asupra îmbunătățirii cunoștințelor, abilităților și competențelor resursei umane din managementul serviciilor de sănătate de la toate nivelurile sistemului de sănătate din România. Resursele umane în management vizate includ membri ai comitetelor directoare ale spitalelor, șefi de secții, șefi de laboratoare din cadrul unităților sanitare, directori executivi, medici șefi, manageri, personal de conducere din structurile Ministerului Sănătății și ale instituțiilor aflate în subordinea Ministerului Sănătății. Aceste categorii de personal deservește spitalele sau instituțiile/structurile pre-spitalicești publice care fac parte din sistemul național de sănătate, urmărind un obiectiv social, susținut de principiul solidarității, care funcționează sub supravegherea statului, finanțat direct din contribuții de asigurări sociale și alte resurse de stat și care furnizează servicii gratuite, pe baza acoperirii universale. Așadar, intervenția nu face obiectul reglementărilor din domeniul ajutorului de stat.

3.1.8. Calendar:

Activități	2021	2022		2023		2024		2025		2026	
	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2
<i>Intrarea în vigoare a cadrului legislativ necesar implementării reformei</i>											
Evaluarea și auditarea programelor de formare actuale											
Crearea cadrului legislativ (cerințe obligatorii, acreditare, evaluare periodică) pentru acreditarea programelor de formare											
Operaționalizarea instituției responsabile de acreditarea și evaluarea programelor de formare											
Operaționalizarea consorțiului pentru realizarea formării resurselor umane din											

managementul serviciilor de sănătate											
Dezvoltarea și derularea programelor de formare pentru personalul curent											
Dezvoltarea și derularea programelor de formare pentru personalul nou											
Monitorizare și evaluare											

R3.2. Dezvoltarea resurselor umane din sănătate (Alocare – 53,86 mil. euro)

3.2.1. Provocări și obiective:

Sistemul de sănătate din România se confruntă cu numeroase provocări în domeniul resurselor umane. Acestea includ – dar nu sunt limitate la – deficitul numeric în anumite specialități medicale (medicină de familie, anestezie și terapie intensivă, epidemiologie, sănătate publică etc.) și pentru anumite profesii medicale (medici, asistenți medicali, moașe, asistenți medicali comunitari etc.), dezechilibre geografice în ceea ce privește distribuția personalului medical, diferențe pe alocuri notabile între competențele pe care personalul medical le deține și cele pe care ar trebui să le dețină (îndeosebi cu privire la utilizarea noilor tehnologii, complianța la parcursurile terapeutice ale pacienților, precum și abilități transversale – comunicare, leadership, muncă în echipă).

Aceste provocări au fost accentuate, de-a lungul timpului, de emigrația masivă a personalului medical. În special după anul 2007, anul integrării României în Uniunea Europeană, un număr semnificativ de cadre medicale au decis să profeseze în alte State Membre ale Uniunii Europene. Factorii care au determinat aceste fluxuri de personal țin atât de atractivitatea altor sisteme de sănătate (factori de tip *pull* – cum ar fi venituri mai ridicate, condiții mai bune de lucru, posibilități de dezvoltare profesională și personală etc.), cât și de atractivitatea redusă a sistemului de sănătate din România (factori de tip *push* – cum ar fi venituri mai scăzute, condiții dificile de lucru, posibilități reduse de dezvoltare profesională și personală etc.).

Răspunsul sistemului de sănătate la aceste provocări a fost unul insuficient. Conform analizelor Comisiei Europene, România nu a avut și nici nu are momentan un plan strategic pentru abordarea problematicii resurselor umane din sănătate. În absența unui asemenea plan strategic, capacitatea sistemului de sănătate din România de a planifica și previziona nevoile de resurse umane va fi semnificativ redusă. Acest lucru va duce la accentuarea dezechilibrelor curente și implicit la reducerea accesului populației la servicii de sănătate (fenomenul *deșertificării medicale*).

Pentru a răspunde provocărilor menționate mai sus, obiectivul general al acestei reforme este reprezentat de consolidarea capacității sistemului de sănătate din România de a educa, recruta, menține și motiva o forță de muncă pregătită să răspundă nevoilor de sănătate curente și viitoare ale populației.

Reforma propusă recunoaște natura complexă a problematicii resurselor umane din sănătate care necesită abordare la nivelul întregului Guvern (whole-of-Government), date fiind implicațiile suplimentare din domeniile educației, muncii, finanțelor, administrației publice locale, digitalizării etc.

În vederea îndeplinirii obiectivului menționat, propunem următoarele trei direcții de acțiune:

- (1) Elaborarea cadrului strategic pentru dezvoltarea resurselor umane din sănătate – acest lucru va contribui la o abordare coerentă și consecventă în ceea ce privește generarea resurselor umane în sănătate, gestionarea resurselor umane în sănătate, motivarea resurselor umane în sănătate și governanța forței de muncă în sănătate, în acord cu obiectivele de ansamblu ale sistemului de sănătate;
- (2) Elaborarea planurilor de acțiune individualizate pentru dezvoltarea resurselor umane din asistența medicală primară și comunitară, ambulatorie și de spital, precum și sănătate publică – această direcție va reprezenta operaționalizarea cadrului strategic menționat mai sus, în vederea transformării sistemice a nivelului de cunoștințe, abilități și competențe ale resursei umane din sănătate, și a susținerii celorlalte reforme și investiții din Planul Național de Redresare și Reziliență (PNRR), Programul Operațional Sănătate (POS) și bugetul de stat;
- (3) Dezvoltarea capacității instituționale pentru managementul resurselor umane din sănătate – în vederea susținerii primelor două direcții de acțiune (în special a componentelor de planificare și previzionare, analiză, și reglementare) și cu scopul de a asigura sustenabilitatea reformelor.

3.2.2. Beneficiari:

Ministerul Sănătății, în parteneriat cu entități relevante, furnizori de Educație Medicală Continuă, furnizori de formare profesională, universități. Derularea programelor de formare va fi realizată de către entități selectate în urma unei competiții.

Beneficiari direcți sunt: unitățile medicale publice care oferă asistența medicală primară, comunitară și ambulatorie, spitale, alte unități din domeniul sănătății publice.

3.2.3. Grup țintă:

Reforma de față are două categorii de beneficiari – beneficiari primari și beneficiari secundari.

Beneficiarii primari sunt reprezentați de:

- (1) personalul existent și viitor din asistența medicală primară și comunitară;
- (2) personalul existent și viitor din asistența medicală ambulatorie;
- (3) personalul existent și viitor din asistența medicală spitalicească;
- (4) personalul existent și viitor din domeniul sănătății publice.

Beneficiarii secundari sunt reprezentați de:

- (1) personalul responsabil de gestionarea resurselor umane (componentele de reglementare, planificare, previzionare, dezvoltare de politici de recrutare, menținere și motivare etc.) în instituțiile centrale;
- (2) personalul responsabil de gestionarea resurselor umane în instituțiile regionale și locale;
- (3) personalul responsabil de gestionarea resurselor umane la nivelul unităților medicale, etc.

3.2.4. Mecanism de implementare:

În vederea îndeplinirii obiectivului general menționat mai sus, propunem următorul set de activități:

- realizarea unei analize detaliate a nevoilor de dezvoltare profesională pentru resursele umane de la toate nivelurile sistemului de sănătate;
- realizarea unui Plan Strategic Multianual pentru Dezvoltarea Resurselor Umane din Sănătate;
- realizarea de Planuri Sectoriale pentru Dezvoltarea Resurselor Umane din Sănătate, pe baza planului strategic; Planurile de acțiune sectoriale vor operaționaliza cadrul strategic pentru a transforma nivelul de cunoștințe, abilități și competențe ale resursei umane în sănătate. Se vor dezvolta un număr de 5 planuri de acțiune individualizate, iar domeniile acoperite includ pregătirea inițială, dezvoltarea profesională continuă, mixul de competențe, partajarea sarcinilor, schimbarea sarcinilor. Acestea urmăresc să fie în conformitate cu indicatorii de performanță stabiliți pentru managementul fondurilor de sănătate publică stabiliți la R1.ajustarea cadrului legislativ normativ în domeniul planificării și gestionării resurselor umane din sănătate;
- dezvoltarea unui cadru normativ de reglementare referitor la personalul medical, menținerea, motivarea, evaluarea și dezvoltarea lui continuă;
- adaptarea învățământului din domeniul sănătății la reformele din domeniu și cerințele globale prin formarea profesională bazată pe competențe;
- elaborarea unui cadru privind formarea postuniversitară adecvată, calitativă și cantitativă a personalului medical, în conformitate cu necesitățile sistemului sănătății, accentuând atractivitatea profesiilor din domeniul sănătății;
- consolidarea continuă a capacităților profesionale în domeniul educației medicale continue, la nivel de competențe și conform necesităților sistemului de sănătate;
- îmbunătățirea fluxului informațional referitor la forța de muncă în sănătate prin ajustarea mecanismelor de colectare, prelucrare, analiză și diseminare a datelor cu privire la resursele umane în sănătate, în scopul planificării și distribuției corecte a forței de muncă;
- crearea și implementarea unui mecanism eficient de planificare a resursei umane în sănătate;
- sprijinirea activităților de analiză și cercetare în domeniul resurselor umane, pentru a identifica opțiunile de politici bazate pe dovezi, evaluările de impact și rentabilitatea investițiilor și a intervențiilor;
- implementarea unui management eficient al resurselor umane în sănătate la nivel instituțional, dezvoltarea capacităților direcțiilor/departamentelor de resurse umane la nivelul unităților sanitare;
- implementarea unui management eficient economico-financiar pentru asigurarea condițiilor adecvate de muncă, instruire și motivare a personalului medical;
- dezvoltarea de colaborări naționale, regionale și internaționale în domeniul elaborării și implementării celor mai bune politici în domeniul dezvoltării resurselor umane din sănătate, bazate pe dovezi;
- dezvoltarea și implementarea unui sistem coerent de recunoaștere diferențiată a meritelor profesionale și de recompensă a acestora.

Implementarea de ansamblu a acestei reforme va fi condusă de Ministerul Sănătății și instituțiile aflate în subordinea / coordonarea sa, cu sprijin tehnic de la parteneri academici cu expertiză în domeniu și cu un istoric de rezultate remarcabile în domeniile vizate de reformă. De asemenea, avem în vedere sprijinul tehnic oferit de organizații internaționale prestigioase (cum ar fi Organizația Mondială a Sănătății, Observatorul European pentru Sisteme și Politici

de Sănătate, WONCA, CPME, ICN etc.). Alte instituții de la nivel central și local din România (atât din sistemul de sănătate, cât și din domenii conexe) vor fi consultate, pe măsură ce reforma va fi implementată.

De asemenea, prevedem crearea unei sinergii cu Programul Operațional Sănătate (POS). Astfel, activitățile aferente îndeplinirii obiectivelor acestei priorități și care au drept beneficiari resursele umane din sănătate sunt planificate a se desfășura și finanța în cadrul POS.

Ministerul Sănătății va fi responsabil de elaborarea și aprobarea cadrului strategic, precum și de elaborarea și aprobarea cadrului legislativ și normativ în domeniul planificării și gestionării resurselor umane din sănătate.

Elementele cheie ale cadrului strategic vor fi:

- (i) resurse umane în domeniul sănătății – recrutare,
- (ii) managementul resurselor umane din sănătate,
- (iii) motivarea managementului pentru resursele umane,
- (iv) guvernarea forței de muncă în domeniul sănătății.

Derularea programelor de formare va fi realizată ca urmare a derulării procedurii de achiziție de către Ministerul Sănătății/ ANDIS/ ONAC.

Consortiul selectat nu va desfășura activitate economică, urmând ca finanțarea să ajungă atât la instituțiile din consorțiu, cât și la formatori.

În cadrul reformei se are în vedere construcția și dotarea a două centre de dezvoltare a abilităților și activităților legate de instruirea a 1000 de angajați care lucrează în unități de sănătate publică care asigură îngrijiri primare, comunitare și ambulatorii, spitale și alte unități de sănătate publică. Aceste centre vor fi dotate cu laboratoare de simulare pentru monitorizarea și evaluarea personalului din domeniul sănătății. După anul 2026, formarea cadrelor medicale va fi finanțată de la bugetul de stat.

3.2.5. Complementaritate:

Reforma este complementară cu măsurile din POS care vizează Prioritatea 2. Creșterea calității serviciilor de asistență medicală primară, comunitară și serviciilor oferite în sistem ambulatoriu, finanțate prin FSE+, în ceea ce privește dezvoltarea competențelor personalului implicat în furnizarea serviciilor și a asistenței medicale primare și cu Prioritatea 3. Servicii de reabilitare, paliative și îngrijire pe termen lung adaptate fenomenului demografic de îmbătrânire a populației și a profilului epidemiologic al morbidității.

3.2.6. Asistență tehnică:

În cadrul reformei sunt incluse costuri de asistență tehnică.

3.2.7. Ajutor de stat:

Referitor la implicațiile ajutorului de stat în ceea ce privește pregătirea profesională a personalului administrativ și managerial, având în vedere că activitățile de formare

profesională sunt destinate beneficiarilor secundari, precum și personalului din domeniul sănătății publice care are atribuții în servicii de sănătate cu titlu gratuit.

Aceste categorii de personal deservește spitalele sau instituțiile/structurile pre-spitalicești publice care fac parte din sistemul național de sănătate, urmărind un obiectiv social, susținut de principiul solidarității, care funcționează sub supravegherea statului, finanțat direct din contribuții de asigurări sociale și alte resurse de stat și care furnizează servicii gratuite pe baza acoperirii universale. Așadar, intervenția nu face obiectul reglementărilor din domeniul ajutorului de stat.

3.2.8. Calendar:

Activități	2021	2022		2023		2024		2025		2026	
	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2
Intrarea în vigoare a cadrului legislativ necesar implementării reformei											
Elaborarea și adoptarea cadrului strategic pentru dezvoltarea resurselor umane din sănătate											
Dezvoltarea Planului Strategic Multi-anual pentru Dezvoltarea Resurselor Umane din Sănătate											
Elaborarea planurilor de acțiune individualizate pentru dezvoltarea resursei umane în sănătate											
Dezvoltarea capacității instituționale pentru managementul resursei umane în sănătate											
Elaborarea și implementarea mecanismelor de planificare a resursei umane în sănătate											
Elaborarea și implementarea sistemului de recunoaștere diferențiată a meritelor profesionale și de recompensă a acestora											

Consolidarea continuă a capacităților profesionale în domeniul educației medicale continue											
Ajustarea mecanismelor de colectare, prelucrare, analiză și diseminare a datelor referitoare la resursa umană din sănătate											
Monitorizare & evaluare											

R3.3. Creșterea integrității, reducerea vulnerabilităților și a riscurilor de corupție în sistemul de sănătate (Alocare - 1 mil. euro)

3.3.1 Provocări și obiective:

În ciuda progreselor înregistrate în ultimii ani, sistemul de sănătate din România încă înregistrează dificultăți cauzate de corupția la diferite niveluri. Neremediate, acestea vor contribui la ineficiența unui sistem de sănătate deja finanțat insuficient.

Printre formele pe care corupția la ia în sistemul de sănătate se numără conflictul de interese. Acesta poate să afecteze resursa umană la toate nivelurile – al administrației centrale, al instituțiilor deconcentrate, al conducerii unităților sanitare, al personalului care acordă îngrijiri directe pacienților etc.

Pornind de la aceste observații, obiectivul acestei reforme este reprezentat de îmbunătățirea definirii și reglementării conflictului de interese la nivelul sistemului de sănătate din România și capacitarea resursei umane pentru prevenirea situațiilor care pot duce la situații de corupție și/sau conflict de interese.

Cele două direcții de acțiune pe care le propunem sunt următoarele:

- (1) Reglementare – o mai bună definire a conflictului de interese în domeniul sănătății, a riscului de conflict de interese în domeniul sănătății, a instituțiilor responsabile de gestionarea unor potențiale conflicte de interese din sectorul sanitar etc.
- (2) Creșterea conștientizării – prin programe de formare adresate personalului din administrația centrală, instituțiile deconcentrate, conducerea unităților sanitare, personalului care acordă îngrijiri directe pacienților, etc.

3.3.2. Beneficiari:

- Ministerul Sănătății

3.3.3. Grup țintă:

- personalul din administrația centrală, instituțiile deconcentrate, conducerea unităților sanitare,
- personalului care acordă îngrijiri directe pacienților etc.

3.3.4 Mecanism de implementare:

În vederea îndeplinirii obiectivului general menționat mai sus, propunem următorul set de activități:

- realizarea unei analize detaliate a nevoilor de dezvoltare profesională în domeniul integrității și anti corupției;
- înființarea în cadrul Ministerului Sănătății a unui mecanism de prioritizare a alocărilor bugetare și evaluare a oportunității deciziilor MS și CNAS, conform studiilor bazate pe dovezi și a unor metodologii și criterii clare de evaluare. Mecanismul de prioritizare a alocațiilor bugetare include: raționamentul și dezvoltarea criteriilor de stabilire a priorităților, mecanismele de colaborare între Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), procedura de colaborare pentru implementarea mecanismului și mecanisme prin care criteriile de stabilire a priorităților bugetare informează deciziile politice, evaluarea politicilor și ajustarea continuă a criteriilor;
- transparentizarea utilizării resurselor publice prin agregarea centralizată a datelor pe portalul transparenta.ms.ro (cumularea centralizată a datelor de pe portal, datele publicate includ lista firmelor cărora li s-au atribuit contracte publice, autoritățile contractante și o hartă a contractelor atribuite).
- instituirea la nivelul MS și CNAS a unui mecanism comun de monitorizare și control al furnizorilor din sistemul de asigurări sociale de sănătate;
- instituirea unui mecanism de trasabilitate a medicamentelor de pe piața românească;
- îmbunătățirea mecanismelor de răspundere pentru manageri și ceilalți reprezentanți ai aparatului decizional din spitale;
- dezvoltarea unui nou mecanism de susținere financiară a educației medicale continue, care să elimine sponsorizările industriei farmaceutice și de echipamente medicale către personalul medical;
- identificarea situațiilor care pot genera conflicte de interese în rândul personalului clinic și managerial din unitățile medicale și implementarea de soluții pentru prevenirea și rezolvarea lor;
- revizuirea mecanismului de feedback al pacientului pentru a obține, independent de unitățile medicale, informații despre experiența pacienților;
- formare adresată personalului din administrația centrală, instituțiile deconcentrate, conducerea unităților sanitare, personalului care acordă îngrijiri directe pacienților etc.

3.3.5 Complementaritate:

Reforma este complementară cu măsurile din POS care vizează Prioritatea 2. Creșterea calității serviciilor de asistență medicală primară, comunitară și serviciilor oferite în sistem ambulatoriu, cu privire la dezvoltarea competențelor personalului medical implicat care oferă servicii și asistență medicală primară.

3.3.6 Asistență tehnică:

În cadrul reformei sunt incluse costuri de asistență tehnică.

3.3.7. Ajutor de stat:

Referitor la implicațiile ajutorului de stat în ceea ce privește programele de formare adresate personalului din administrația centrală, instituțiile deconcentrate, conducerea unităților

sanitare, personalului care acordă îngrijiri directe pacienților etc., și având în vedere că activitățile de formare profesională sunt destinate personalului din domeniul sănătății publice care are atribuții în servicii de sănătate cu titlu gratuit, activitățile de instruire pot fi asimilate beneficiilor destinate acestor categorii de personal și nu vor fi clasificate ca ajutor de stat.

3.3.8 Calendar:

Activități	2021	2022		2023		2024		2025		2026	
	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2
Realizarea evaluării inițiale	■	■									
Ajustarea legislației și cadrului normativ	■	■									
Intrarea în vigoare a unui mecanism de prioritizare a alocărilor bugetare realizate de MS și CNAS		■	■	■							
Operaționalizarea portalului transparenta.ms.ro referitor la utilizarea resurselor publice				■	■	■	■				
Evaluarea performanței sistemului de achiziții centralizate al Ministerului Sănătății și a oportunităților de extindere a sistemului				■	■						
Elaborarea unui mecanism comun MS și CNAS de monitorizare și control al furnizorilor din sistemul de asigurări sociale de sănătate		■	■	■	■						
Elaborarea și implementarea unui mecanism de trasabilitate a medicamentelor de pe piața românească				■	■	■	■	■	■	■	■
Consolidarea structurilor de control și integritate ale Ministerului Sănătății		■	■								
Ajustarea mecanismelor de răspundere pentru manageri și ceilalți reprezentanți ai				■	■	■	■				

aparaturii decizional din spitale											
Elaborarea și implementarea unui nou mecanism de susținere financiară a educației medicale continue											
Auditarea situațiilor care pot genera conflicte de interese în rândul personalului clinic și managerial											
Revizuirea mecanismului de feedback al pacientului											
Derularea de programe de training în domeniul integrității pentru personalul din sistemul de sănătate											
Monitorizare & evaluare											

O sumă de 0,20% din costurile acestei reforme va fi dedicată serviciilor de informare și publicitate, inclusiv pentru campaniile de sensibilizare, precum: comunicate de presă publicate în presa scrisă și online, materiale de informare și publicitate privind activitățile și rezultatele obținute, promovare online (pe site-ul web și pe canalele de socializare). Materialele comunicate vor fi elaborate și promovate pe parcursul punerii în aplicare a reformei, raportând despre proces și despre principalele progrese realizate, cum ar fi adoptarea cadrului legislativ, finalizarea și operaționalizarea centrului de excelență, implementarea programelor de instruire, construirea și echiparea a celor două centre pentru dezvoltarea abilităților.

Contribuția la Pilonul european al drepturilor sociale:

În consonanță cu Planul de acțiune privind Pilonul european al drepturilor sociale (SWD(2021) 46 final), această reformă contribuie atât la profesionalizarea resursei umane din domeniul sănătății și al îngrijirii, inclusiv prin accesul acesteia la formare, cât și la îmbunătățirea condițiilor de muncă. Prin întărirea competențele necesare pentru tranziția digitală, dar și responsabilă în raport cu viitoarele provocări sanitare, sociale sau economice, reforma vizează să contribuie la respectarea principiilor 1, 5 și 10 ale Pilonului.

În derularea programelor de formare și dezvoltare profesională vor fi respectate prevederile principiilor 2 și 3 ale Pilonului. Din punctul de vedere al dezvoltării competențelor profesionale, programele de formare vor contribui la adaptarea rapidă a personalului medical la evoluția tehnologică și la modificările contextului economic și social. Din punctul de vedere al competențelor de atitudine, etică și de comportament, programele vor conține și o serie de conținuturi orizontale de promovare a valorilor UE în domeniul egalității de șanse și a principiilor Pilonului European al Drepturilor Sociale. Conținuturile vor fi adaptate diverselor categorii de personal și vor viza contexte diferențiate de aplicare în dependență de tipurile de comunități și procese specifice actului medical (de exemplu, modul de relaționare cu reprezentanții comunităților de romi din așezările informale, în vederea derulării unei campanii

de vaccinare sau de screening). O asemenea abordare de formare profesională inductivă va avea ca efect îmbunătățirea asigurării accesului la servicii esențiale pentru persoanele aflate într-o situație dificilă (Principiul 20).

Acțiunile referitoare la creșterea transparenței, răspunderii și responsabilității instituționale, precum și cele referitoare la creșterea integrității, reducerea vulnerabilităților și a riscurilor de corupție în sistemul de sănătate vor conduce la îmbunătățirea actului medical prin asigurarea accesului echitabil și rapid la servicii medicale de calitate și la asistență medicală preventivă și curativă de bună calitate și accesibilă din punct de vedere financiar. Efectul scontat al acestor intervenții va conduce la creșterea eficienței serviciilor și a echității sistemului medical în rândul populației, dar și la adecvarea cheltuielilor suportate de pacient pentru asistența medicală prestată. Astfel, se va îmbunătăți accesul la asistență medicală preventivă și curativă de bună calitate și abordabilă (Principiul 16).

Intervențiile care vizează dezvoltarea de aplicații electronice destinate relației cu cetățenii vor respecta prevederile OUG 112/2018 privind transpunerea Directivei (UE) 2016/2102 a Parlamentului European și a Consiliului din 26 octombrie 2016 privind accesibilitatea site-urilor web și a aplicațiilor mobile ale organismelor din sectorul public, dar și transpunerea Directivei (UE) 2019/882 a Parlamentului European și a Consiliului din 17 aprilie 2019 privind cerințele de accesibilitate aplicabile produselor și serviciilor. De asemenea, această categorie de intervenții va respecta principiile accesibilității serviciilor digitale și pentru categoriile de cetățeni vulnerabili (cum ar fi persoanele în vârstă, cele cu competențe digitale limitate ș.a.).

II. Dezvoltarea infrastructurii medicale prespitalicești (Alocare - 314,87 mil.euro)

Provocări și obiective:

Procentul de nevoi medicale nesatisfăcute se menține crescut în România. Există, de asemenea, diferențe privind accesul la servicii medicale în funcție de regiune, etnie, vârstă sau nivelul de venituri. Astfel, persoanele care locuiesc în mediul rural sau urbanul mic, cele din comunități marginalizate și cele cu nivel socio-economic scăzut au acces redus la îngrijire medicală. (State of Health 2019 - OECD). În plus, există un nivel redus de integrare între diferitele forme de asistență medicală, iar personalul medical este inegal distribuit între diferite zone ale țării și, respectiv, între mediul rural și cel urban.

Obiectivele investiției:

Creșterea accesului populației din zonele rurale și din zonele defavorizate și marginalizate la asistență medicală de bază, inclusiv la servicii de prevenție și de diagnostic și tratament precoce;

Creșterea complexității serviciilor medicale în asistența medicală primară, ambulatorie și comunitară.

Vor fi finanțate ambulatorii de specialitate publice, centre comunitare aflate în domeniul public al unităților administrativ-teritoriale, precum și cabinete/clinici de medicină de familie.

Ambulatoriile de specialitate oferă servicii medicale de specialitate de complexitate medie, pentru populația din zona respectivă sau din zonele învecinate. Serviciile au impact local și nu se încadrează în definiția ajutorului de stat. Dezvoltarea acestor servicii nu determină, în niciun

caz, un risc de denaturare a concurenței, deoarece ele vor fi susținute în zone geografice mai puțin deservite (în care volumul anual de servicii pe locuitor este inferior mediei naționale).

Cabinetele de medicină de familie furnizează servicii medicale de complexitate redusă, care fac parte din pachetul de servicii de bază pentru persoanele asigurate, respectiv din pachetul minimal de servicii, pentru persoanele neasigurate. Aceste servicii se încadrează în servicii de asistență primară a sănătății (conform Organizației Mondiale a Sănătății). Ele sunt adresate populației generale și, în particular, populației vulnerabile. Și aici dezvoltarea acestor servicii nu determină în niciun caz un risc de denaturare a concurenței, deoarece ele vor fi susținute în mediul rural (unde acoperirea cu medici de familie este deficitară de la începutul funcționării sistemului de asigurări de sănătate, deși aici trăiesc 45% dintre cetățeni) și în zonele geografice mai puțin deservite (în care volumul anual de servicii pe locuitor este inferior mediei naționale). Serviciile au impact local.

Centrele comunitare sunt entități publice aflate în domeniul public al unităților administrativ-teritoriale. Acestea vor reuni furnizori de servicii de bază de tip medical și social, servicii care sunt destinate exclusiv populației din proximitate, cu accent pe populația vulnerabilă. Centrele vor avea impact local, furnizând servicii de complexitate redusă (de ex. vizite și îngrijiri la domiciliu pentru persoane vârstnice, persoane expuse unor riscuri pentru starea de sănătate, de exemplu persoane dependente de alcool, familii expuse la violență domestică, copii cu părinți plecați în străinătate, persoane cu afectare parțială sau totală a capacității de a desfășura activitățile zilnice), care fac parte din îngrijirea primară a stării de sănătate sau facilitează accesul la serviciile primare pentru populația vulnerabilă, cu bariere de acces de tip cultural, educațional sau informațional. De asemenea, aceste servicii au impact local, nu se încadrează în definiția ajutorului de stat și sunt destinate prioritar sau exclusiv populației vulnerabile. Aceste tipuri de servicii nu afectează în niciun caz concurența, deoarece sunt înființate în zone cu acces deficitar la servicii, fie din punct de vedere geografic, fie din punct de vedere economic și sunt furnizate în mod gratuit pentru beneficiari vulnerabili, iar serviciile au impact local.

Regiunile / zonele marginalizate sunt cele fără sau cu acces limitat la asistența medicală primară. Regiunile / zonele marginalizate sunt mai concentrate în sudul, vestul, centrul și nordul țării.

Ultima cartografiere a localităților (iunie 2021) a fost elaborată pe baza Atlasului zonelor rurale marginalizate și a dezvoltării umane locale din România, document pregătit de Banca Mondială, care măsoară marginalizarea și dezvoltarea umană locală la nivel comunitar. Au fost luate în considerare localitățile rurale cu marginalizare severă, marginalizare la medie, marginalizare sub medie și marginalizare peste medie și toate localitățile urbane.

Stabilirea zonelor marginalizate a fost realizată de către o echipă a Băncii Mondiale, în baza analizei gradului de privare în ceea ce privește capitalul uman, ocuparea forței de muncă formale și condițiile inadecvate de locuire, a riscului de sărăcie și excluziune socială și a accesului redus la servicii de sănătate și a asigurării altor drepturi fundamentale, pentru care accesul este redus sau inexistent.

Criteriile de marginalizare și gradul marginalizării sunt stabilite la nivel regional, conform Metodologiilor pentru calculul indicelui dezvoltării umane locale și al indicelui de dezvoltare prezentate în Atlasul zonelor rurale marginalizate și al dezvoltării umane locale din România, în Atlasul zonelor urbane marginalizate din România și în Studiul de fundamentare pentru

Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei – conform Băncii Mondiale⁷.

11.1 Cabinete ale medicilor de familie sau asocieri de cabinete de asistență medicală primară (Alocare - 180,45 mil.euro).

Reabilitarea, modernizarea și dotarea a 3.000 de (asocieri de) cabinete de asistență medicală primară (medici de familie) cu facilități de screening, diagnostic precoce și monitorizare a pacienților cronici, prioritizând cabinetele din mediul rural și din urbanul mic (inclusiv zone marginalizate/defavorizate și inclusiv pentru zonele defavorizate cu populație majoritar romă sau comunități rome, după caz). Dotarea va cuprinde: aparatură de laborator de tip ”point of care”, echipamente medicale de tipul: electrocardiograf, ecograf, mobilier medical și instrumentar medical; vor fi alocate, de asemenea, fonduri pentru renovarea clădirii cu scopul conformării la normele igienico-sanitare și al creșterii eficienței energetice.

Finanțarea va fi acordată cu prioritate cabinetelor medicale, astfel:

- Vor avea prioritate cabinetele din mediul rural;
- Pentru cabinetele din mediul urban, vor fi prioritizate cele din orașele de rang III (cf. legii 351/2001, actualizată), urmate de cele de rang II și de cele de rang I;
- Pentru cabinetele din mediul urban (rang II și I) vor putea accesa finanțare medicii de familie organizați într-o formă asociativă (cabinete medicale grupate; cabinete medicale asociate; societate civila medicală), care au sediul în aceeași clădire.

Asociațiile de cabinete / cabinete ale medicilor de familie vor fi echipate sau renovate pe baza unui apel deschis. Acest lucru se va face prin echipamente medicale achiziționate centralizat (prin unitatea centrală de achiziții din cadrul Ministerului Sănătății sau din cadrul Oficiului Național pentru Achiziții Centralizate). Cel puțin 75% din toate contractele semnate cu asociații de cabinete / medici de familie trebuie să fie localizate în regiuni sau municipalități marginalizate.

11.2. Unități medicale mobile (Alocare - 4,02 mil.euro)

Dezvoltarea de caravane medicale care vor putea derula activități de screening pentru cancerul mamar și pentru cancerul cervical în zonele cu acces limitat la servicii de asistență medicală specializată, inclusiv pentru zonele defavorizate cu populație majoritar romă sau comunități rome, după caz. Caravanele de screening (unități mobile) vor fi alocate centrelor regionale care derulează în acest moment activități de screening pentru cancerul cervical și care au deja expertiză în astfel de activități (10 caravane în 8 centre).

Caravanele medicale achiziționate vor utiliza cea mai bună tehnologie disponibilă din punct de vedere al mediului.

11.3 Unități de asistență medicală ambulatorie (Alocare – 80,20 mil.euro)

Reabilitarea, modernizarea, extinderea (inclusiv prin construcții de clădiri noi), dotarea a cel puțin 30 de ambulatorii/unități medicale publice sau a altor structuri publice care furnizează asistență medicală ambulatorie (inclusiv din lista proiectelor care sunt în lista de

⁷ <https://www.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=a7ab584e3f3e455d996bb13a1b632e00>

rezervă a apelului de proiecte din Programul Operațional Regional, precum și alte proiecte, în funcție de gradul lor de maturitate).

Cel puțin 20 de unități de îngrijire ambulatorie vor fi situate în regiuni sau municipalități mai puțin dezvoltate. Sunt considerate a fi mai puțin dezvoltate regiunile / zonele în care PIB/capita este mai mic decât 75% din media UE -27 (în conformitate cu definiția UE).

Investițiile vor consta în:

- reabilitare / modernizare / extindere / dotare a infrastructurii ambulatorii existente;
- îmbunătățirea accesibilității spațiului pentru serviciile medicale și căile de acces;
- asigurarea / modernizarea utilităților generale și specifice (inclusiv conectarea la utilități la locația obiectivului investițional);
- achiziționarea de echipamente pentru infrastructura ambulatorie.

II.4 Centre comunitare integrate (Alocare - 40,20 mil.euro)

În cadrul sub-investiției 200 de centre comunitare integrate vor fi construite /reabilitate/modernizate/extinsă infrastructura existentă și/sau dotate.

Centrele comunitare integrate se organizează și funcționează conform cadrului normativ existent, care urmează a fi completat și actualizat până în 10.2021. Ele fac parte din corpul programelor comunitare de asistență medicală coordonate de Ministerul Sănătății, cu scopul principal de a spori accesul la servicii medicale de calitate pentru populație și, în special, pentru grupurile vulnerabile. Clădirile noi vor respecta criteriile de eficiență energetică. Toate clădirile nou construite vor respecta solicitarea privind necesarul de energie primară (PED) cu cel puțin 20% mai mic decât cerința pentru clădirile al căror consum de energie este aproape zero (NZEB), conform prevederilor naționale, care vor fi asigurate prin certificate de performanță energetică. Se estimează că 70% din costurile pentru desfășurarea acestei investiții vor fi legate de construcții și renovări (care vor fi efectuate cu respectarea standardului NZEB +).

Din funcțiunile propuse pentru centrele comunitare integrate vor face parte: cabinet pentru medic de familie, mic laborator de tip "point of care", cabinet pentru medic specialist/moașă, cabinet stomatologic (opțional), suplimentar față de cele prevăzute în normele existente, în conformitate cu prevederile legislației specifice și a situației grupurilor vulnerabile identificate din punct de vedere medico-socio-economic.

Cel puțin 100 dintre centrele comunitare integrate vor fi localizate în zone/regiuni marginalizate.

Centrele vor fi dotate cu următoarele echipamente principale:

- I. Echipamente de funcționalitate pentru birou: birouri, scaune de birou, inclusiv pentru pacienți, fișete, dulapuri, imprimantă multifuncțională (cu scanner), calculatoare/laptopuri cu acces la internet, scuter / bicicletă / ATV / mașină electrică, în funcție de specificul comunității locale și de infrastructură - cel puțin o modalitate de transport pe centru comunitar, structură de internet funcțională 24 de ore pentru asigurarea intervențiilor în telemedicină. Mijloacele de transport menționate vor fi utilizate numai pentru furnizarea de servicii legate de asistență medicală în zone îndepărtate.

- II. Echipament de consultație: canapea de consultație, masă ginecologică sau canapea de consultație care să includă echipamente suport pentru examen obstetric și ginecologic, tensiometru, stetoscop, trusă completă de microchirurgie, frigider pentru produse organice, echipamente de analiză medicală.
- III. Trusă de asistență medicală (sfigmomanometru pentru stetoscop, stetoscop fetal (fetoscop), pulsoximetru, termometru pentru copii (set) și adulți, trusa chirurgicală de unică folosință, cântare pentru sugari și adulți, tăviță renală, mini recipient pentru deșeuri, test rapid pentru detecția ruperii membranei fetale (hârtie ph), guler cervical universal, materiale medicale indispensabile, etc.).

Centrele comunitare integrate vor beneficia de investiții pe baza unei metodologii de prioritate care va fi elaborată de Ministerul Sănătății, în consultare cu reprezentanți ai autorităților publice locale. Aceste orientări prioritare vor fi o parte integrantă a Manualului Centrelor Comunitare Integrate.

Prioritizarea Unităților Administrativ-Teritoriale trebuie să ia în considerare:

- numărul de persoane vulnerabile pe comunitate (minimum 500 de persoane vulnerabile din punct de vedere medical, social sau economic);
- disponibilitatea asocierii cu alte localități vulnerabile;
- existența unei asistente comunitare și a unui asistent social / asistent social tehnician;
- Unități Administrativ-Teritoriale fără medic de familie sau cu un număr insuficient de medici de familie față de populație;
- existența unei decizii a consiliului local de înființare a centrelor comunitare integrate;
- identificarea localității ca zonă rurală marginalizată.

Criteriile de selectare a zonelor deservite medical vor fi: i) Caracteristicile populației, ii) Acoperirea populației cu asigurări de sănătate, iii) Disponibilitatea resurselor umane necesare, iv) Disponibilitatea infrastructurii fizice adecvate, v) Accesibilitatea geografică.

În rândul comunităților care vor beneficia de servicii și vor avea acces la aceste centre comunitare integrate, se estimează că vor avea prioritate comunitățile din mediul rural, marginalizate, inclusiv zonele defavorizate cu populație majoritar romă sau comunități rome, după caz. Ministerul Sănătății și/sau prin autoritatea locală vor angaja și instrui asistenți medicali comunitari și îi vor sprijini în furnizarea serviciilor de promovare a sănătății în comunități locale, facilitând legăturile cu asistența medicală primară, acolo unde este nevoie. În comunitățile cu până la 500-700 de persoane care se identifică a fi de origine romă, va fi desemnat și un mediator sanitar, care va fi format și sprijinit de MS și de autoritatea locală pentru a asigura înscrierea grupurilor vulnerabile în asistența medicală primară. Se are în vedere suport adițional prin POS/FSE+ pentru contractarea personalului necesar. Costurile recurente, cum ar fi costurile personalului, nu sunt incluse.

11.5 Cabinete de planificare familială (Alocare - 10,00 mil.euro)

În cadrul sub-investiției vor fi dotate și/sau reabilitate 119 de cabinete de planificare familială existente. Cabinetele de planificare familială vor suferi, dacă este cazul, intervenții de reabilitare și reamenajare și vor primi dotări de aparatură medicală de laborator și imagistică (dispozitive de tip point-of-care plus analizor pentru detecția infecțiilor cu transmitere sexuală, ecograf cu ultrasunete echipat cu sonde ginecologice ultraportabile, microscop, echipamente IT, frigider, mijloace de transport - mașini electrice sau biciclete).

Unitățile sanitare care au în administrare cabinetele de planificare familială vor accesa finanțarea și vor implementa proiectul.

Educația pentru sănătate, în special educația pentru sănătatea reproducerii, va fi implementată în unele regiuni vulnerabile, cu un număr mare de sarcini în adolescență și un număr mare de boli transmise sexual.

În cadrul investiției se va asigura și mobilitatea medicilor din cadrul cabinetelor de planificare familială. Astfel, vor fi achiziționate 35 de mașini electrice și 84 de biciclete care vor deservi cabinetele medicilor de planificare familială care oferă educație școlilor și comunităților cu copii și adolescenți vulnerabili.

Beneficiari:

- Unități Administrativ Teritoriale
- Cabinete ale medicilor de familie/Asocieri ale medicilor de familie
- Unități sanitare din subordinea Ministerului Sănătății
- Unități sanitare din subordinea UAT-urilor

Grup țintă:

- personalul angajat al CMI-urilor
- personalul angajat la cabinetele de planificare familială
- personalul angajat al CCI-urilor
- personalul unităților sanitare care au beneficiat de finanțare
- pacienții care au beneficiat de servicii medicale în unitățile sanitare /CMI-urile finanțate
- populația comunităților deservite de CCI care au beneficiat de finanțare

Implementare:

II.1 Ministerul Sănătății va elabora criteriile de prioritizare aferente investițiilor în cabinetele medicilor de familie.

II.2 Ministerul Sănătății, în parteneriat cu centrele care derulează proiecte de screening pentru cancer de col uterin, va analiza posibilitatea realizării achiziției centralizate a unităților mobile prevăzute a fi finanțate prin PNRR.

II.3 Ca urmare a realizării procesului de consultare a autorităților publice locale, precum și a discuțiilor purtate cu AMPOR, Ministerul Sănătății va centraliza și mapa nevoile de investiții de la nivelul unităților sanitare din țară, va întocmi procedurile de prioritizare și selecție a beneficiarilor, va monitoriza implementarea investițiilor. Acolo unde va fi cazul, prin Agenția Națională pentru Dezvoltarea Infrastructurii în Sănătate/ONAC, va gestiona achizițiile centralizate, va contracta expertiză tehnică externă, în funcție de nevoile fiecărei investiții planificate, va monitoriza implementarea investițiilor, va consulta alte structuri asociative (ex: Uniunea Arhitecților) pentru a identifica potențiale soluții eficiente de implementare a proiectelor.

II.4 Pentru realizarea criteriilor de prioritizare a investițiilor în centrele comunitare integrate, precum și pentru finalizarea procesului de selectare a UAT-urilor care vor beneficia de aceste investiții, Ministerul Sănătății (prin Unitatea pentru Asistență Medicală Comunitară) va colabora cu Ministerul Muncii și Justiției Sociale și Ministerul Educației. Va fi încheiat un

protocol de colaborare între aceste 3 instituții, având ca finalitate adoptarea criteriilor de prioritizare a acestor investiții printr-un ordin comun interministerial.

II.5 Unitățile sanitare publice care au în structura organizatorică cabinete de planificare familială vor aplica pentru finanțare. Acestea vor fi responsabile de derularea și implementarea proiectelor.

Contribuția la Pilonul european al drepturilor sociale:

Această investiție corespunde principiilor 3, 16 și 20 ale Pilonului, deoarece va conduce la facilitarea accesului la servicii de îngrijire pe termen lung, de bună calitate și abordabile, în special la servicii medicale la domiciliu și servicii comunitare. Activitățile prevăzute în cadrul investiției vor asigura accesul la servicii esențiale de asistență medicală de bază, inclusiv servicii de prevenție și de diagnostic și tratament precoce. Astfel, acestea vor genera beneficii sociale substanțiale, atât prin eforturile de a îmbunătăți gradul de acoperire a serviciilor de asistență medicală primară (AMP) pentru populațiile sub-deservite, inclusiv pentru persoanele neacoperite de asigurare, cele aflate în sărăcie, cele care locuiesc în așezări care nu dispun de serviciile unui medic de familie sau au o densitate redusă a medicilor de familie raportată la populația rezidentă, dar și prin consolidarea, creșterea accesibilității și a calității serviciilor ambulatorii și spitalicești. În mod concret, centrele comunitare integrate vor fi localizate, în mod prioritar, în comunitățile din mediul rural, marginalizate, inclusiv zonele defavorizate cu populație majoritar romă sau exclusiv romă.

Investițiile în infrastructura medicală prespitalicească vor asigura, în funcție de context, elementele de accesibilizare pentru persoanele cu dizabilități și nevoi speciale (Principiul 17). Vor fi respectate, astfel, prevederile normativelor naționale în domeniu, iar acolo unde va fi cazul vor fi identificate, testate și implementate soluții inovative de accesibilizare.

Din punct de vedere empiric, această categorie de investiții va asigura premisele necesare îmbunătățirii situației privind următorii indicatori relevanți ai tabloului de bord social european revizuit:

- Speranța de viață sănătoasă la vârsta de 65 de ani: femei și bărbați;
- Mortalitatea standardizată din cauze tratabile sau care pot fi prevenite (ODD).

Complementaritate:

Investiția este complementară cu măsurile din POS care vizează Prioritatea 2. Creșterea calității serviciilor de asistență medicală primară, comunitară și a serviciilor oferite în sistem ambulatoriu, finanțate prin FEDR/FSE+ și cu Prioritatea 4. Creșterea eficienței sectorului medical prin investiții în infrastructură și servicii.

Investițiile din cadrul PNRR privind construcția/reabilitarea/modernizarea/extinderea de centre comunitare integrate și/sau dotarea acestora vor fi complementare cu cele din cadrul POIDS. Prioritatea 3 (Sprijinirea comunităților rurale fără acces sau cu acces redus la servicii sociale). Intervențiile din POIDS sunt orientate pe furnizarea de servicii sociale și mici îmbunătățiri în comune. Între cele 2 finanțări nu sunt suprapuneri.

Contribuția la crearea de noi locuri de muncă:

Investiția propusă contribuie la crearea de noi locuri de muncă în domeniul medical și social prin angajarea personalului care va lucra în centrele comunitare nou construite.

Asistență tehnică:

În cadrul investiției propuse este prevăzută asistență tehnică finanțată din alte surse decât PNRR.

Ajutor de stat:

Vor fi finanțate ambulatorii, unități medicale publice/alte structuri publice care furnizează asistență medicală ambulatorie, centre comunitare integrate a căror infrastructură este în domeniul public al unităților administrativ-teritoriale, precum și cabinete/asocieri de medicină de familie.

Ambulatoriile de specialitate oferă servicii medicale de specialitate de complexitate medie pentru populația din zona respectivă sau din zonele învecinate. Serviciile au impact local și nu se încadrează în definiția ajutorului de stat. Dezvoltarea acestor servicii nu determină, în niciun caz, un risc de denaturare a concurenței, deoarece ele vor fi susținute în zone geografice mai puțin deservite (în care volumul anual de servicii pe locuitor este inferior mediei naționale).

Cabinetele de medicină de familie furnizează servicii medicale de complexitate redusă, care fac parte din pachetul de servicii de bază pentru persoanele asigurate, respectiv din pachetul minimal de servicii, pentru persoanele neasigurate. Aceste servicii se încadrează în servicii de asistență primară a sănătății (conform Organizației Mondiale a Sănătății). Ele sunt adresate populației generale și, în particular, populației vulnerabile. Nici aici dezvoltarea acestor servicii nu determină, în niciun caz, un risc de denaturare a concurenței, deoarece ele vor fi susținute preponderent în mediul rural (unde acoperirea cu medici de familie este deficitară de la începutul funcționării sistemului de asigurări de sănătate, deși aici trăiesc 45% dintre cetățeni) și în zone geografice mai puțin deservite (în care volumul anual de servicii pe locuitor este inferior mediei naționale). În plus, serviciile au impact local.

Centrele comunitare integrate fac parte din ansamblul de programe de asistență medicală comunitară desfășurate de Ministerul Sănătății, având ca scop principal creșterea accesului populației și, în special, al grupurilor vulnerabile la servicii medico-sociale de calitate, sprijinind efortul de incluziune socială și medicală, urmărind un obiectiv social, susținut de principiul solidarității, care funcționează sub supravegherea statului, finanțat direct din contribuții de asigurări sociale și alte resurse de stat și care furnizează servicii gratuite pe baza acoperirii universale.

Centrele comunitare sunt entități publice aflate în domeniul public al unităților administrativ-teritoriale. Beneficiarii serviciilor de asistență medicală comunitară sunt membrii comunității, cu precădere persoanele vulnerabile din punct de vedere medical sau social, cu accent pe populația din mediul rural și grupurile vulnerabile, inclusiv cele de etnie romă. Serviciile prestate prin aceste centre comunitare integrate sunt prestate cu titlu gratuit pentru beneficiari.

Finanțarea centrelor comunitare integrate se asigură, potrivit legii, de către (1) Ministerul Sănătății, prin bugetul de stat, (2) unitățile administrativ-teritoriale și (3) de către autoritățile administrației publice locale.

Așadar, intervențiile propuse nu fac obiectul reglementărilor din domeniul ajutorului de stat.

	2021	2022		2023		2024		2025		2026	
Activități	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2
I1.1. Cabinete sau asocieri de cabinete de asistență medicală primară (medici de familie)											
1.1. Elaborarea caietelor de sarcini											
1.2. Achiziție echipamente											
1.3. Implementarea proiectelor											
I1.2. Caravane medicale											
2.1. Întocmirea caietelor de sarcini necesare achiziției											
2.2. Derularea procedurilor de achiziție											
2.3. Implementarea proiectelor											
I1.3. Ambulatorii/unități medicale publice care furnizează asistență medicală ambulatorie											
3.1. Selectarea proiectelor											
3.2. Derularea procedurilor de achiziție											
3.3. Implementarea proiectelor											
I1.4 Centre Comunitare Integrate											
4.1 Identificarea beneficiarilor											

4.2	Elaborarea documentației tehnice											
4.3.	Finalizarea construcțiilor											
4.4.	Achiziția echipamentelor											
4.5.	Recepția lucrărilor de construcție + instalarea și punerea în funcțiune a echipamentelor/dotărilor medicale											
I1.5. Cabinete de planificare familială												
5.1.	Elaborarea documentației tehnice											
5.2.	Achiziție echipamente											
5.3.	Implementarea proiectelor											

I2: Dezvoltarea infrastructurii spitalicești publice (Alocare - 1.954,63 mil. euro)

În vederea creșterii siguranței pacientului în unitățile medicale, fondul construit existent are nevoie de intervenții integrate urgente, care să vizeze măsuri de asigurare a siguranței la incendiu, a siguranței structurale a clădirii și a siguranței la seism, de îmbunătățire a performanței energetice, cât și de prevenire a infecțiilor nosocomiale. Cu toate acestea, o bună parte a clădirilor existente cu funcțiune de îngrijire medicală nu mai pot fi conformate la normele de siguranță la incendii și la cele igienico-sanitare, fiind construite în prima parte a secolului XX, concepute inițial pentru a găzdui alte funcțiuni.

Spitalele finanțate îndeplinesc nevoi esențiale în domeniul asistenței medicale și de lungă durată, al îngrijirii copilului, al asistenței medicale a grupurilor vulnerabile.

Cel puțin 70 de mil. de euro din investiție vor fi alocate echipamentelor IT.

Intervențiile vor fi de mai multe tipuri:

I2.1. Infrastructură spitalicească publică nouă (Alocare - 1.089.05 mil.euro)

Investiții în infrastructură spitalicească publică nouă, în vederea relocării integrale sau parțiale a unităților medicale din acele spații care pun în pericol pacientul și personalul medical și care nu răspund cerințelor igienico-sanitare (eg: circuite sanitare) cu scopul:

- furnizării de noi servicii medicale;
- îmbunătățirii calității serviciilor medicale furnizate.

I2.2. Echipamente și aparatură medicală (Alocare – 635,00 mil.euro)

Investiții în echipamente medicale și aparatură pentru infrastructura sanitară nou-construită.

I2.3. Secții de terapie intensivă pentru nou-născuți (Alocare – 80,20 mil.euro)

Investiții în infrastructura destinată pacientului critic neonatal, cu scopul diagnosticării precoce, tratamentului antenatal/neonatal și postnatal.

I2.4. Echipamente și materiale destinate reducerii riscului de infecții nosocomiale (Alocare – 150,38 mil.euro)

Investiții în dotarea spitalelor publice cu echipamente și materiale destinate reducerii riscului de infecții asociate asistenței medicale.

I2.1 și I2.2. Infrastructură spitalicească publică nouă, incluzând echipamentele și aparatura medicală aferente. Având în vedere ratele crescute ale mortalității evitabile, mortalității prin cauze tratabile și mortalității infantile, în ceea ce privește investițiile în infrastructura nouă, vor avea prioritate investițiile (clădiri nou construite în vederea relocării din cele vechi sau reabilitarea/extinderea celor existente) în infrastructura spitalicească publică în care se asigură tratamentul afecțiunilor cardiovasculare și oncologice, tratamentul bolilor infecțioase și pneumologice, precum și investițiile în maternități și spitale de pediatrie. Investițiile în infrastructura spitalicească sunt complementare tratamentului acestor patologii și asigură accesul la servicii sigure și de calitate.

De asemenea, sistemul de sănătate din România este deficitar în domeniul patologiilor complexe, precum transplantul și tratamentul marilor arși. În prezent, nu mai există niciun

centru acreditat pentru transplant pulmonar, iar copiii au acces doar la transplant renal, pentru restul tipurilor de transplant aceștia fiind transferați în străinătate. Ministerul Sănătății are un parteneriat cu Italia pentru transplant pulmonar și lucrează la un acord de parteneriat cu Franța pentru cursuri de formare și schimb de experiență pentru medici.

În ceea ce privește construirea și dotarea centrelor de arși, Ministerul Sănătății a încheiat contracte de proiectare pentru 3 centre de arși în țară (București, Timișoara și Târgu Mureș), investiții finanțate prin acordul de împrumut dintre România și Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare (BIRD), ratificat prin Legea nr 179/2014.

Însă, în ceea ce privește transplantul, cu toate că s-au realizat investiții în formarea personalului medical, nu s-au făcut investiții majore în infrastructura aferentă domeniului. Atât în București, cât și în Cluj-Napoca, autoritățile publice locale au demarat elaborarea documentațiilor tehnico-economice pentru construirea de centre de transplant, nefiind însă incluse încă într-un program de finanțare.

Pentru întărirea capacității de implementare a investițiilor în infrastructura publică de sănătate, Ministerul Sănătății va înființa ANDIS (Agenția Națională pentru Dezvoltarea Infrastructurii în Sănătate - detaliată la R2). Aceasta va fi operațională până în al doilea semestru al anului 2022.

Ministerul Sănătății a identificat proiectele potențiale, în scopul evaluării eligibilității finanțării acestora prin fonduri PNRR, în funcție de solicitările unităților administrative teritoriale și ale spitalelor din subordinea Ministerului Sănătății. Selecția proiectelor care fac obiectul finanțării prin PNRR se face în baza unei metodologii de prioritizare. Metodologia va fi elaborată cu ajutorul unor experți și supusă unei aprobări interministeriale.

Prioritizarea investițiilor în infrastructura spitalicească (prevăzute la Punctele I2.1 și I2.2)

Includerea proiectelor în lista proiectelor finanțate prin PNRR este propusă de către Ministerul Sănătății, respectând prevederile metodologiei de prioritizare. Aceasta listă este supusă aprobării prin hotărâre de guvern. Înaintarea acestor propuneri spre aprobare (prin hotărâre de guvern) se face fie într-o singură etapă, fie prin mai multe hotărâri de guvern, în funcție de gradul de maturitate a proiectelor vizate.

Metodologia întocmită are în vedere, printre altele, și următoarele criterii:

1. clasificarea proiectelor propuse ca proiecte de investiții de importanță considerabilă în infrastructura de sănătate publică, inclusiv prin vizarea patologiilor considerate prioritare (având, de asemenea, în vedere obiectivele prevăzute în master planurile regionale și în Strategia Națională de Sănătate);
2. gradul de maturitate a proiectelor de investiții în infrastructura spitalicească publică (detaliat mai jos);
3. calendarul estimativ de implementare a investiției;
4. procentul componentelor verzi⁸ și digitale ale investițiilor propuse.

În evaluarea criteriului (2), privind gradul de maturitate a proiectelor de investiții în infrastructura spitalicească publică, se vor avea în vedere următoarele elemente principale:

⁸ Cel puțin 25% dintre investiții (ca număr și nu ca valoare) vor respecta condițiile NZEB-20%, respectând prevederile legale naționale aplicabile.

- a) existența dreptului de proprietate sau a altui drept asupra terenului care permite realizarea lucrărilor de construcții, confirmat prin înscrierea ca atare în cartea funciară;
- b) asigurarea accesului la teren;
- c) existența certificatului de urbanism și a avizelor și acordurilor necesare în cadrul procedurii de emitere a autorizației de construire;
- d) emiterea acordului de mediu;
- e) stadiul de elaborare a Studiului de Fezabilitate (SF)/ Documentație de Avizare a Lucrărilor de Intervenție (DALI)/ Proiect Tehnic/ DTAC.
- f) alternativ punctului e), selecția acestor proiecte în urma unui concurs de soluții.

Evaluarea gradului de maturitate a proiectelor în baza criteriilor enumerate la aliniatele e) și f) are în vedere următoarele aspecte:

- Structura SF/DALI presupune elaborarea, la un stadiu avansat, a documentațiilor tehnico-economice (deviz, soluția tehnică, avize);
- Selecția în urma concursului de soluții se face pe baza unei documentații similare ca nivel de detaliere cu Studiul de Fezabilitate.

Proiectele în infrastructura spitalicească publică selectate este clasificată în două categorii, în funcție de gradul de maturitate a acestora: proiecte de rezervă și proiecte principale. Proiectele de rezervă vor avea îndeplinită cel puțin existența dreptului de proprietate sau a altui drept asupra terenului care permite realizarea lucrărilor de construcții, confirmat prin înscrierea ca atare în cartea funciară și asigurarea accesului la teren. Proiectele principale vor fi acelea care, în evaluarea gradului de maturitate, vor îndeplini mai multe criterii decât cele aplicabile proiectelor de rezervă.

Finanțarea investițiilor eligibile în infrastructura spitalicească (prevăzute la Punctele I2.1 și I2.2)

Indiferent de gradul de prioritate a proiectelor analizate, având în vedere că valoarea agregată a solicitărilor de finanțare cuantificate depășește 200% din valoarea bugetului alocat, Ministerul Sănătății are în vedere finanțarea parțială prin PNRR a proiectelor propuse, în funcție de valoarea totală a proiectului propus. Finanțarea parțială presupune acoperirea prin fonduri PNRR a unei cote de 60% până la 95% din valoarea totală a proiectului, urmând ca restul costului proiectului, până la 100%, să fie acoperit din alte surse de finanțare (în funcție de sursele disponibile administratorului unității spitalicești în cauză). Finanțarea parțială a proiectelor eligibile nu va afecta respectarea tuturor cerințelor de eligibilitate aplicabile în integralitatea lor, inclusiv termenul de finalizare a investițiilor.

Prin această sub-investiție, prin finanțare parțială, se vor construi 25 de spitale noi sau unități spitalicești. Dintre cele 25 de noi spitale sau unități spitalicești, 19 clădiri vor respecta cerințele de eficiență energetică aproape zero (NZEB), conform legislației naționale, și 6 vor respecta cerințele privind necesarul de energie primară cu cel puțin 20 % mai mic decât cerința pentru clădirile al căror consum de energie este aproape egal cu zero (NZEB), în conformitate cu legislația națională, și vor fi asigurate prin certificate de performanță energetică.

Astfel, din valoarea totală a investițiilor în infrastructura spitalicească publică investițiile care respectă standardele de eficiență energetică NZEB-20% sunt în valoare totală de 571,00 mil. euro, iar cele care au standarde de eficiență energetică NZEB sunt în valoare de 518,00 mil. euro.

Etapele parcurse de Ministerul Sănătății până în prezent:

Ministerul Sănătății a centralizat solicitările de la autoritățile publice din toată țara pentru includerea în PNRR a investițiilor în infrastructura spitalicească: aproximativ 200 de investiții în reabilitare, extindere sau construcții noi.

În urma centralizării, Ministerul a întocmit o listă preliminară cu acele investiții care, pe de-o parte au proiecte avansate (sunt cel puțin la faza de elaborare a SF/DALI) și, pe de altă parte, vizează patologii considerate prioritare, rezultând un număr preliminar de 40 de proiecte care au generat estimarea alocării bugetului pentru I2.

Ministerul a transmis, la începutul lunii mai, o solicitare de clarificări către beneficiarii celor 40 de proiecte, chestionând statusul actual al elaborării proiectelor, procentul componentelor verzi și digitale ale investițiilor, precum și calendarul estimat pentru finalizarea implementării investiției.

În funcție de nivelul de avansare a proiectelor, în T3-T4 2021 Ministerul Sănătății va selecta și va propune spre aprobare prin hotărâre de guvern aproximativ 30 de proiecte care vor fi finanțate parțial prin PNRR, în urma evaluării documentațiilor tehnico-economice.

Propunerile vor fi aprobate prin una sau mai multe hotărâri de guvern, în funcție de gradul de maturitate a proiectelor vizate, dar și de evoluția stadiului proiectelor în perioada de desfășurare. Proiectele care nu trec de selecția din T3-T4 2021 vor fi menținute în lista proiectelor de rezervă. Dacă proiectele din lista proiectelor principale nu reușesc să parcurgă în timp util etapele de elaborare a documentației tehnice, dar unele dintre proiectele din lista proiectelor de rezervă reușesc să parcurgă mai rapid aceste etape, acestea vor lua locul celor dintâi la finanțare.

Ministerul Sănătății, prin ANDIS, va furniza autorităților publice locale care solicită acest lucru, contracte cadru pentru serviciile de proiectare și asistență pentru elaborarea caietelor de sarcini.

I2.2.constă în dotarea spitalelor sau a unităților spitalicești nou construite cu echipamente și dispozitive medicale, precum: echipamente pentru secții generale și de specialitate pentru echipamente de secție chirurgicală, sală de tratament, camere de izolare (inclusiv pentru boli infecțioase și unități de arși), camere pentru pacienți, stații de îngrijire medicală, facilități pentru personalul medical, camere pentru medicamente, camere pentru sterilizare, camere pentru terapie intensivă, camere pentru izolarea CCU, facilități de reabilitare, depozitare, gestionare a deșeurilor, facilități de urgență și de resuscitare, etc, pentru un total estimat de 5.131 paturi de spital, precum și echipamente IT pentru un total estimat de 6.365 de paturi de spital. Echipamentele medicale pot include: paturi, unități de decontaminare, echipamente IT, cărucioare de impact, defibrilatoare, pompe de perfuzie, sisteme de monitorizare fiziologică (inclusiv consolă centrală), sisteme de monitorizare fiziologică pentru îngrijirea acută, ventilatoare pentru unități de terapie intensivă, sisteme de scanare de uz general, etc.

Pentru a asigura coerența cu informațiile de stabilire a costurilor din cadrul acestei investiții, în cadrul celor două sub-investiții I1.1 și I2.2. vor fi atinse și următoarele obiective:

- cel puțin 1500 de paturi în clădirile NZEB,
- cel puțin 1300 de paturi în clădiri NZEB-20% (clădirile care respectă necesarul de energie primară cu cel puțin 20% mai mic decât cerința pentru clădirile al căror consum de energie este aproape egal cu zero (NZEB),

- cel puțin 5500 de paturi echipate,
- cel puțin 5500 de paturi care au echipamente IT noi.

I2.3. Secții de terapie intensivă pentru nou-născuți

Această activitate vizează:

- Extinderea capacității infrastructurii spitalicești dedicată îngrijirii pacientului critic neonatal (a) cu 124 de paturi adiționale (preponderent cazuri de grad 3) – inclusiv infrastructura și echipamente aferente, (b) dotarea cu echipamente medicale adecvate pentru 90 de paturi existente și îmbunătățirea programului de screening (investiții în beneficiul a 25 de unități spitalicești dintre cele 69 vizate pentru întreaga investiție);
- îmbunătățirea programului de screening, prin dotarea infrastructurii existente cu: mixer de aer-oxigen pentru sala de naștere și pentru cezariană, monitor SN, monitor SOC, ventilator de transport cu FiO2 reglabil 21-100%, incubator de transport, dispozitiv laser, retcam pentru transport, oftalmoscop indirect, inclusiv instrumente;
- achiziționarea a 12 unități mobile de terapie intensivă neonatală (nivel 3);
- construirea și dotarea a 8 centre regionale de formare (100 mp fiecare) pentru pacienții neonatali critici.

Echipamentul pentru centrele de formare va consta în:

- manechine și simulatoare didactice necesare în programele de formare, cum ar fi simulator complex, cu module multiple pentru scenariile de ventilație mecanică, simulator pentru ecocardiografie, simulator cu feedback chinestezic pentru endoscopie și colonoscopie,
- simulator pentru bronhoscopie bazat pe realitate virtuală, simulator ECMO,
- simulator pentru intervențiile de urgență și resuscitare a nou-născutului - model avansat și simulator și kituri pentru detecția anomaliilor congenitale,
- manechin de ventilație mecanică.

Acest demers va îmbunătăți accesul la tratament al nou-născuților cu afecțiuni critice, de la 64% la 83%.

Au fost identificate 69 de spitale (de urgență, județene, municipale, de obstetrică-ginecologie) și institute care ar beneficia de această măsură. Capacitatea curentă a acestora și nevoile de dotare, în ceea ce privește capacitatea existentă de paturi pentru nou-născuți cu afecțiuni critice, diferă de la un spital/institut la altul.

În ceea ce privește unitățile mobile de terapie intensivă neonatală de Nivel III, România nu deține, în acest moment, astfel de echipaje. Se urmărește dotarea fiecărui centru regional cu o astfel de unitate, care ar permite transportul în siguranță al pacienților neonatali în stare critică, în funcție de necesitate.

Cele 8 centre de training planificate au ca scop formarea continuă a cadrelor medicale pentru tratarea corespunzătoare a pacienților neonatali în stare gravă, inclusiv reevaluarea periodică a acestor cadre.

I2.4. Echipamente și materiale destinate reducerii riscului de infecții nosocomiale.

Recomandarea semestrială a Consiliului din mai 2020, COM/2020/523 final, specifică României, de a "[consolida] reziliența sistemului de sănătate, inclusiv în ceea ce privește

personalul medical și produsele medicale, și să îmbunătățească accesul la serviciile de sănătate” are la bază, așa cum se menționează, printre altele, în același document: ”infrastructura medicală vetustă [...] și gradul limitat de continuitate și de integrare între diferitele niveluri de îngrijire”.

Aceste probleme, evidențiate și accentuate de trecerea recentă prin pandemia de COVID-19, necesită o rezolvare urgentă și de durată.

Cadrul legislativ intern recent adoptat, precum Legea 3/2021 privind prevenirea, diagnosticul și tratamentul infecțiilor asociate asistenței medicale, consideră drept unele dintre măsurile principale *”organizarea în unitățile medicale de spitalizare continuă a unor structuri funcționale de boli infecțioase pentru izolarea/gruparea și tratarea pacienților cu IAAM determinate de microorganisme MDR și cu infecții cu Clostridium difficile”, precum și ”definirea și dezvoltarea laboratoarelor de referință și a celor cu capacitate de investigații și analize microbiologice specializate”.*

Finanțarea organizării unor structuri funcționale de boli infecțioase în cadrul spitalelor din România va corecta un dezechilibru sistemic specific țării noastre în ceea ce privește distribuția paturilor dedicate pacienților septici în unitățile pluridisciplinare, actualmente preponderent disponibile în spitale monospécialitate și ne va aduce mai aproape de modelul funcțional din majoritatea țărilor UE.

În măsura în care aceste structuri vor fi dotate la nivelul standardelor internaționale în ceea ce privește asigurarea izolării pacienților (saloane cu un singur pat), a precauțiilor suplimentare de contact (accesul la echipament personal de protecție, produse medicale pentru asigurarea asepsiei, educația continuă a personalului în privința igienei), a precauțiilor suplimentare pentru transmiterea respiratorie sau prin aerosoli (echipament special de protecție, camere/saloane cu presiune negativă), aceste investiții vor conduce, pe termen lung, la consolidarea sistemului de sănătate din România și la reducerea impactului major pe care circulația germenilor multi-rezistenți la antibiotice îl are, nu doar la nivel național.

În același context, îmbunătățirea capacității și capabilității laboratoarelor de microbiologie, prin dotarea cu analizoare automate sau semi-automate de identificare a micro-organismelor și de efectuare a antibiogramelor, însoțită de implementarea extinsă și uniformă a standardelor europene de interpretare (EUCAST), vor reduce din vulnerabilitățile sistemului de sănătate din România, prin creșterea calității rezultatelor obținute și vor contribui la integrarea rezultatelor monitorizărilor și a studiilor de cercetare la nivel european.

Cel puțin 25 de spitale publice vor beneficia de echipamente și materiale pentru a reduce riscul de infecții asociate asistenței medicale.

De asemenea, în vederea prevenirii infecțiilor asociate asistenței medicale se urmăresc investiții în spitalele existente în controlul microbiologic al aerului din blocurile operatorii și din unitățile de terapie intensivă, prin instalații specifice de aer condiționat, instalații de dezinfectare a personalului medical, precum și echipamente de decontaminare a mediului și pentru sterilizare.

Beneficiari:

- Unitățile Sanitare din subordinea Ministerul Sănătății
- Unitățile Sanitare din subordinea UAT-urilor

Grup țintă:

- personalul unităților sanitare care au beneficiat de finanțare
- pacienții care au beneficiat de servicii medicale în unitățile sanitare în cadrul cărora s-au făcut investiții

Contribuția la Pilonul european al drepturilor sociale:

Investițiile în infrastructura spitalicească corespund principiului 16 al Pilonului. Acestea vor contribui la consolidarea rețelei de infrastructură spitalicească care vine în întâmpinarea obiectivului de reziliență al sistemului medical. Efectele acestor investiții vor consta în reducerea timpului de așteptare pentru a beneficia de asistență medicală; reducerea inegalităților în materie de sănătate pe criterii sociale, teritoriale și economice. Din punctul de vedere al efectuării actului medical, investiția va conduce la îmbunătățirea condițiilor de muncă pentru lucrătorii medicali (cu incidență asupra Principiului 10), la diminuarea barierelor și a decalajelor în ceea ce privește accesul la asistență medicală, precum și la reducerea riscului de infecții în mediul de spital (Principiul 16 - din perspectiva bunei calități).

Investițiile în infrastructura spitalicească publică vor asigura elementele de accesibilizare pentru persoanele cu dizabilități și nevoi speciale (Principiul 17). Vor fi respectate astfel prevederile normativelor naționale în domeniu, iar acolo unde va fi cazul vor fi identificate, testate și implementate soluții inovative de accesibilizare.

Din punct de vedere empiric, această categorie de investiții va asigura premisele necesare îmbunătățirii situației privind următorii indicatori relevanți ai tabloului de bord social european revizuit:

- Speranța de viață sănătoasă la vârsta de 65 de ani: femei și bărbați;
- Mortalitatea standardizată din cauze tratabile sau care pot fi prevenite (ODD);
- Nevoi de asistență medicală nesatisfăcute auto-raportate.

Complementaritate:

Investițiile propuse în PNRR vor contribui la atingerea țăntelor din master-planurile regionale și din Strategia Națională de Sănătate și vor fi complementare investițiilor în construirea celor 3 spitale regionale din Cluj-Napoca, Iași și Craiova și investițiilor noi în infrastructura cu impact teritorial major prevăzute în Programul Operațional Sănătate, Prioritatea 1, precum și cu Prioritatea 4 Creșterea eficienței sectorului medical prin investiții în infrastructură și servicii. Proiectele care vor face obiectul finanțării prin Programul Operațional Sănătate nu vor putea fi finanțate, în același timp, prin fonduri PNRR, sau invers.

Asistență tehnică:

În cadrul investiției propuse este prevăzută asistență tehnică finanțată din alte surse decât PNRR.

Ajutor de stat:

Această investiție este destinată spitalelor publice care fac parte din sistemul național de sănătate, urmărind un obiectiv social, susținut de principiul solidarității, care funcționează sub supravegherea statului, finanțat direct din contribuții de asigurări sociale și alte resurse de stat

și care furnizează servicii gratuite pe baza acoperirii universale. Așadar, intervenția nu face obiectul reglementărilor din domeniul ajutorului de stat.

Calendar:

Activități	2021	2022		2023			2024		2025		2026	
	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	
Desfășurarea procesului de selecție a proiectelor	■	■										
Încheierea contractelor pentru Proiect Tehnic, Documentație Tehnică pentru obținerea Autorizației de Construire, Detalii de Execuție, Verificatori de proiect	■	■										
Elaborarea Proiectului Tehnic+ Documentației Tehnice pentru obținerea Autorizației de Construire + Detalii de Execuție		■	■	■								
Încheierea contractelor de execuție de lucrări și dirigenție de șantier			■	■	■							
Execuția lucrărilor de construire		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Achiziția echipamentelor/dotărilor medicale			■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Recepția lucrărilor de construcție + instalarea și punerea în funcțiune a echipamentelor/dotărilor medicale								■	■	■	■	■
Dotarea spitalelor publice cu echipamente și materiale destinate reducerii riscului de infecții asociate asistenței medicale		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	

Investiția 3: Crearea unui sistem integrat de eHealth și telemedicină

Investiția 3 este detaliată în Componenta Digitală.