

CCI	
Title in EN	Health Operational Programme
Title in national language(s)	Programul Operațional Sănătate
Version	1
First year	2021
Last year	2027
Eligible from	1 ianuarie 2021
Eligible until	31 decembrie 2027
Commission decision number	
Commission decision date	
Member State amending decision number	
Member State amending decision entry into force date	
Non substantial transfer (art. 19.5)	Yes/No
NUTS regions covered by the programme (not applicable to the EMFF)	
Fund concerned	ERDF
	FSE+

Cuprins

1. Strategia programului: principalele provocări de dezvoltare și răspunsurile de politică publică	4
2. Priorități	33
Tabelul 1: Structura programului *	33
2.1. Prioritatea 1: Investiții pentru construirea spitalelor regionale și infrastructuri spitalicești noi cu impact teritorial major	35
2.1.1. FEDR - OS (iv) Asigurarea accesului egal la asistență medicală prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv la asistență medicală primară	36
2.1.2. FSE+ - OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung	38
Indicatori	40
2.2. Prioritatea 2: Servicii de asistență medicală primară, comunitară și servicii oferite în regim ambulatoriu	43
2.2.1. FEDR - OS (iv) Asigurarea accesului egal la asistență medicală prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv la asistență medicală primară	44
2.2.2. FSE+ - OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung	45
Indicatori	49
2.3. Prioritatea 3: Servicii de reabilitare, paliativ și îngrijiri pe termen lung adaptate fenomenului demografic de îmbătrânire a populației și profilului epidemiologic al morbidității	55
2.3.1. FEDR - OS (iv) Asigurarea accesului egal la asistență medicală prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv la asistență medicală primară	56
2.3.2. FSE+ OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung	57
Indicatori	61
2.4. Prioritatea 4: Creșterea eficacității sectorului medical prin investiții în infrastructură și servicii	65
2.4.1. FEDR - OS (iv) Asigurarea accesului egal la asistență medicală prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv la asistență medicală primară	66
2.4.2. FSE+ - OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung	67
Indicatori	73
2.5. Prioritatea 5: Abordări inovative în cercetarea din domeniul medical	78
2.5.1. FEDR - SO (i) dezvoltarea capacităților de cercetare și inovare și adoptarea tehnologiilor avansate	79
Indicatori	81
2.6. Prioritatea 6: Digitalizarea sistemului medical	82
2.6.1. FEDR - OS (ii) Fructificarea avantajelor digitalizării, în beneficiul cetățenilor, al companiilor și al guvernelor	83
Indicatori	84

2.7. Prioritatea 7: Măsuri care susțin cercetarea, informatizarea în sănătate și utilizarea de metode moderne de investigare, intervenție, tratament	85
2.7.1. FEDR - OS (iv) Asigurarea accesului egal la asistență medicală prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv la asistență medicală primară.....	86
2.7.2. FSE+ - OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung	87
Indicatori.....	89
3. Plan financiar	91
Transferuri și contribuții	92
Tabel 15: Contribuții la InvestEU*	93
Tabel 16: Transferuri la instrumente gestionate direct sau indirect*	94
Table 17: Transfers between shared management funds*	95
Alocări financiare pe an.....	97
Alocări financiare pe fond	98
4. Condiții prealabile	107
5. Autoritățile programului.....	109
6. Parteneriatul	110
7. Comunicare și vizibilitate.....	112
8. Utilizarea de costuri unitare, rate forfetare, sume forfetare și finanțare care nu este legată de costuri ..	114
<i>Anexa 1: Contribuția uniunii pe bază de costuri unitare, sume forfetare și rate forfetare. Machetă pentru transmiterea datelor pentru a fi luate în calcul de către CE (articolul 88)</i>	<i>115</i>
<i>Anexa 2a: Lista operațiunilor planificate de importanță strategică – Articolul 17(3).....</i>	<i>133</i>

1. Strategia programului: principalele provocări de dezvoltare și răspunsurile de politică publică

Reference: Article 17(3)(a)(i)-(vii) and 17(3)(b) CPR

Domeniul sănătății publice, obiectiv de interes social major, a fost identificat ca prioritar pentru investițiile din fonduri nerambursabile, fiind menționat în acest sens în cadrul mai multor documente strategice (Strategia Națională de Cercetare, Dezvoltare și Inovare (SNCDI), Strategia Națională de Competitivitate (SNC), Strategia Națională de Dezvoltare Durabilă (SNDD), Strategia Națională de Sănătate *SNS etc.).

Conform Raportului de țară pentru România din 2019 (RȚ), sistemul de sănătate se confruntă cu mai multe probleme, printre care:

- întârzieri în ceea ce privește realizarea reformelor în domenii-cheie precum întărirea capacității în asistența medicală primară și dezvoltarea asistenței medicale comunitare prin crearea centrelor de asistență medicală comunitară integrate (CCI) , dar și construirea spitalelor regionale;
- capacitatea administrativă limitată la nivelul Ministerului Sănătății și a autorităților de sănătate publică locale;
- planificarea deficitară a investițiilor și angajamentul politic redus care contribuie la întârzierea reformelor;
- Sistemul de îngrijiri ambulatorii este în continuare subutilizat, transferul serviciilor medicale acordate în spital către sistemul de sănătate ambulator este în continuare lent și fragmentat.
- serviciile sociale, de ocupare a forței de muncă, de sănătate și de educație slab integrate;

România se situează în categoria statelor cu venit mediu-ridicat, cu un venit brut anual per capita de 9.970 USD și o populație de aprox. 19.5 milioane de locuitori (2018). Populația României a înregistrat un declin anual de aprox. 0,6% din anul 1990. **Rata de fertilitate scăzută, mortalitatea prematură, rata accentuată a migrației, în special a categoriilor de vârstă activă, produc o structură demografică îmbătrânită.**

Rata de dependență¹ a crescut constant de la 612,9‰ (2009) până la 691,8‰ (2018). În perioada 2009-2018 ponderea grupelor de vârstă 0-14 ani și 65+ ani a crescut, iar cea a populației din grupa de vârstă 15-59 ani a scăzut, **determinând o rată de dependență, după vârstă, crescută.**

Proporția populației din mediul rural este 43,6%. Raportul procentual urban/ rural era de 1,28% în 2018. **În 28 de județe, în special din regiunile de Nord Est și Muntenia Sud ponderea populației care locuiește în mediul rural este mai mare².**

Distribuția pe regiuni în profil teritorial a populației în anul 2018 nu este uniformă, **cele mai populate regiuni, exceptând București-Ilfov, sunt: regiunea Nord-Est, Regiunea Sud- Muntenia,** iar cele mai slab populate sunt regiunile: Vest și Sud-Vest, aceasta fiind reflectată și prin densitățile de populație pe regiuni.

Regiunile Sud Muntenia, Sud Vest și Sud Est au suferit depopulări importante în perioada 2012-2018 , în timp ce în regiunea București-Ilfov se constată o creștere a populației cu 15,2 locuitori pe km² .

Rata natalității/ speranța de viață sănătoasă/ rata mortalității

Rata natalității (2018) este 8,6 născuți vii la 1000 locuitori, mai mică decât în 2009 (9,9 născuți vii la

¹ INS, 2018, baza de date TEMPO-online, accesat aprilie 2020

² INS, 2018, baza de date TEMPO-online, accesat aprilie 2020

1000 locuitori). Ratele de natalitate sunt neuniforme la nivelul județelor, variind de la 6,5 născuți vii ‰ locuitori în județul Teleorman până 11,4 născuți vii ‰ locuitori în județul Ilfov. Speranța de viață la naștere în România este de 75,8 ani, la femei este de 79,4 ani, iar la bărbați este 72,4 ani (2018). Speranța de viață³ a crescut cu 2,12 ani față de anul 2009.

Există diferențe semnificative în speranța medie de viață pe medii de rezidență. **În anul 2018, speranța medie de viață este de 77,1 ani în mediul urban, față de 74,3 ani, în mediul rural.**

Diferența⁴ în speranța de viață la 30 de ani, în funcție de nivelul de studii este de 3,8 ani la femei (față de 4,1 ani media UE) și de aproape 10 ani la bărbați față de 7,6 ani media UE.

Speranța de viață sănătoasă, s-a menținut în ultimii ani la 59 ani, **cu aproximativ 5 ani mai mică față de media UE 28.**

Rata de fertilitate este de 35,1 născuți vii la ‰ femei de 15-49 ani. În perioada 2009-2018 aceasta rată nu a depășit niciodată 40 născuți vii la 1000 femei de 15-49 ani, cu un minimum de 34,6 născuți vii la 1000 femei de 15-49 ani în anul 2011 și un maximum de 38,7 născuți vii la 1000 femei de 15-49 ani în anul 2009.

Există o proporție ridicată a nașterilor la vârste sub 19 ani. În anul 2016, din totalul de 185.006 nașteri, aproximativ 10% s-au înregistrat la vârste sub 19 ani. Din totalul de 18.248 de nașteri înregistrate la vârste sub 19 ani, 3,4% sunt la vârste sub 15 ani. Aceste date arată faptul că 1 din 10 nașteri este experimentată de femei de vârstă minoră.

În anul 2018, numărul deceselor a fost de 263.463, reprezentând o rată brută de mortalitate de 11,9‰ locuitori. **În mediul rural, rata mortalității⁵ este de 14,2‰, față de 10,1‰ în mediul urban. În perioada 2009-2018, rata brută a mortalității a fost constant mai ridicată în mediul rural. .**

Sănătatea mamei și copilului

Mortalitate infantilă continuă să scadă de la 10,1 la 1000 născuți vii în anul 2009 la 6,4‰ născuți vii în 2018, **însă se menține peste valoarea mediei UE28 de 3,6 ‰ născuți vii.**

Decesele copiilor sub un an continuă să scadă, de la 2.250 decese în anul 2009 la 1.215 decese în anul 2018, astfel încât rata mortalității infantile este în scădere semnificativă, de la 10,1 la 1000 născuți vii în anul 2009 la 6,4‰ născuți vii în 2018, mai mică cu 3,7‰ față de 2009.

În 2018 mortalitatea infantilă în mediul rural 7,8‰ născuți vii este peste media națională și mai mare față de mediul urban unde se înregistrează 5,2 ‰ născuți vii.

Mortalitatea infantilă are valori diferite între regiunile de dezvoltare, cu un maximum de 7,6‰ născuți vii în regiunea Nord –Est și un minimum de 3,7 ‰ născuți vii în regiunea București-Ilfov.

Rata mortalității materne (2018) este de 0,1 la 1000 născuți vii, mult peste media UE 28, 0,05 la 1000 născuți vii. Mortalitatea maternă în mediul rural este considerabil mai mare, 0,12 la 1000 născuți vii față de cea din mediul urban de 0,08 la 1000 născuți vii.

Mortalitatea maternă⁶ este de aprox 15 ori mai ridicată în categoria femeilor aparținând minorităților etnice.

Din totalul de 185.006 nașteri înregistrate în România în anul 2016, 18% din mediul rural și 23% din mediul urban nu au beneficiat de niciun consult prenatal pe parcursul sarcinii².

Decese din boli tratabile

Numărul de decese prin boli tratabile este de 54.083 din care: 30,4% se produc prin boala ischemică cardiacă, 21,7 prin boală cerebrovasculară, 12,6% prin boală hipertensivă, 6,7% se produc prin

³ INS, 2018, baza de date TEMPO-online, accesat aprilie 2020

⁴ INS, 2018, baza de date TEMPO-online, accesat aprilie 2020

⁵ INS, 2018, baza de date TEMPO-online, accesat aprilie 2020

⁶ WHO/EURO, Roma Health – Case Study Series nr. 1, 2013

cancer colorectal, 4,2% prin cancer de sân (2018).

Decesele prevenibile⁷ (sensibile la intervenții de sănătate publică) sunt per total în număr de 64.717 și se produc în număr mai mare în mediul urban (33.193), față de 31.524 în mediul rural.

Din totalul **deceselor prevenibile, 25,4% se produc prin boală ischemică cardiacă, 11,9% prin boli cauzate de consumul de alcool, 11,9% prin cancer bronhopulmonar, 5,6% prin cancer colorectal și 3,5% prin cancer de sân**⁵.

Atât rata de mortalitate prin boli prevenibile, cât și cea prin boli tratabile care pot fi influențate prin tratament sunt cu mult peste cele ale UE 28.

În 2018 principalele cauze de mortalitate au fost: bolile aparatului circulator, cancerul, boli ale aparatului respirator și cele ale aparatului digestiv.

Mortalitatea specifică⁸ la 100.000 loc. pe principalele afecțiuni a fost determinată de: boli ale aparatului circulator (673,4/100.000 loc.), tumori 232,9/100.000 loc.), boli ale aparatului respirator (77/100.000 loc., boli ale aparatului digestiv (9,8/100.000 loc), traumatisme/ otrăviri (44,8/100.000 loc.), boli endocrine, nutriție, metabolism (13,4/100.000 loc.).

Primii 5 factori de risc care produc dizabilitate și decese sunt, în ordine: *hipertensiunea arterială, alimentația nesănătoasă, fumatul, consumul de alcool, indicele de masă corporală crescute*.

Cheltuielile pentru sănătate în România sunt cele mai scăzute din UE atât pe cap de locuitor (1.029 euro, media UE fiind de 2.884 euro), cât și ca procent din PIB (5% față de 9,8% în UE)⁹. În termeni absoluți, cheltuielile din toate sectoarele sunt scăzute, iar sistemul de sănătate este subfinanțat într-o măsură semnificativă. Cheltuielile cu asistența medicală preventivă au crescut ușor în ultimii ani, de la 1,3% din bugetul public de sănătate în 2011 la 1,7% în 2017. Cu toate acestea, finanțarea domeniului preventiv nu permite dezvoltarea și nu reflectă importanța acestuia.

Indexul accesului la îngrijiri de sănătate și al calității serviciilor s-a modificat de la 66,8 în anul 2000, la 78,3 în 2016. Acest scor este mai mic decât în majoritatea statelor UE (82,1 în Ungaria, 90,4, Grecia, 91 Franța).

46% din populație are acces la o consultație medicală: 45% la medicul de familie și 17% la un medic specialist și 4% la o internare la spital. Accesibilitatea¹⁰ la consultațiile medicale se situează mult sub media UE28: 78% din populație are acces la o consultație medicală, 71% la o consultație la medicul de familie, 47% la un medic specialist și 10% la o internare la spital.

Servicii preventive

Accesul la servicii preventive este în continuare limitat, deficitar, inechitabil și neuniform din punct de vedere al calității serviciilor oferite.

- cancerul de col uterin: doar 27% din femei au acces. Acest procent scade la 13% în rândul femeilor cu venituri mici
- cancerul de sân: doar 7% din femeile de vârstă 50-69 ani au acces la mamografie. Procentul scade la 2% în cazul femeilor cu venituri scăzute
- cancerul colorectal: doar 6% din populația din grupa de vârstă 50-69 ani au acces la un examen de depistare a cancerului colorectal
- consultație la medicul stomatolog: 15% în România, față de 59% media EU28
- vaccinare anti-gripală: 6% față de media UE28 de 37%.

⁷ INSP-CNEPSS, Raportul Stării de Sănătate, 2018

⁸ INSP-CNEPSS, Raportul Stării de Sănătate, 2018

⁹ CE, OECD, Profilul de țară din 2019 în ceea ce privește sănătatea

¹⁰ OECD Health Policy Studies, Health for Everyone? Social inequalities in health and health systems, 2019

Tuberculoza/ HIV SIDA

Numărul cazurilor de TBC a scăzut în ultimul deceniu, dar rămâne cel mai ridicat din UE (aprox. 13000 de cazuri în 2017). Peste această situație planează problema tot mai mare a TB multidrog rezistente (TB MDR) și alte provocări care amenință să anuleze succesele recente ale controlului TB, cu costuri umane și financiare severe.

Estimările UNAIDS¹¹ plasează numărul persoanelor cu HIV/SIDA în România în intervalul 14000 – 18000, fiind printre primele locuri în UE.

Asistență medicală primară, asistența comunitară și serviciile oferite în regim ambulatoriu

Se estimează că 86% din populație este acoperită în sistemul asigurărilor de sociale de sănătate, cu variații (94,4% în mediul urban și 75,8% în mediul rural). În rândul populației Roma, doar 50% din cetățenii în vârstă de peste 16 ani beneficiază de asigurare medicală în sistemul asigurărilor sociale de stat¹². 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 medicale¹³.

Este necesară **integrarea serviciilor medicale pentru asigurarea accesului egal și echitabil și pentru asigurarea continuitatea 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 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 insuficient și insuficient pregătit.

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 au niciun medic de familie în comuna în care locuiesc, 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 existentă¹⁴. Cel mai mare excedent este în municipiul București, urmat de alte centre universitare.

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, camerele de gardă ale spitalelor și o utilizare crescută a paturilor de spital și menține sistemul de sănătate centrat pe servicii medicale acordate în spitale.

Personalului 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

¹¹ <http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/Romania.asp>

¹² Romania Systematic Country Diagnostic BACKGROUND NOTE Roma Inclusion, June 2018

¹³ Raportul de activitate CNASS, 2018

¹⁴ Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie, Distribuția cabinetelor și personalului medical de asistență medical primară, 2019

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%)¹⁵.

Asistența medicală școlară

Asistența medicală școlară¹⁶ este asigurată de 757 medici de medicină școlară și 3269 asistenți medicali școlari.

Resurse umane în sănătate/ Indicele de asigurare a populației cu paturi

România are un număr 276,6 de medici la 100.000 pacienți, mult sub media UE28. (2018)

Indicele de asigurare a populației cu paturi este de 6,4 paturi la 1000 locuitori (125.029 paturi în spitale). Acest indice nu a suferit modificări majore în ultimii 10 ani, deși au avut loc reforme succesive. Distribuția paturilor la nivel regional este relativ uniformă, însă existând două valori extreme: 9,3 în regiunea București-Ilfov și 4,8 în regiunea Muntenia-Sud¹⁷.

La nivel județean asigurarea cu paturi de spital este însă mult mai neomogenă; există județe a căror asigurare cu paturi este mult sub media regională; Giurgiu 3; Ilfov, 2,6 sau cu mult peste media regiunii; Covasna 8,9; Hunedoara 8,4.

Serviciile de reabilitare/ recuperare/ Serviciile de îngrijire pe termen lung/ Serviciile de îngrijire paliativă

Serviciile de ÎTL și reabilitare funcționează fragmentat și se confruntă cu o insuficientă clarificare a standardelor de calitate și a rolurilor diversilor furnizori de astfel de servicii. Finanțarea acestor servicii este fragmentată între sectorul social, sănătății, autoritățile publice locale și FNUASS. Numărul centrelor care oferă îngrijiri pe termen lung și servicii de reabilitare este insuficient, distribuit neuniform, existând județe care nu au nici o astfel de unitate¹⁸.

România cu cele 122 de servicii de paliatie pentru adulți și 12 pediatrie, se situează ca număr de servicii la 100.000 locuitori în jumătatea inferioară a clasamentului țărilor investigate. În 2019¹⁹ în România existau 635 de furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu, 9 furnizori de îngrijiri paliative la domiciliu și un furnizor autorizat pentru ambele tipuri de îngrijire la domiciliu.

Majoritatea serviciilor de îngrijiri paliative sunt în unități cu paturi. La nivelul anului 2019 în România în sistem public și privat erau aprobate 2.545 de paturi, din care 55% în sistem. Din cele 2545 de paturi, 1.995 erau contractate de CNAS. Capacitatea de îngrijiri paliative este limitată și concentrată într-un număr redus de unități. Distribuția acestor servicii este extrem de neuniformă: 11 județe nu au servicii de îngrijiri paliative, peste 30% din serviciile de îngrijire paliativă sunt concentrate în regiunea Nord Est. Serviciile existente de îngrijiri paliative la domiciliu, în ambulatoriu, echipe mobile, spital reprezintă 2% din necesarul la nivel național. Resursa umană implicată în astfel de servicii este insuficient pregătită la nivel de bază și specializat.

Investiții în infrastructură și dotări

Infrastructura de sănătate a României și cadrul de furnizare a serviciilor nu au fost adaptate la tehnologiile moderne și nu satisfac nevoile medicale ale populației.

Structura unui spital este frecvent fragmentată în sistem pavilionar, cu structuri situate la distanță unul de celălalt (există situații în care transferul între secțiile aceluiași spital se face cu ambulanța); sunt folosite clădiri vechi (chiar peste 100 de ani) care nu permit integrarea optimă a circuitelor

¹⁵ CE, OECD, Profilul de țară din 2019 în ceea ce privește sănătatea

¹⁶ INSP, CNEPSS, Raportul Stării de Sănătate, 2018

¹⁷ INSP, Raportul Stării de Sănătate, 2018

¹⁸ WHO-EURO, Romania - Country case study on the integrated delivery of long-term care, 2020

¹⁹ Asociația Europeană de Îngrijiri Paliative, *Atlasul Îngrijirilor Paliative în Europa, 2019*

intraspitalicești și creează dificultăți în adoptarea de noi tehnologii din cauza limitărilor fizice ale clădirilor. Adaptarea infrastructurii la nevoia de servicii medicale actuală (ex. *boli netransmisibile, acumularea problemelor de sănătate, complexe de comorbiditate, existența tehnologiilor complexe* etc.) este în multe cazuri imposibilă sau mult mai costisitoare decât construirea unor clădiri noi pentru a consolida activitățile în anumite spitale. Spitalele au, adesea, circuite deficitare ceea ce rezultă într-un control deficitar al infecțiilor nosocomiale.

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.

Capacitatea de diagnostic precoce, intervenții și tratament pentru pacienți necesită investiții pentru actualizare și distribuției ameliorată în teritoriu, atât pentru laboratoarele de diagnostic hematologic, microbiologic, biochimic, anatomo-patologic, cât și cele de imagistică.

România deține 385 aparate de **tomografie computerizată** (2020), asigurând **20 de aparate la 1.000.000 locuitori**. Dintre acestea aprox 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 al 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 2001-2006²⁰.**

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.

Rețeaua de diagnostic de precizie și a medicinei personalizate este subdezvoltată, iar practica personalizării tratamentului care s-a dovedit eficace în îmbunătățirea prognosticului și, de asemenea, cost-eficient pe termen lung **este subtilizată²¹.** În România, în fiecare an se efectuează un număr de 35-40.000 de proceduri utilizând radiofarmaceutice, față de necesarul estimat de 10 ori mai mare²².

Prevenirea și controlul infecțiilor nosocomiale

Ca urmare a elaborării și adoptării **Planului strategic pentru prevenirea și controlul infecțiilor nosocomiale**, începând cu august 2014 a fost implementat la nivel național un sistem de supraveghere a infecțiilor cu *Clostridium difficile* (ICD) care a determinat o creștere a raportării infecțiilor nosocomiale digestive și a numărului total de infecții nosocomiale comunicate. Pe parcursul anului 2015 raportarea ICD s-a îmbunătățit, ajungându-se ca 33% dintre cele 12316 cazuri de IAAM raportate să aibă localizare digestivă, iar numărul de IAAM raportate să crească cu 15,9% față de anul 2014. La nivelul anului 2015 au fost raportate 5845 cazuri de ICD îngrijite în spitale. Tendința la sub-raportare persistă și în cadrul acestui sistem de supraveghere, având în vedere numărul de spitale care nu au raportat cazuri, nivelul extrem de redus al recidivelor (4,9%) și al

²⁰ MS, Analiza de situație a UMP, 2019

²¹ The Swedish Institute for Health Economic Comparator Report on Cancer in Europe, 2019

²² ANCMS, 2019, Investiția în medicina nucleară-Investiție în Siguranța Pacientului

cazurilor cu evoluție severă (6,7%).

Programele de sănătate publică

MS implementează mai multe programe care acoperă nevoi specifice de sănătate. Programele de sănătate publică vizează: *supravegherea bolilor transmisibile prioritare, controlul TBC, HIV/SIDA, vaccinarea, sănătatea mamei și a copiilor, bolile rare și screening-ul pentru cancerul de col uterin și transplantul.*

Sistemul de monitorizare și evaluare al performanței și impactului programelor naționale de sănătate este unul rudimentar, neinformatizat, birocratic, datele colectate sunt nerelevante pentru a măsura impactul intervențiilor de sănătate. Alocările de fonduri sunt discontinue, greu de anticipat, adesea insuficiente fapt care împiedică implementarea eficace a intervențiilor.

Terapie celulară și transplant

Leucemia acută limfoblastică este cea mai frecventă leucemie a copilului.

Limfomul cu celula mare B este cel mai frecvent subtip de limfon nonhodgkinian și reprezintă aprox 25% din toate cazurile de limfoame nonhodgkin, cu o incidență de 3-4 cazuri la 100.000 persoane în Europa.

Spre deosebire de terapiile oncologice convenționale (*chimioterapie, radioterapie, chirurgie*), terapiile celulare reprezintă o metodă nouă de tratament, care folosește capacitatea sistemului imun de a recunoaște și distruge celulele tumorale.

Implementarea terapiilor inovatoare și eficiente în practica medicală hemato-oncologică este o necesitate a zilelor noastre. Terapia CAR-T (chimeric antigen receptor-T) reprezintă o descoperire majoră, fiind totodată terapie celulară, genică și imunologică, prototip de "Medicină personalizată". Este un medicament "viu", personalizat, creat să acționeze toată viața, cu rezultate pozitive durabile în cazul unor pacienți care nu mai aveau alte opțiuni terapeutice. Rezultatele studiilor clinice au generat interes în sfera malignităților hematologice, precum leucemia acută limfoblastică cu celula B (LAL-B), limfom Hodgkin și non-Hodgkin (LH, LNH), leucemie limfoblastică cronică (LLC), leucemie acută mieloidă (LAM) sau mielomul multiplu (MM).

Analiză retrospectivă a unor cohorte observaționale în care pacienții au primit tratament (non-CAR T) pentru Limfom Malign cu Celulă Mare B REFRACTAR/RECAZUT, inclusiv după transplant, arată o rată de răspuns complet de 7% și o supraviețuire de 6, 3 luni (*Crump Blood 2017*). Ratele de răspuns publicate după terapiile CAR-T comerciale este de 40-50%, *cu o supraviețuire fără de boală de 78-79%.*

Transplant

Activitatea de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană este una intens consumatoare de resurse, deci și foarte sensibilă la constrângerile bugetare în contextul resurselor financiare limitate și a priorităților competitive din sănătate, pe lângă limitările legate de acceptabilitatea în rândul populației a donării de organe. În perioada recentă s-a înregistrat o creștere considerabilă a numărului donărilor de la subiecți în moarte cerebrală. Eforturile din ultimii ani pentru reglementarea domeniului transplantului și dezvoltarea centrelor de transplant necesită resurse suplimentare pentru a asigura continuitatea și dezvoltarea consolidată a domeniului.

Boli rare

Grupul heterogen al bolilor rare așa-numit „orfane” a căpătat recent un loc mai important pe agenda de sănătate publică comunitară și națională. Deși afectează un număr relativ redus de persoane din populația generală și au un potențialul limitat de prevenire/ diagnostic precoce, mai ales în contextul unui determinism preponderent genetic (80%), bolile rare pot avea un grad mare de severitate și letalitate precoce înaltă (circa 1/5 din cazurile cu debut în copilărie decedează înaintea vârstei de 5 ani).

Conform estimărilor OMS, hepatitele virale (ciroze și cancere hepatice secundare infecțiilor cu virus B și C) au fost cauza deceselor a peste 1,196 milioane de oameni, ocupând locul 11 pe lista cauzelor principale de decese la nivel mondial. Cu toate că incidența infecțiilor VHB și VHC a scăzut în multe din țările europene datorită implementării programelor eficiente de vaccinare (anti-HVB) și a strategiilor de prevenție eficiente privind transmiterea nosocomială sau utilizarea drogurilor injectabile, studiile de modelare sugerează că morbiditatea și mortalitatea vor continua să crească, cel puțin în anii care vin.

Mortalitatea prin toate bolile hepatice în România în 2015 a fost de 5263 decese, estimată de OMS²³. Astfel, în România, decesele prin boli de ficat secundare infecțiilor cu virus B și C, reprezintă 2.02% din totalul deceselor.

În România, hepatitele virale prezintă o problemă majoră de sănătate publică prin numărul de peste 1400000 de persoane infectate anonime, nedepistate, fără nici un fel de îngrijire medicală țintită pe boală. La acestea se adaugă peste 5500 de persoane decedate prematur în fiecare an prin consecințele hepatitelor virale. Este nevoie urgentă de intervenții de sănătate publică, cum ar fi implementarea unor programe de depistare activă și controlul epidemiei silențioase, reprezentată de infecțiile virale hepatice, dar și de tratarea imediată a pacienților depistați pozitivi în ambulatorii bazate pe principiul *“test and treat”* sau de tratamentul complex al pacienților depistați deja cu ciroza hepatică decompensată sau cu insuficiență.

Sistemul național de transfuzii

Riscurile asociate transfuziei de sânge și componente sanguine pot fi reduse la minimum prin aplicarea unui set de cerințe de siguranță și calitate cuprinzătoare, astfel cum este stabilit în legislația UE. Directiva 2002/98 / CE și directivele Comisiei asociate stabilesc cerințe de calitate și siguranță pentru donarea, colectarea, testarea, prelucrarea, stocarea și distribuirea sângelui uman și a componentelor sanguine pentru transfuzie. Directivele prevăd, de asemenea, cerințe pentru SM să organizeze supravegherea sub formă de sisteme de autorizare, inspecție, vigilență și trasabilitate.

Conform raportului Auditului sistemului de transfuzii de sânge în România, în majoritatea cazurilor, spațiile sunt învechite și inadecvate pentru a permite ca operațiunile să se desfășoare în siguranță, reducând la minimum riscurile și erorile și permițând curățarea și întreținerea eficientă. Echipa de evaluare a putut verifica acest lucru atunci când a vizitat sediul Institutului Național de Hematologie Transfuzională (INHT) și cel al Centrului de Transfuzie Sanguină București care este cel mai mare și un centru strategic pentru transfuziile din România, precum și cele din Craiova și Giurgiu.

Laboratoarele microbiologie (DSP INSP)

Diagnosticul de laborator este o componentă esențială a actului medical, contribuind la stabilirea diagnosticului de certitudine al pacienților și la asigurarea calității și eficienței actului medical. Capacitatea de asigurare a diagnosticului de laborator la standardele de calitate agreate pentru sistemul de sănătate reprezintă o premisă pentru asigurarea furnizării de servicii medicale și pentru garantarea accesului cetățenilor la acestea.

Laboratoarele îndeplinesc funcții de sănătate publică, de exemplu supravegherea și controlul bolilor transmisibile, al infecțiilor asociate actului medical sau a rezistenței la antibiotice, asigurarea unui răspuns coordonat și complet la epidemii, dezastre și/sau amenințări biologice.

Responsabilitățile ce decurg din obligațiile stabilite prin tratate UE și a legislației comunitare în domeniul bolilor transmisibile au fost alocate CNSCBT, ca structură din INSP.

CNSCBT este corespondentul național al CECB și membrul desemnat în Rețeaua europeană de

²³ WHO Health statistics and information systems

supraveghere epidemiologică în domeniul bolilor transmisibile EWRS²⁴

În conformitate cu recomandările ECDC, laboratorul național de referință în domeniul microbiologiei trebuie să îndeplinească cel puțin următoarele funcții-cheie:

- Funcția de referință de diagnostic – cel puțin pentru bolile cu supraveghere obligatorie și care constituie amenințări de sănătate publică la nivelul UE
- să aplice/să utilizeze pentru validare metodele "standard de aur" pentru diagnostic (inclusiv scheme de intercomparare);
- Funcția de referință de resurse – dezvoltă și menține, în acord cu standardele internaționale, o colecție relevantă de materiale specifice pe care le distribuie laboratoarelor de linie (tulpini, culturi, izolate clinice, materiale genetice, etc);
- Funcția de coordonare metodologică și sfat științific pentru laboratoarele de microbiologie de linie;
- Funcția de colaborare, participare la rețele și cercetare științifică;
- Funcția de monitorizare, alertă (în caz de apariția de rezultate/fenomene neobișnuite) și răspuns.

Pentru a îndeplini funcția de laborator de referință, ECDC impune printre condițiile necesare: existența de echipamente și infrastructură adecvate, materiale de bază, resurse și produse adecvate pentru a putea îndeplini funcții și activități alocate laboratorului.

În prezent, funcția de supraveghere a bolilor transmisibile se îndeplinește cu dificultate, prin unele laboratoare din DSP și din unele spitale/institute, iar funcția de referință se asigură fragmentar, parțial prin unele institute clinice, parțial prin unele centre regionale ale INSP și parțial prin Institutul Cantacuzino.

Din punct de vedere al infrastructurii și echipamentelor, laboratoarele DSP-urilor s-au degradat continuu, ultimele investiții mai consistente fiind făcute înainte de aderarea la UE. Analiza nevoilor actuale relevă că existența unor laboratoare regionale de microbiologie și a unui laborator național de referință ar fi suficiente pentru îndeplinirea tuturor responsabilităților.

La nivelul DSP există un număr de 42 laboratoare de diagnostic și investigare în sănătate publică și 17 laboratoare de igiena radiațiilor, iar la nivelul INSP și în CRSP 17 laboratoare funcționale și două laboratoare naționale de referință, cu specific în domeniile: apa potabilă, aliment; sănătate ocupațională și igiena radiațiilor. Aceste laboratoare sprijină exercitarea rolului MS ca autoritate competentă.

Cercetarea în sănătate

Dincolo de finanțarea precară, există numeroase alte probleme ale cercetării în sănătate, legate de vizibilitatea sănătății ca prioritate de cercetare, de adecvarea priorităților de cercetare definite, de transferul și utilizarea efectivă a rezultatelor cercetării în practica medicală, de capacitatea instituțională existentă pentru cercetare.

Se impune ca România să investească mai mult și mai adecvat în cercetare și inovare, având în vedere că cercetarea și inovarea contribuie în general nu doar la o sănătate mai bună, ci și la prosperitate și la calitatea vieții, precum și la obținerea de bunuri publice globale.

La nivel european, obiectivele politicii publice de sănătate se concentrează pe adoptarea unor instrumente și servicii care utilizează tehnologii avansate și care pot îmbunătăți prevenirea, diagnosticarea, tratamentul, monitorizarea și gestionarea informațiilor generate în domeniul sănătății. Un sondaj Eurobarometru din 2018 a arătat că sănătatea este preocuparea publică

²⁴ Early Warning and Response System <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/early-warning-and-response-system-european-union-ewrs>.

numărul unu pentru locuitorii a nouă dintre statele membre UE. În contextul actual, când accentul se pune tot mai mult pe tratamentele, medicina și îngrijirea personalizată, consolidarea CDI în domeniul medical este esențială pentru identificarea de noi ținte terapeutice.

Medicina personalizată²⁵ se referă la un model medical care folosește caracterizarea fenotipurilor și genotipurilor persoanelor (de exemplu, profilare moleculară, imagistică medicală, date despre stilul de viață) pentru elaborarea strategiei terapeutice potrivite pentru persoana potrivită la momentul potrivit și/sau pentru a determina predispoziția la o boală și/sau pentru a oferi în timp util o prevenție specifică.

Conform Raportului Național al Stării de Sănătate a Populației din anul 2017, elaborat de MS, INSP și Centrul Național de Evaluare și Promovare a Stării de Sănătate (CNEPSS), structura populației rezidente pe grupe de vârstă a evidențiat că 18% din populație este peste 65 de ani și 19% între 50-64 ani, acestea fiind și grupele cu o frecvență mai mare la morbidități cronice și implicit cu o susceptibilitate crescută la infecția cu virus gripal.

Creșterea acoperirii vaccinale la nivel național și regional până la nivelul minim recomandat de OMS pentru fiecare vaccin, prin dezvoltarea unei platforme comune de colaborare între autorități, medici și cercetători în domeniu, organizații internaționale cu experiență în acest domeniu, reprezentanți ai companiilor în domeniu, precum și alți factori interesați și construirea unei infrastructuri care are drept scop producția de vaccinuri este necesară atât la nivel național și internațional având în vedere posibilitatea apariției în orice moment a unei pandemii de gripă.

Cancerul este a doua cauză de deces la nivel mondial după bolile cardiovasculare. În 2019, 20 de milioane de oameni au fost diagnosticați cu cancer, iar acest număr se preconizează că va crește până în 2030 pentru a ajunge la aproximativ 25 de milioane pe an. În România incidența, mortalitatea și dinamica afecțiunilor maligne este superioară celei mondiale, europene, înregistrându-se un număr de 90.000 de pacienți oncologici noi pe an²⁶. De aceea, o preocupare majoră în acest domeniu este legată de reducerea semnificativă a incidenței acestor afecțiuni, inclusiv prin realizarea unor acțiuni inovative de cercetare.

Digitalizarea sistemului medical

Potențialul maxim al tehnologiei informației și comunicațiilor (TIC) nu este încă atins în sectorul de sănătate. Chiar dacă, în ultimii ani a crescut **gradul de informatizare a serviciilor de sănătate**, inclusiv la nivel spitalicesc, aceasta **rămâne suboptimal pe mai multe paliere**, în timp ce **managementul programelor naționale de sănătate impune consolidarea registrelor de boală sau constituirea unor registre noi și a soluțiilor informatice eficiente și eficace în monitorizarea rezultatelor programelor naționale de sănătate**. Per total, capacitatea sistemului de colectare, procesare, analiză și raportare a datelor în sistemele informatice sau informaționale existente, dar și valorificarea datelor și informațiilor disponibile în politicile publice sunt deficitare, în timp ce componenta de comunicare către/ accesul la informația relevantă pentru pacient și populație este insuficient dezvoltată.

Se ia în considerare organizarea unui sistem informațional performant pe plan orizontal și vertical care integrează toate componentele sistemului de sănătate (inclusiv resurse umane, management financiar, etc.). Un SIISP cu o arhitectură integratoare, bazat pe aplicații informatice interoperabile permite generarea informațiilor de calitate și utilizarea eficientă lor în elaborarea politicilor de sănătate și managementul performant al sistemului.

Digitalizarea sistemului național de sănătate facilitează centrarea pe pacient și nevoile acestuia, crescând disponibilitatea resurselor și accesibilitatea lor acolo unde sunt mai necesare.

²⁵ Concluziile Consiliului privind medicina personalizată pentru pacienți, (JOUe, 2015/C 421/03)

²⁶ Date INSP (<https://insp.gov.ro/sites/cnepss/date-statistice-cancer>)

Sistemele medicale bazate pe tehnologii specifice **sistemelor tip e-Sănătate** sprijină identificarea și aplicarea de noi strategii și abordări atât în procesele de îngrijire a pacienților, cât și de furnizare a serviciului medical în unitățile medicale, ambulatoriu și în îngrijire comunitară sau la domiciliu pentru bolnavi în stare acută și cronică, persoane cu dizabilități fizice sau mentale diverse, persoane în vârstă sau persoane dezavantajate. Extinderea utilizării sistemelor e-Sănătate va facilita reducerea până la eliminare a discriminării de gen, de sex, de rasă, religie, stare socială sau orice alt criteriu arbitrar, facilitând aplicarea tratamentului egal asupra întregii populații de pacienți.

Accesibilitatea informației și a serviciului medical, facilitată de utilizarea sistemelor e-sănătate, face posibilă intervenția rapidă și informată a cadrelor medicale la fața locului sau de la distanță în situațiile de criză în care sunt solicitate. Disponibilitatea informațiilor medicale și personale ale pacienților facilitează aplicarea rapidă a tratamentelor necesare reducând durata intervenției și a perioadei de așteptare a pacienților, precum și riscurile generate de lipsa sau durata colectării informațiilor necesare pentru aplicarea tratamentelor, în special în situații de urgență sau în care viața pacienților depinde de reducerea timpului de intervenție. În această categorie intră informații precum: grupa sanguină, boli cronice, alergii severe la substanțe de tratament, etc.

Așa cum reiese și din SNS 2014-2020, digitalizarea domeniului medical și sanitar reprezintă o prioritate pentru România. Din păcate **investițiile au fost adesea discontinue, necorelate și nu au urmărit neapărat integrarea într-un sistem informatic sectorial național**, care să aibă capacitatea de a facilita schimbul de date între unitățile medicale și disponibilitatea resursei digitale acolo unde este necesară, indiferent de tipul acestora (ex. date, servicii digitale, resursă de calcul sau de stocare date, etc.).

În sensul celor de mai sus, dezvoltarea continuă a sistemelor informatice ale unităților medicale și interoperabilitatea acestora în scopul disponibilității și accesibilității informației și procedurilor medicale atunci când sunt necesare, trebuie să continue cu intensitate crescută și în perioada de programare 2021 – 2027. Redimensionarea și standardizarea sistemului informatic gestionat de către CNAS trebuie, totodată, realizate cu prioritate, pentru a asigura nivelul tehnologic, integrativ și de funcționalitate caracteristic sistemelor medicale europene moderne.

În contextul medical global actual, furnizarea serviciului medical la distanță prin telemedicină și îngrijire medicală comunitară sau la domiciliu pentru izolarea pacienților confirmați și limitarea răspândirii bolilor în contextul furnizării continue a serviciului medical atunci și acolo unde este necesar, reprezintă un exemplu concret de funcționalitate a unui sistem medical modern.

Concluzii

Sistemele de sănătate se confruntă cu mai multe probleme, printre care:

- întârzieri în ceea ce privește realizarea reformelor în domenii-cheie precum: întărirea capacității asistenței medicale primare, dezvoltarea centrelor comunitare integrate, servicii de îngrijire și construirea spitalelor regionale;
- capacitatea administrativă în continuare foarte limitată a Ministerului Sănătății, planificarea deficitară a investițiilor și lipsa de angajament politic îngreunează și mai mult realizarea reformelor;
- transferul îngrijirilor medicale de la nivelul spitalelor în regim ambulatoriu este încă într-un stadiu incipient, majoritatea eforturilor concentrându-se pe serviciile medicale spitalicești;
- slaba integrare a serviciilor sociale, de ocupare a forței de muncă, de sănătate și de educație
- o capacitate redusă a sistemului de sănătate publică de a oferi acces egal și echitabil la servicii preventive, atât în domeniul bolilor transmisibile, cât și al bolilor cronice, inclusiv educație pentru sănătate și promovarea eficace a unui stil de viață sănătos.

- 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.
- sistem informatic insuficient, neintegrat de sănătate care să furnizeze suportul științific pentru elaborarea politicilor de sănătate. Gradul de informatizare a serviciilor de sănătate, inclusiv la nivel spitalicesc, rămâne suboptimal pe mai multe paliere, impunându-se creșterea capacității de răspuns a sistemului medical la crize, iar pe de altă parte crearea de căi noi de furnizare a serviciilor medicale, la distanță sau prin intermediul sistemelor automatizate de producție sau servicii.
- îmbătrânirea populației și creșterea nevoii de servicii de sănătate și servicii sociale
- servicii preventive slab dezvoltate și neaccesibile;
- domeniul educației pentru sănătate este slab dezvoltat
- lipsa infrastructurii pentru întreținerea fizică a persoanelor vârstnice.

Accelerarea remedierii principalelor probleme identificate necesită o **abordare integrată** care să țină cont de:

- nevoia de a îmbunătăți serviciile de diagnostic și tratament necesar bolnavilor existenți concomitent cu nevoia de a investi în programe preventive de sănătate publică care să reducă în mod eficace povara bolilor în populație;
- necesitatea de a evita ca sectorul curativ al sistemului de sănătate să intre în competiție pentru resurse cu cel preventiv
- nevoia de a asigura intervențiile de sănătate de tip FSE (instruire resurse umane, dezvoltare de metodologii și proceduri, elaborare criterii de asigurare și control al calității serviciilor medicale, etc.) integrat și coordonat cu intervenții de tip FEDER (investiții în infrastructura fizică a unităților sanitare, aparatură, etc.).

Având în vedere provocările cu care se confruntă sistemul de sănătate se impune adoptarea de măsuri:

A. Măsuri cu impact asupra stării de sănătate

- ▶ Reducerea morbidității și mortalității prin boli netransmisibile: creșterea capacității sistemului de sănătate publică de a dezvolta și implementa intervenții de sănătate publică de reducere a factorilor de risc, dezvoltarea de criterii și mecanisme de asigurare și control al calității serviciilor preventive, curative și de recuperare și reabilitare, elaborarea de metodologii/ghiduri/protocoale/recomandări de furnizare a serviciilor de sănătate în condiții de siguranță și eficacitate, dezvoltarea serviciilor de diagnostic de precizie și a tratamentelor personalizate
- ▶ Reducerea morbidității și mortalității prin boli transmisibile: creșterea capacității de diagnostic și supraveghere a bolilor transmisibile, creșterea capacității de răspuns la epidemii, creșterea capacității de identificare a IAAM, creșterea acoperirii vaccinale
- ▶ Îmbunătățirea stării de sănătate a mamei și copilului: creșterea capacității de monitorizare pre și postnatală

B. Măsuri asupra serviciilor de sănătate

- ▶ Creșterea accesului egal și echitabil la servicii de sănătate preventive și curative de calitate, în special pentru populații dezavantajate

- ▶ Dezvoltarea serviciilor de asistență medicală primară: creșterea și consolidarea capacității cabinetelor de medicină de familie, dezvoltarea și consolidarea asistenței medicale comunitare, creșterea capacității de prevenire a serviciilor de medicină școlară

Dezvoltarea și consolidarea serviciilor esențiale spitalicești pentru de servicii de urgenta si servicii complexe, pentru pacientul critic, cu focalizare asupra priorităților: boli cardio-vasculare, accidentul vascular cerebral si alte patologii neurovasculare, cancere, accidente, etc

C. Măsuri transversale

- ▶ Asigurarea sustenabilității și creșterea predictibilității în sistemul de sănătate: dezvoltarea capacității de elaborare a politicilor de sănătate bazate pe evidențe științifice
- ▶ Creșterea gradului de informatizare a sistemului de sănătate, utilizarea tehnologiilor moderne de comunicare și e-sănătate
- ▶ Creșterea investițiilor dedicate cercetării în domeniul medical și îmbunătățirea utilizării efective a rezultatelor cercetării în practica medicală
- ▶ Dezvoltarea și modernizarea infrastructurii de sănătate

Tabel 1.1.			
Obiectiv de politică	Obiectiv specific	Prioritate	Justificare (rezumat)
Obiectiv de politica 4 O Europă mai socială, prin implementarea Pilonului european al drepturilor sociale	<p>OS (iv) asigurarea accesului egal la sănătate prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv pentru îngrijirea primară</p> <p>OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung</p>	Prioritatea 1: Investiții pentru construirea spitalelor regionale și infrastructuri spitalicești noi cu impact teritorial major	<p>Spitale regionale de urgență</p> <p>Infrastructura de sănătate a României și cadrul de furnizare a serviciilor fie nu au fost adaptate la tehnologiile moderne, fie în unele zone aceasta este precară sau nu există, capacitatea sistemului sanitar fiind astfel una redusă în a satisface nevoile medicale ale pacienților.</p> <p>Nevoia de a avea un nivel terțiar de sănătate capabil să ofere servicii performante mai ales pentru cazurile de urgență și patologii cu un grad ridicat de mortalitate, precum și pentru a facilita accesul grupurilor vulnerabile la acest tip de asistență, a determinat ca una din prioritățile principale să fie crearea unei rețele strategice de „spitale regionale de urgență”.</p> <p>Pentru regiunile NE, NV, SV, sunt aprobate contracte de finanțare, în două faze, pentru construirea Spitalelor Regionale de Urgență Iași, Cluj, Craiova. În faza I-a (până la sfârșitul anului 2023) se derulează licitațiile pentru proiectare și verificare a proiectării, pregătirea și derularea licitațiilor pentru construirea spitalelor și a celor pentru supervizare. În faza a II-a (2021-2027) se vor realiza construirea, dotarea, supervizarea, operaționalizarea celor trei spitale. În paralel în cele două faze se derulează activități pregătitoare de asistență tehnică, reformă, reorganizare, reglementare a fluxurilor de pacienți, a rețelei de spitale din regiune, a optimizării managementului și finanțării noilor spitale, etc.</p>
Obiectiv de politica 4 O Europă mai socială, prin implementarea Pilonului european al drepturilor sociale	<p>(iv) asigurarea accesului egal la sănătate prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv pentru îngrijirea primară</p>	Prioritatea 2: Servicii de asistență medicală primară, comunitară și servicii oferite în regim ambulatoriu	<p>Medicina de familie/ Asistență medicală primară, asistența medicală comunitară și serviciile oferite în regim ambulatoriu</p> <p>Serviciile de medicină a familiei suferă de un deficit de infrastructură. Acestea sunt distribuite în mod inegal, zona rurală a României fiind încă o zonă neacoperită în conformitate cu nevoile pacienților la momentul actual. Investițiile în această infrastructură au fost realizate în mod limitat prin intermediul programului PNDL 2. Circa 75% din cazurile</p>

Tabel 1.1.			
Obiectiv de politică	Obiectiv specific	Prioritate	Justificare (rezumat)
	OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung		<p>internate în spital și 50% din pacienții internați în regim de urgență, indiferent de cauza de spitalizare nu au bilet de trimitere de la medicul de familie²⁷. Ținând cont de legislația națională în ceea ce privește orarul normal de lucru al medicilor de familie, concomitent cu investițiile în acest tip de infrastructura o reprezintă investițiile în centre de permanență din România.</p> <p>Serviciile furnizate în comunitate</p> <p>Actualmente în România, mare parte din serviciile de sănătate se acordă direct în spital, acest segment fiind mult hipertrofiat, pe când serviciile furnizate în comunitate sunt oferite într-un volum mult sub necesar (ex. servicii de asigurarea sănătății mamei și copilului, servicii de îngrijiri la domiciliu pentru pacienții dependenți, servicii de monitorizare a pacienților cu diabet, etc.). Ambulatoriul trebuie să dețină o pondere mult mai importantă în oferirea de servicii medicale de specialitate și să constituie un filtru eficace în reducerea spitalizărilor evitabile. Pentru a putea răsturna aceasta piramidă a serviciilor, investițiile în infrastructura trebuie realizate în toate unitățile care furnizează asistența medicală ambulatorie, nu doar în ambulatoriile spitalelor județene, orașenești, municipale pentru a putea asigura un acces la acest tip de servicii și altor grupuri vulnerabile. Ex: dispensare TBC (<i>cele mai afectate grupuri populaționale sunt cei din mediu rural, din regiunile mai sărace, bărbații și etnicii romi</i>), centrele de sănătate mintală (frecvența deceselor prin suicid în România este de circa 5 ori mai mare la bărbați decât la femei, indiferent de grupa de vârstă, riscul pe sexe relativ constant indică faptul că această diferență este un fenomen destul de stabil în timp. În anul 2018 au fost depistate peste 228.000 de pacienți noi care suferă de tulburări mentale și de comportament conform INS.</p>

²⁷ Banca Mondială, 2011

Tabel 1.1.			
Obiectiv de politică	Obiectiv specific	Prioritate	Justificare (rezumat)
			<ul style="list-style-type: none"> ▶ Proporția cheltuielilor pentru sănătate dedicate asistenței medicale primare și ambulatorii rămâne pe locul doi între cele mai scăzute din UE. ▶ Serviciile 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. Nevoile de investiții adresate medicilor de familie necesită acordarea unui sprijin mai mare pe MdF <i>din mediul rural sau care oferă servicii medicale pentru pacienți din mediul rural; din zone greu accesibile sau care oferă servicii medicale pentru pacienți din aceste zone; din zone cu populație dezavantajată.</i> ▶ 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 în continuare majoritatea serviciilor medicale continuă să fie furnizate în spitale. ▶ Transferul îngrijirilor medicale de la nivelul spitalelor în regim ambulatoriu este încă într-un stadiu incipient, majoritatea eforturilor concentrându-se pe serviciile medicale spitalicești. ▶ Cadrul de furnizare a serviciilor și infrastructura de sănătate a României nu au fost adaptate la tehnologiile moderne și nu satisfac nevoile medicale ale populației. ▶ Integrarea serviciilor medicale pentru asigurarea accesului egal și echitabil și pentru asigurarea continuumului de îngrijiri este deficitară. ▶ Resursele de asistență medicală primară și de sănătate publică dezvoltate în ultimii 10 ani, asistența medicală comunitară (AMC) sunt insuficient dezvoltate și integrate în sistemul de sănătate, cu

Tabel 1.1.			
Obiectiv de politică	Obiectiv specific	Prioritate	Justificare (rezumat)
			<p>rol insuficient clarificat și personal insuficient și insuficient pregătit.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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, camerele de gardă ale spitalelor și o utilizare crescută a paturilor de spital și menține sistemul de sănătate centrat pe servicii medicale acordate în spitale. Distribuția acestora în plan teritorial este însă foarte neuniformă. ▶ Mecanismele de asigurare a continuității îngrijirilor medicale sunt insuficiente și ineficiente. <p>Prin urmare, în vederea îmbunătățirii accesibilității și eficacității asistenței medicale primare și integrarea cu serviciile de asistență medicală comunitară se impune ca, dincolo de măsurile de furnizare a serviciilor medicale (cu accent pe <i>persoane din mediul rural, persoane din zone greu accesibile, din zone cu populație dezavantajată socio-economic/ vulnerabilă</i>) finanțarea din FSE să acorde o importanță deosebită finanțării de instrumente suport / măsuri sistemice care să genereze schimbarea piramidei furnizării serviciilor de sănătate, anume: creșterea graduală a serviciilor de asistență medicală primară, a serviciilor medicale la nivelul comunității și a serviciilor furnizate în ambulatoriu concomitent cu reducerea treptată a consultațiilor furnizate în serviciile medicale de urgență, la camerele de gardă ale spitalelor și cu reducerea utilizării paturilor de spital. Aceste măsuri sistemice ar implica: <i>actualizarea pachetului de servicii de asistență medicală primară, redefinirea mecanismelor de plată bazată pe criterii de performanță; dezvoltarea de metodologii/ standarde/ procedurilor de „parcurs terapeutic” pentru cele mai frecvente patologii cu care se confruntă medicii de familie, dezvoltarea de standarde de calitate și cost, proceduri și protocoale de lucru în sistem integrat pentru AMC cu medicina de familie, actualizarea/ elaborarea costurilor reale ale</i></p>

Tabel 1.1.			
Obiectiv de politică	Obiectiv specific	Prioritate	Justificare (rezumat)
			<i>serviciilor / procedurilor etc. medicale și chirurgicale oferite în regim ambulatoriu, dezvoltarea de pachete de servicii medicale oferite în ambulatoriu, etc. Desigur, în vederea creșterii calității serviciilor medicale aceste măsuri sistemice trebuie însoțite de măsuri și instrumente care să faciliteze dezvoltarea competențelor personalului implicat în furnizarea servicii și de sisteme clare de referire a pacienților</i>
Obiectiv de politica 4 O Europă mai socială, prin implementarea Pilonului european al drepturilor sociale	(iv) asigurarea accesului egal la sănătate prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv pentru îngrijirea primară OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung	Prioritatea 3: Servicii de reabilitare, paliative și îngrijiri pe termen lung adaptate fenomenului demografic de îmbătrânire a populației și profilului epidemiologic al morbidității	Serviciile de reabilitare/ recuperare/ Serviciile de îngrijire paliativă/ Serviciile de îngrijire pe termen lung <ul style="list-style-type: none"> ▶ În perioada 2009-2018 ponderea grupelor de vârstă 0-14 ani și 65+ ani a crescut, iar cea a populației din grupa de vârstă 15-59 ani a scăzut, determinând o rată de dependență crescută. ▶ Serviciile de îngrijire pe termen lung și reabilitare funcționează fragmentat și se confruntă cu o insuficientă clarificare a standardelor de calitate și a rolurilor diversilor furnizori de astfel de servicii. ▶ Conform Atlasului 2019 al Îngrijirilor Paliative în Europa²⁸ România cu cele 122 de servicii specializate de paliative pentru adulți și 12 pediatrie, se situează în jumătatea inferioară a clasamentului țărilor investigate. ▶ Îngrijirile medicale la domiciliu și îngrijirile paliative la domiciliu până în anul 2018 au fost înglobate în același mecanism de finanțare, deși au caracteristici și roluri diferite. ▶ La nivel de 2019 în România existau 635 de furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu și 9 furnizori de îngrijiri paliative la domiciliu și un furnizor autorizat pentru ambele tipuri de îngrijire la domiciliu. ▶ Majoritatea serviciilor de îngrijiri paliative sunt în unități cu paturi. Capacitatea de îngrijiri paliative este limitată și

²⁸ <https://www.paliatia.eu/new/2019/07/eapc-atlas-of-palliative-care-in-europe-2019/>

Tabel 1.1.			
Obiectiv de politică	Obiectiv specific	Prioritate	Justificare (rezumat)
			<p>concentrată într-un număr redus de unități. Distribuția acestor servicii este extrem de neuniformă: 11 județe nu au servicii de îngrijiri paliative. Serviciile existente de îngrijiri paliative la domiciliu, în ambulatoriu, echipe mobile, spital reprezintă 2% din necesarul la nivel național. Resursa umană implicată în astfel de servicii este insuficient pregătită la nivel de bază și specializat</p> <p>► Din punct de vedere al serviciilor sociale, serviciile de îngrijire la domiciliu și serviciile paliative sunt supuse unui proces de licențiere.</p> <p>Pentru îmbunătățirea accesibilității, a eficacității serviciilor de reabilitare/ recuperare, serviciile de îngrijire paliativă/ serviciile de îngrijire pe termen lung nevoia de investiții FSE+ rezidă în egală măsură în finanțarea de instrumente suport care să genereze modificări sistemice (ex. <i>redefinirea politicilor de acces în funcție de severitatea afectării și de criterii de vulnerabilitate; elaborarea unor planuri naționale de dezvoltare a rețelei de servicii, actualizarea pachetelor de bază ale acestor servicii, ajustarea mecanismului de finanțare din sistemul de asigurări sociale de sănătate; definirea traseului pacientului în sistem pe tipuri de îngrijiri, ajustarea mecanismelor de finanțare; standardizarea documentației medicale specifice îngrijirilor paliative, investiții în soluții TIC, elaborarea și implementarea de protocoale și algoritmi pe tipuri de îngrijiri etc.</i>). În vederea îmbunătățirii calității serviciilor reabilitare/ recuperare, de îngrijire paliativă, de îngrijire pe termen lung o atenție deosebită trebuie acordată în egală măsură dezvoltării competențelor personalului și furnizării serviciilor, cu accent pe anumite categorii dezavantajate socio-economic/ vulnerabile din punct de vedere medical.</p> <p>Îngrijirea paliativă</p> <p>Investițiile în îngrijirea paliativă sunt necesare pentru a putea crește ponderea de paturi aparținând sectorului public din numărul total de paturi existent la nivelul țării pentru îngrijirea paliativă, pentru a putea asigura accesul la îngrijirea paliativă la nivelul tuturor județelor</p>

Tabel 1.1.			
Obiectiv de politică	Obiectiv specific	Prioritate	Justificare (rezumat)
			<p>existente, ținând cont de faptul că serviciile existente de îngrijiri paliative la domiciliu, în ambulatoriu, echipe mobile, spital reprezintă 2% din necesarul la nivel național.</p> <p>Ținând cont de modul de organizare și funcționare al spitalelor în România, care de cele mai multe ori este unul fragmentat, în sistem pavilionar, cu structuri situate la mare distanță una de cealaltă, de gradul ridicat de uzura atât al clădirii în sine, precum și al dotării cu echipamente medicale, în multe dintre cazuri este imposibilă adaptarea structurii existente la nevoile reale de servicii medicale ale populației sau profilului stării de sănătate local sau la integrarea optima a circuitelor intraspitalicești. La momentul actual, de exemplu, au fost identificate peste 150 de spitale care sunt în categoria clădirilor cu risc seismic.</p>
Obiectiv de politica 4 O Europă mai socială, prin implementarea Pilonului european al drepturilor sociale	<p>(iv) asigurarea accesului egal la sănătate prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv pentru îngrijirea primară</p> <p>OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor</p>	Prioritatea 4: Creșterea eficacității sectorului medical prin investiții în infrastructură și servicii	<p>Decese prin boli tratabile/măsurile de screening (populațional)/diagnosticare</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Numărul de decese prin boli tratabile este de 54.083 (2018) din care: 30,4% se produc prin boala ischemică cardiacă, 21,7 prin boală cerebrovasculară, 12,6% prin boală hipertensivă, 6,7% se produc prin cancer colorectal, 4,2% prin cancer de sân. ▶ Din totalul deceselor prevenibile, 25,4% se produc prin boală ischemică cardiacă, 11,9% prin boli cauzate de consumul de alcool, 11,9% prin cancer bronhopulmonar, 5,6% prin cancer colorectal și 3,5% prin cancer de sân. ▶ Principalele cauze de mortalitate sunt: <i>bolile aparatului circulator, cancerul, boli ale aparatului respirator și cele ale aparatului digestiv (2018).</i> ▶ Cheltuielile pentru sănătate în România sunt cele mai scăzute din UE atât pe cap de locuitor (1.029 EURO, media UE fiind de 2.884 EURO), cât și ca procent din PIB (5% față de 9,8% în UE). iar sistemul de sănătate este subfinanțat într-o măsură semnificativă.

Tabel 1.1.			
Obiectiv de politică	Obiectiv specific	Prioritate	Justificare (rezumat)
	de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung		<p>► Raportul OECD <i>"România - Profilul de țară din 2019 în ceea ce privește sănătatea"</i> evidențiază: România cheltuiește foarte puțin pentru prevenție, numai 18 euro pentru fiecare persoană în 2017 sau 1,7 % din totalul cheltuielilor pentru sănătate, comparativ cu 3,1 % la nivelul UE. Coordonarea măsurilor preventive și a finanțării nu progresează suficient de repede. Rata mortalității evitabile prin prevenție s-a aflat în 2016 pe locul al patrulea printre cele mai ridicate din Europa, aspect din care reiese necesitatea unor intervenții eficiente în materie de sănătate publică și de prevenție.</p> <p>Accesul la servicii preventive este în continuare limitat, deficitar, inechitabil și neuniform din punct de vedere al calității serviciilor oferite.</p> <p>► Screeningul pentru cancerul de col uterin: doar 27% din femei au acces. Acest procent scade la 13% în rândul femeilor cu venituri mici;</p> <p>► Screeningul pentru cancerul de sân: doar 7% din femeile de vârstă 50-69 ani au acces la mamografie. Procentul scade la 2% în cazul femeilor cu venituri scăzute;</p> <p>► Screeningul pentru cancerul colorectal: doar 6% din populația din grupa de vârstă 50-69 ani au acces la un examen de depistare a cancerului colorectal;</p> <p>► Consultație la medicul stomatolog: 15% în România, față de 59% media EU28</p> <p>► Vaccinare anti-gripală: 6% față de media UE28 de 37%.</p> <p>România și-a asumat Obiectivele de Dezvoltare Durabilă în domeniul sănătății, și din această perspectivă trebuie depuse eforturi pentru <i>atingerea acoperirii universale cu servicii medicale, inclusiv protecția financiară și acces la servicii esențiale de sănătate de calitate, sigure și eficiente.</i></p> <p>Din această perspectivă, eforturile depuse în perioada de programare</p>

Tabel 1.1.			
Obiectiv de politică	Obiectiv specific	Prioritate	Justificare (rezumat)
			<p>2014-2020 în ceea ce privește implementarea din fonduri externe nerambursabile a unor programe de screening (populațional)/ diagnosticare trebuie continuate cu accent al finanțării atât pe implementarea măsurilor de screening în regiunile care nu au beneficiat de finanțare, cât și în creșterea accesului grupului țintă vizat la acestea. Mecanismul de furnizare al programelor de screening/ diagnosticare ce vor fi finanțate din POS FSE+ trebuie să încorporeze lecțiile învățate din programarea 2014-2020 și să includă alături de măsurile de furnizare a serviciilor preventive (cu accent pe persoane din zone rurală, din categorii dezavantajate socio - economic/ vulnerabile din punct de vedere medical etc.), măsuri de dezvoltare a competențelor personalului implicat în screening/ diagnosticare, măsuri de informatizare în vederea facilitării monitorizării măsurilor sprijinite și al elaborării unor rapoarte/ analize care să permită adoptarea de decizii fundamentate, precum și finanțarea de campanii de conștientizare a grupului țintă. Nu în ultimul rând, accentul pe anumite categorii de grup țintă impune și alocarea de resurse adecvate.</p> <p>Bolile transmisibile</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ România rămâne, în ciuda progreselor, cu unele dintre cele mai mari procente de tuberculoză din țările europene. ▶ <i>Planul Național Strategic pentru supravegherea, controlul și prevenirea cazurilor de infecție cu HIV/SIDA în perioada 2019 – 2021</i>, pornește de la existența unui număr încă mare de cazuri (14-18.000), fiind printre primele locuri în UE. <p>Factorii de risc comportamentali</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Speranța de viață sănătoasă s-a menținut în ultimii ani la 59 ani, cu aproximativ 5 ani mai mică față media EU 28. ▶ Raportul OECD <i>"România - Profilul de țară din 2019 în ceea ce privește sănătatea"</i> evidențiază: peste jumătate din totalul deceselor din România pot fi atribuite unei serii de factori

Tabel 1.1.			
Obiectiv de politică	Obiectiv specific	Prioritate	Justificare (rezumat)
			<p>de risc comportamentali, care includ dieta neadecvată, consumul de tutun, consumul de alcool și activitatea fizică scăzută.</p> <p>Din această perspectivă, POS va asigura finanțarea de programe de schimbare a stilului de viață și aplicarea de politici de încurajare a unei vieți sănătoase, inclusiv implementarea de măsuri de prevenție (inclusiv sănătate orală în zone defavorizate sau greu accesibile și mintală).</p> <p><i>Asistența medicală a mamei și copilului</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Scorurile de acoperire universală cu servicii de sănătate, în special pentru asistența medicală a mamei și copilului sunt încă scăzute prin comparație cu SM central și est europene. ▶ Există o proporție ridicată a nașterilor la vârste sub 19 ani, 1 din 10 nașteri este experimentată de femei de vârstă minoră. ▶ Mortalitate infantilă continuă să scadă de la 10,1 la 1000 născuți vii în anul 2009 la 6,4‰ născuți vii în 2018, însă se menține peste valoarea mediei europene UE28 ▶ Mortalitatea infantilă are valori diferite între regiunile de dezvoltare. ▶ Din totalul de 185.006 nașteri înregistrate în România în anul 2016, 18% din mediul rural și 23% din mediul urban nu au beneficiat de niciun consult prenatal pe parcursul sarcinii. ▶ Rata mortalității materne (2018) este mult peste media EU 28.. Mortalitatea maternă în mediul rural este considerabil mai mare față de cea din mediul urban. ▶ Mortalitatea maternă este de aprox. 15 ori mai ridicată în categoria femeilor aparținând minorităților etnice. ▶ Screeningul nou-născuților, deși este prevăzut în HG pentru programele de sănătate, nu beneficiază de resurse și management adecvate și, prin urmare, nu poate efectua încă cea mai bună acoperire și calitate a serviciilor: lipsa diagnosticului

Tabel 1.1.			
Obiectiv de politică	Obiectiv specific	Prioritate	Justificare (rezumat)
			<p>timpuriu a unor boli genetice ducând la dizabilitate pe tot parcursul vieții.</p> <p>Prin urmare, POS va asigura finanțarea de programe de screening pentru boli cu potențial de depistare neonatală / diagnostic pre/postnatal al bolilor genetice, de consiliere genetică. Se va acorda o atenție deosebită mamelor din mediul rural, celor din categorii dezavantajate socio- economic/ vulnerabile.</p> <p>În ce privește asistența medicală a persoanelor vârstnice dependente din mediul rural se va asigura finanțarea unui pachet minim de servicii pentru această categorie</p> <p><i>Povara din cauze de AVC</i></p> <p>România în rândul țărilor UE cu cel mai deficitar tratament al AVC ischemic, procente mai mici de pacienți cu AVC ischemic tratați prin tromboliză intravenoasă și/ sau tehnici endovasculare fiind constatate numai în Albania, Ucraina, Georgia și Kirgistan.</p> <p>Studiile efectuate în ultimii ani au demonstrat că dintre pacienții cu AVC ischemic aproximativ 20-25% sunt eligibili pentru tratament prin tromboliză intravenoasă și 10% pentru tratament endovascular (trombaspirație sau trombectomie).</p> <p>Organizația Europeană a AVC (ESO) recomandă efectuarea tuturor demersurilor administrative și medicale necesare pentru a trata cel puțin 18% dintre pacienții cu AVC ischemic prin tromboliză intravenoasă și cel puțin 5% prin tehnici endovasculare. În aceste condiții, în România ar trebui tratați anual prin tromboliză intravenoasă aproximativ 14.000 de pacienți cu AVC acut, iar prin tehnici endovasculare aproximativ 3.900 de pacienți cu AVC ischemic acut. Aceste ținte terapeutice nu pot fi însă atinse fără a crește semnificativ numărul spitalelor capabile să efectueze tromboliză intravenoasă și tehnici endovasculare de tratament, iar recomandările internaționale actuale sunt de a avea trei spitale capabile să trateze</p>

Tabel 1.1.			
Obiectiv de politică	Obiectiv specific	Prioritate	Justificare (rezumat)
			<p>pacienții cu AVC ischemic acut prin tromboliză intravenoasă și un spital capabil să trateze acești pacienți prin tratament endovascular la 1 milion de locuitori.</p> <p>Infrastructura din domeniul sănătății trebuie privită în ansamblul ei, ținând cont și de infrastructura care asigură servicii medicale pe orizontală cum ar fi: laboratoarele de analiză atât din cadrul unităților medicale, precum și din structurile subordonate Ministerului Sănătății, responsabile cu asigurarea sănătății populației, prevenirea și controlul diverselor boli transmisibile, utilizate în contextul unor pandemii, sistemul național de transfuzii și laboratoarelor de referință, laboratoarelor direcțiilor de Sănătate Publică, rețeaua de genetică medicală.</p> <p>La nivel general, în vederea maximizării eficacității investițiilor, intervențiilor de tip FSE+ vor necesita o abordare coordonată & integrată cu intervenții de tip FEDR (investiții în infrastructura fizică a unităților sanitare, aparatură, etc.</p>
Obiectiv de Politica 1 O Europă mai inteligentă, prin promovarea unei transformări economice inovatoare și inteligente	(i) Dezvoltarea capacităților de cercetare și inovare și adoptarea tehnologiilor avansate	Prioritatea 5: Abordări inovative în cercetarea din domeniul medical	<p>Cercetarea și inovarea, coroborate cu programe de formare specializate, joacă un rol crucial în sprijinirea coeziunii sociale, creșterii economice și competitivității.</p> <p>Cheltuielile în domeniul cercetării și inovării sunt sub media UE, performanța României în materie de cercetare și inovare având de suferit, inclusiv în domeniul medical.</p> <p>Nevoile de investiții se referă, în mod special, la consolidarea actualelor infrastructuri, capacități și competențe în materie de cercetare și inovare în domeniul medical, astfel încât să se asigure un impact semnificativ în ceea ce privește îmbunătățirea serviciilor de sănătate pe toate palierele, accesul larg la tratamente personalizate, vaccinuri, precum și participarea la rețelele internaționale, transfrontaliere și la programe comune de cercetare și educație.</p>

Tabel 1.1.			
Obiectiv de politică	Obiectiv specific	Prioritate	Justificare (rezumat)
			<p>Creșterea acoperirii vaccinale la nivel național și regional până la nivelul minim recomandat de OMS pentru fiecare vaccin poate fi realizată prin dezvoltarea unei platforme comune de colaborare între autorități, medici și cercetători în domeniu, organizații internaționale cu experiență în acest domeniu, reprezentanți ai companiilor în domeniu, precum și alți factori interesați și construirea unei infrastructuri care să aibă drept scop producția de vaccinuri necesară la nivel național și internațional, având în vedere posibilitatea apariției în orice moment a unei pandemii.</p> <p>Noile tehnologii permit o utilizare mai amplă a genomicii și a altor informații (cum ar fi profilarea moleculară, diagnosticul imagistic, date despre mediu și despre stilul de viață) pentru a ajuta medicii și cercetătorii științifici să înțeleagă mai bine boala și modalitățile de a o anticipa, preveni, diagnostica și trata mai bine.</p> <p>Principalele nevoi de finanțare în acest domeniu se referă la crearea și dezvoltarea infrastructurii naționale de genomică centrată pe progres tehnologic și inovare, cu adresabilitate la nivel național, competitivă la nivel internațional, orientată către nevoile societății, integrarea acesteia în sistemul public de sănătate și realizarea activităților de cercetare-dezvoltare și inovare în scopul transferării rezultatelor în mediul privat.</p> <p>Astfel, investițiile în acest domeniu ar contribui la :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ scăderea indicatorilor de morbiditate prin elaborarea și execuția de protocoale și analize genomice de prevenție/screening, diagnostic și tratament, precum și servicii medicale de înaltă performanță în domeniile: oncologie, medicină materno-fetală, cardiologie, pediatrie, geriatrie, boli neurodegenerative ▶ crearea unei baze de date genomice și clinice pentru România ▶ participarea la Rețelele europene de referință (RER).

Tabel 1.1.			
Obiectiv de politică	Obiectiv specific	Prioritate	Justificare (rezumat)
			<p>O altă direcție strategică de cercetare este aceea care vizează tratamentul în cazul bolilor cronice netransmisibile, în mod special, al cancerului.</p> <p>Principalele componente ce ar putea fi vizate de un sprijin financiar dedicat ar fi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ investițiile în infrastructura de cercetare-dezvoltare și tratament ▶ activități de cercetare radiobiologică și medicală ▶ formarea profesională: cursuri, schimburi de experiență, stagii de pregătire, organizate în parteneriat cu Universități, institute medicale și de cercetare din România și străinătate.
	(ii) Fructificarea avantajelor digitalizării, în beneficiul cetățenilor, al companiilor și al guvernelor	Prioritatea 6: Digitalizarea sistemului medical	<p>Folosirea TIC în domeniul medical este din ce în ce mai răspândită astăzi și joacă un rol strategic în livrarea unor servicii de sănătate mai bune și mai eficiente, contribuind la creșterea calității și siguranței îngrijirii pacientului.</p> <p>Deși au existat diverse investiții dedicate în domeniu, potențialul maxim al TIC este departe de a fi atins în sectorul de sănătate.</p> <p>În situația actuală, au fost identificate câteva puncte slabe privind digitalizarea în sectorul medical, și anume: standardizarea insuficientă, lipsa cooperării, lipsa interoperabilității între sistemele actuale, nivel scăzut de informatizare la nivelul furnizorilor publici de servicii de sănătate și lipsa infrastructurii centrale a sistemului informațional din domeniul sănătății.</p> <p>Deși în ultimii ani gradul de digitalizare a serviciilor de sănătate, inclusiv la nivel spitalicesc, a crescut, aceasta rămâne suboptimal pe mai multe paliere, în timp ce managementul programelor naționale de sănătate impune consolidarea registrelor de boală sau constituirea unor registre noi și a unor soluții informatice eficiente și eficace. Per total, capacitatea sistemului de colectare, procesare, analiză și raportare a datelor în sistemele informatice sau informaționale existente, dar și valorificarea datelor și informațiilor disponibile în politicile publice sunt</p>

Tabel 1.1.			
Obiectiv de politică	Obiectiv specific	Prioritate	Justificare (rezumat)
			<p>deficitare, în timp ce componenta de comunicare către/accesul la informația relevantă pentru pacient și populație este insuficient dezvoltată.</p> <p>La nivelul CNAS, echipamentele (hardware) din PIAS au fost achiziționate între anii 2002 - 2014 și majoritatea sunt „end of life” și „end of production”. Bazele de date și aplicațiile (software) au fost dimensionate pentru numărul de furnizori și servicii medicale de la nivelul anului 2002. Funcționarea PIAS este deficitară, iar operarea la nivelul furnizorilor de servicii medicale se face cu timpi mari de întârziere, în defavoarea asiguratului.</p> <p>Ministerul Sănătății elaborează politici, strategii și programe de acțiune în domeniul sănătății populației, coordonează și controlează implementarea politicilor, strategiilor și programelor din domeniul sănătății populației, la nivel național, regional și local. În situația actuală, lipsa infrastructurii centrale a sistemului informațional din domeniul sănătății reprezintă un neajuns major pentru Ministerul Sănătății.</p> <p>O altă măsură o reprezintă dezvoltarea cadrului de standardizare atât al sistemului informatic, dar și mai important, al sistemului informațional. Aceasta din urmă fiind prima cauză a lipsei de interoperabilitate între aplicațiile existente în sectorul sanitar (aplicațiile folosesc versiuni diferite ale acelorași registre, nomenclatoare etc.).</p> <p>Utilizarea tehnologiilor TIC în sistemul românesc de asistență medicală este inegală și relativ scăzută. De aceea, este nevoie de un acces mai bun, egal la soluțiile eficiente de e-sănătate, instrumentele de lucru trebuie să fie nu numai ușor de utilizat, dar trebuie să simplifice și procedurile obișnuite de lucru în domeniul sănătății. Instrumentele trebuie să aibă o interfață comună pentru utilizatori, posibilitate comună de acces, funcții de securitate și comunicare comune. Accesibilitatea și serviciile pot fi mult îmbunătățite cu ajutorul TIC. La fel și competențele și capacitățile personalului din sănătate, prin</p>

Tabel 1.1.			
Obiectiv de politică	Obiectiv specific	Prioritate	Justificare (rezumat)
			sisteme specializate de suport decizional bazate pe cunoaștere.
Obiectiv de politica 4 O Europă mai socială, prin implementarea Pilonului european al drepturilor sociale	<p>OS (iv) asigurarea accesului egal la sănătate prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv pentru îngrijirea primară</p> <p>OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung</p>	Prioritatea 7: Măsuri care susțin cercetarea, informatizarea în sănătate și utilizarea de metode moderne de investigare, intervenție, tratament	

2. Priorități

Reference: Article 17(2) and 17(3)(c) CPR

Tabelul 1: Structura programului *

ID	Titlu	AT	Baza de calcul	Fond**	Categorie de regiuni sprijinită	Obiectiv specific selectionat***
1	Prioritatea 1 - Investiții pentru construirea spitalelor regionale și infrastructuri spitalicești noi cu impact teritorial major	Nu		FEDR	Mai puțin dezvoltată	OS (iv) Asigurarea accesului egal la asistență medicală prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv la asistență medicală primară
				FSE +	Mai puțin dezvoltată	OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung
2	Prioritatea 2 - Servicii de asistență medicală primară, comunitară și servicii oferite în regim ambulatoriu	Nu		FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	OS (iv) Asigurarea accesului egal la asistență medicală prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv la asistență medicală primară
				FSE +	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung
3	Prioritatea 3 - Servicii de reabilitare, paliative și îngrijiri pe termen lung adaptate fenomenului demografic de îmbătrânire a populației și profilului epidemiologic al morbidității	Nu		FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	OS (iv) Asigurarea accesului egal la asistență medicală prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv la asistență medicală primară
				FSE +	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung
4	Prioritatea 4 - Creșterea eficacității sectorului	Nu		FEDR	Mai puțin dezvoltată	OS (iv) Asigurarea accesului egal la asistență medicală prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv la asistență medicală primară

ID	Titlu	AT	Baza de calcul	Fond**	Categorie de regiuni sprijinită	Obiectiv specific selectionat***
	medical prin investiții în infrastructură și servicii				Mai dezvoltată	
				FSE +	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung
5	Prioritatea 5 - Abordări inovative în cercetarea din domeniul medical	Nu		FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	SO (i) dezvoltarea capacităților de cercetare și inovare și adoptarea tehnologiilor avansate
6	Prioritatea 6 - Digitalizarea sistemului medical	Nu		FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	OS (ii) Fructificarea avantajelor digitalizării, în beneficiul cetățenilor, al companiilor și al guvernelor
7	Prioritatea 7 - Măsuri care susțin cercetarea, informatizarea în sănătate și utilizarea de metode moderne de investigare, intervenție, tratament	Nu		FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	OS (iv) Asigurarea accesului egal la asistență medicală prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv la asistență medicală primară
						OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung

2.1. Prioritatea 1: Investiții pentru construirea spitalelor regionale și infrastructuri spitalicești noi cu impact teritorial major

Referință: Articolul 4(1), 10 și 13 FSE+

	This is a priority dedicated to youth employment
	This is a priority dedicated to innovative actions
	This is a priority dedicated to support to the most deprived under the specific objective set out in point (xi) of Article 4(1) of the FSE+ regulation**
	This is a priority dedicated to support to the most deprived under the specific objective set out in point (x) of Article 4(1) of the FSE+ regulation ²⁹

* Ticking box applicable to FSE+ priorities. In case of EMFF, title of the priority is pre-defined.

** If marked go to section 2.A.2.a

Împărțirea indicativă a resurselor programate (UE) pe tip de intervenție

Referință: Articolul 17(3)(c) RDC

Tabel 4: Dimensiunea 1 – câmp de intervenție				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
1. Investiții pentru construirea spitalelor regionale și infrastructuri spitalicești noi cu impact teritorial major	FEDR	Mai puțin dezvoltată	092 Health infrastructure	
	FEDR	Mai puțin dezvoltată	093 Health equipment	
	FSE+	Mai puțin dezvoltată	123 Measures to improve the accessibility, effectiveness and resilience of healthcare systems (excluding infrastructure)	

Tabel 5: Dimensiunea 2 – Formă de sprijin				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
1. Investiții pentru construirea spitalelor regionale și infrastructuri spitalicești noi cu impact teritorial major	FEDR	Mai puțin dezvoltată	01 grant 01b Grant under conditions (fully or partially repayable grants)	
	FSE+	Mai puțin dezvoltată	01 grant	

Tabel 6: Dimensiunea 3 – mecanism de furnizare la nivel teritorial și orientare teritorială				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
1. Investiții	FEDR	Mai puțin dezvoltată	NA	

²⁹ In case resources under the specific objective set out in point (x) of Article 4(1) of the ESF+ Regulation are taken into account for the purposes of Article 7(4) of the ESF+ Regulation.

Tabel 6: Dimensiunea 3 – mecanism de furnizare la nivel teritorial și orientare teritorială				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
pentru construirea spitalelor regionale și infrastructuri spitalicești noi cu impact teritorial major		dezvoltată		
	FSE+	Mai puțin dezvoltată	NA	

Tabel 7: Dimensiunea 6 – teme secundare FSE+				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
1. Investiții pentru construirea spitalelor regionale și infrastructuri spitalicești noi cu impact teritorial major	FEDR	Mai puțin dezvoltată		
	FSE+	Mai puțin dezvoltată	01 Contributing to green skills and jobs and the green economy	
			02 Developing digital skills and jobs	
			03 Investing in research and innovation and smart specialisation	
			05 Non-discrimination	
			06 Gender equality	

2.1.1. FEDR - OS (iv) Asigurarea accesului egal la asistență medicală prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv la asistență medicală primară

Intervenții din fonduri

Referință: Articolul 17(3)(d)(i),(iii),(iv),(v),(vi);

Tipuri de acțiuni vizate– Articolul 17(3)(d)(i) CPR; Articolul 6(2) FSE+

<p>A. Spitalele regionale de urgență Iași, Cluj, Craiova (faza II)</p> <p><i>Exemple de acțiuni eligibile:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Construcția și dotarea (inclusiv contractarea de servicii de supervizare, asistență tehnică, servicii auxiliare (financiar, audit, etc.) <p>B. Alte spitale, alte infrastructuri spitalicești noi cu impact teritorial major</p> <p><i>Exemple de acțiuni eligibile</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Construcție/ dotare
--

Principalele grupuri țintă - Articolul 17(3)(d)(iii):

<ul style="list-style-type: none"> ▶ Populația regiunilor: Nord Est, Nord Vest, Sud Vest ▶ Populația României

Teritorii specifice vizate, inclusiv utilizarea planificată de instrumente teritoriale - Articolul 17(3)(d)(iv):

48 – no territorial targeting

Acțiuni interregionale și transnaționale – Articolul – 17(3)(d)(v)

NA

Utilizarea planificată de instrumente financiare – Articolul – 17(3)(d)(vi)

NA

2.1.2. FSE+ - OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung

Intervenții din fonduri

Referință: Articolul 17(3)(d)(i),(iii),(iv),(v),(vi);

Tipuri de acțiuni vizate— Articolul 17(3)(d)(i) CPR; Articolul 6(2) FSE+

- ▶ Implementarea planului de tranziție
- ▶ Elaborarea și implementarea unui nou model de finanțare și gestiune financiară a spitalelor regionale, în concordanță cu modelul operațional și managerial, tarifele noi pentru serviciile spitalicești de zi și ambulatorii, simularea/ pilotarea modelului, dezvoltarea unui sistem de monitorizare a costurilor
- ▶ Acțiuni de instituționalizare/ bugetare a spitalelor regionale
exemple de acțiuni care pot fi sprijinite:
 - elaborarea cadrului legislativ pentru: funcționarea spitalelor regionale (e. Buget, resurse, transfer de personal), pentru implementarea planului de restructurare, pentru transferul de personal și pentru angajarea de personal suplimentar, pentru înființarea comitetului de coordonare a spitalelor regionale
 - actualizarea cadrului legislativ (ex. schimbări organizaționale, protocoale de internare etc.)
- ▶ Acțiuni de operaționalizare
exemple de acțiuni care pot fi sprijinite:
 - inventarul echipamentelor noi, tehnologiei și echipamentelor transferate din spitalele vechi
 - planul de transfer
 - planul de gestionare a spitalelor regionale
 - planul de gestionare a facilităților, implementarea planului IT și a procedurilor interne la nivelul spitalelor regionale, etc.)
- ▶ Elaborarea și implementarea planului de formare a personalului
exemple de acțiuni care pot fi sprijinite:
 - elaborarea planului de formare
 - dezvoltare curriculum
 - furnizarea programelor de formare
- ▶ Alte activități necesare

Principalele grupuri țintă - Articolul 17(3)(d)(iii):

- ▶ Personal din administrația publică centrală (inclusiv servicii deconcentrate) și locală a sistemului public de sănătate
- ▶ Personal din spitalele regionale/ infrastructura nouă sprijinită care furnizează servicii medicale (cu pregătire superioară medie și inferioară) (*ex. medici, farmaciști, biologi, fizicieni, chimiști, asistente medicale, moașe, infirmiere, etc.*); personal implicat în furnizarea de servicii conexe actului medical (*ex: tehnicieni de laborator, tehnicieni imagistică, logopezi, fizio-kineto-terapeuți, psihologi, profesori de cultură fizică medicală, etc.*)/ personal administrativ (*ex. manageri, personal administrativ, IT, registratori medicali etc.*)

Teritorii specifice vizate, inclusiv utilizarea planificată de instrumente teritoriale - Articolul 17(3)(d)(iv):

NA

Ațiuni interregionale și transnaționale – Articolul – 17(3)(d)(v)

NA

Utilizarea planificată de instrumente financiare – Articolul – 17(3)(d)(vi)

NA

Indicatori

Referință: Articolul 17(3)(d)(ii) RDC

Tabelul 2: Indicatori de realizare								
Prioritate	Objective specifice	Fond	Categoria de regiune	ID	Indicator	Unitatea de măsurare	Ținte intermediare (2024)	Target (2029)
Prioritatea 1: Investiții pentru construirea spitalelor regionale și infrastructuri spitalicești noi cu impact teritorial major	OS (iv) Asigurarea accesului egal la asistență medicală prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv la asistență medicală primară	FEDR	Mai puțin dezvoltată	RCO 69	Capacity of supported health care infrastructure	Nr.		
	OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung	FSE+	Mai puțin dezvoltată		Administrații sau servicii publice sprijinite la nivel național, regional sau local	Nr.		
					Instrumente suport elaborate/ revizuite	Nr.		
					Proiecte care sprijină dezvoltarea de spitale regionale/ alte infrastructuri	Nr.		
					Persoane care beneficiază de programe de formare, din care: <ul style="list-style-type: none"> ▶ medici ▶ farmaciști ▶ personal superior din structuri paraclinice ▶ asistente medicale/ moașe/ infirmiere ▶ personal implicat în furnizarea de servicii conexe actului medical ▶ personal administrativ și de suport ▶ personal din administrația publică centrală (inclusiv servicii deconcentrate) a sistemului public de sănătate 	Nr.		

Tabelul 2: Indicatori de realizare								
Prioritate	Objective specifice	Fond	Categoria de regiune	ID	Indicator	Unitatea de măsurare	Ținte intermediare (2024)	Target (2029)
					<p>▶ <i>personal din administrația publică locală a sistemului public de sănătate</i></p> <p>▶ <i>alte categorii de personal</i></p>			

Tabel 3: Indicatori de rezultat											
Prioritate	Obiectiv specific	Fond	Categorie de regiune	ID	Indicator	Unitate de măsurare	Valoare de referință sau valoare de bază	An de referință	Țintă (2029)	Sursa datelor	Comentarii
1. Investiții pentru construirea spitalelor regionale și infrastructuri spitalicești noi cu impact teritorial major	OS (iv) Asigurarea accesului egal la asistență medicală prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv la asistență medicală primară	FEDR	Mai puțin dezvoltată	RCR 73	Annual users of new or modernised health care facilities	Nr.					
	OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung	FSE+	Mai puțin dezvoltată		Instrumente suport aprobate/ implementate	Nr.					
					Spitale regionale/ alte infrastructuri funcționale, urmare a sprijinului primit	Nr.					
					Persoane care și-au îmbunătățit nivelul de calificare/ certificare urmare a sprijinului primit, din care: <ul style="list-style-type: none"> ▶ medici ▶ farmaciști ▶ personal superior din structuri paraclinice ▶ asistente medicale/ moase/ infirmiere ▶ personal implicat în furnizarea de servicii conexe actului medical ▶ personal administrativ și de suport ▶ personal din administrația publică centrală (inclusiv servicii deconcentrate) a sistemului public de sănătate ▶ personal din administrația publică locală a sistemului public de sănătate ▶ alte categorii de personal 	Nr.					

2.2. Prioritatea 2: Servicii de asistență medicală primară, comunitară și servicii oferite în regim ambulatoriu

Referință: Articolul 4(1), 10 și 13 FSE+

	This is a priority dedicated to youth employment
	This is a priority dedicated to innovative actions
	This is a priority dedicated to support to the most deprived under the specific objective set out in point (xi) of Article 4(1) of the FSE+ regulation**
	This is a priority dedicated to support to the most deprived under the specific objective set out in point (x) of Article 4(1) of the FSE+ regulation ³⁰

* Ticking box applicable to FSE+ priorities. In case of EMFF, title of the priority is pre-defined.

** If marked go to section 2.A.2.a

Împărțirea indicativă a resurselor programate (UE) pe tip de intervenție

Referință: Articolul 17(3)(c) RDC

Tabel 4: Dimensiunea 1 – câmp de intervenție				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
2: Servicii de asistență medicală primară, comunitară și servicii oferite în regim ambulatoriu	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	092 Health infrastructure	
			093 Health equipment	
			094 Health mobile assets (doar pentru medicina școlară)	
	FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	123 Measures to improve the accessibility, effectiveness and resilience of healthcare systems (excluding infrastructure)	

Tabel 5: Dimensiunea 2 – Formă de sprijin				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
2: Servicii de asistență medicală primară, comunitară și servicii oferite în regim ambulatoriu	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	01 Granturi 01b Grant under conditions (fully or partially repayable grants)	
	FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	01 Granturi 01b Grant under conditions (fully or partially repayable grants)	

Tabel 6: Dimensiunea 3 – mecanism de furnizare la nivel teritorial și orientare teritorială				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
2: Servicii de asistență medicală primară, comunitară și servicii	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	17 Other types of territories targeted	

³⁰ In case resources under the specific objective set out in point (x) of Article 4(1) of the ESF+ Regulation are taken into account for the purposes of Article 7(4) of the ESF+ Regulation.

Tabel 6: Dimensiunea 3 – mecanism de furnizare la nivel teritorial și orientare teritorială				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
oferite în regim ambulatoriu	FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	17 Other types of territories targeted	

Tabel 7: Dimensiunea 6 – teme secundare FSE+				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
2: Servicii de asistență medicală primară, comunitară și servicii oferite în regim ambulatoriu	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată		
	FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	02 Developing digital skills and jobs	
			05 Non-discrimination	
			06 Gender equality	

2.2.1. FEDR - OS (iv) Asigurarea accesului egal la asistență medicală prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv la asistență medicală primară

Intervenții din fonduri

Referință: Articolul 17(3)(d)(i),(iii),(iv),(v),(vi);

Tipuri de acțiuni vizate – Articolul 17(3)(d)(i) RDC; Articolul 6(2) FSE+

<p>Investiții (exemple acțiuni: dotare/ extindere/modernizare/reabilitare) în infrastructura:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ cabinetelor medicilor de familie (inclusiv puncte de lucru pentru medicii de familie și centre de permanență, construire cabinete în zonele în care infrastructura lipsește) cu prioritate cele din mediul rural, zone marginalizate, zone greu accesibile, inclusiv în zonele în care aceștia nu sunt prezenți sau în care infrastructura existentă este precară sau lipsește ▶ publică a centrelor/compartimentelor unde se furnizează servicii de asistență medicală comunitară ▶ publică în care se furnizează servicii de asistență medicală școlară, inclusiv servicii de asistență stomatologică (ex: cabinete medicale, inclusiv cabinete medicale stomatologice organizate în unități de învățământ sau în centre comunitare integrate, dotarea cu unități mobile sau construire cabinete în zonele în care infrastructura lipsește pentru asigurarea accesului copiilor, tinerilor și persoanelor neasigurate/ la servicii de calitate) <p>Investiții (exemple acțiuni eligibile: dotare/ extindere/ modernizare/ reabilitare) în infrastructura publică a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ unităților sanitare/ altor structuri publice care desfășoară activități medicale de tip ambulatoriu ▶ a centrelor regionale de screening (ex. cancer mamar, cancer colorectal, cancer col uterin etc) ▶ unităților sanitare în scopul reorganizării/ reconversiei unor secții din unitățile sanitare cu paturi de acuți în paturi de spitalizare de zi, concomitent cu măsuri de întărire a capacității furnizării serviciilor medicale și chirurgicale de tip ambulatoriu

Principalele grupuri țintă - Articolul 17(3)(d)(iii):

<ul style="list-style-type: none"> ▶ Medicii de familie ▶ Persoane neasigurate ▶ Școlarii/Preșcolarii din mediul rural, zone marginalizate, zone greu accesibile, dezavantajați socio-economic/vulnerabili, inclusiv cei care nu beneficiază deloc de servicii medicale
--

- ▶ Membrii comunităților 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 sau membrii care nu beneficiază de servicii medicale
- ▶ Populația României

Teritorii specifice vizate, inclusiv utilizarea planificată de instrumente teritoriale - Articolul 17(3)(d)(iv):

NA

Acțiuni interregionale și transnaționale – Articolul – 17(3)(d)(v)

NA

Utilizarea planificată de instrumente financiare – Articolul – 17(3)(d)(vi)

NA

2.2.2. FSE+ - OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung

Intervenții din fonduri

Referință: Articolul 17(3)(d)(i),(iii),(iv),(v),(vi);

Tipuri de acțiuni vizate – Articolul 17(3)(d)(i) RDC; Articolul 6(2) FSE+

Îmbunătățirea accesibilității și eficacității asistenței medicale primare și integrarea cu serviciile de asistență medicală comunitară

- ▶ dezvoltarea de instrumente de suport care să faciliteze creșterea accesibilității și eficacității serviciilor de asistență medicală primară și integrarea cu serviciile de asistență medicală comunitară

exemple de acțiuni care pot fi sprijinite:

- actualizarea pachetului de servicii de asistență medicală primară, cu creșterea ponderii serviciilor de prevenție primară și asigurarea continuității și la standarde de calitate a serviciilor de diagnostic, monitorizare și tratament al stadiilor precoce de boală, secundară pentru adulți și copii, inclusiv pentru cei din comunități/ grupuri vulnerabile
- diagnosticul, monitorizarea și tratamentul acordat pacientului cronic (ex. HTA, diabet etc) în comunitate
- redefinirea mecanismelor de plată bazată pe criterii de performanță; dezvoltarea de metodologii/ standarde/ procedurilor de „*parcurs terapeutic*” pentru cele mai frecvente patologii cu care se confruntă medicii de familie
- dezvoltarea de standarde de calitate și cost, proceduri și protocoale de lucru în sistem integrat pentru asistența medicală comunitară cu medicina de familie
- alte tipuri de măsuri necesare, etc.

- ▶ dezvoltarea competențelor personalului implicat în furnizarea serviciilor și a paletelor de servicii de asistență medicală primară

exemple de acțiuni care pot fi sprijinite:

- dezvoltare curriculum
- furnizare de programe de instruire

- ▶ furnizarea de servicii de asistență medicală primară, cu accent pe servicii preventive acordate:

- *persoanelor din mediul rural*
- *persoanelor din zone greu accesibile*
- *persoanelor dezavantajate socio-economic/ vulnerabile (ex. cu părinți neasigurați sau beneficiari de VMG persoane cu dizabilități, minorități etnice defavorizate, persoane fără adăpost, persoane vârstnice dependente, persoane fără venituri, persoane în nevoie etc).*

Asigurarea distribuției teritoriale echitabile a serviciilor de asistență primară, inclusiv prin identificarea și implementarea de **intervenții sustenabile de atragere și reținere a medicilor în special din mediul rural, din zone greu accesibile, din zone cu populație dezavantajată socio-economic/ vulnerabilă sau care oferă servicii medicale pentru pacienți din aceste zone/ sau care au pe lista populație dezavantajată socio-economic/ vulnerabilă** cu participarea financiară a autorităților locale

Îmbunătățirea accesibilității și eficacității serviciilor oferite în regim ambulatoriu:

- ▶ dezvoltarea de instrumente de suport care să faciliteze creșterea accesibilității și eficacității serviciilor oferite în regim ambulatoriu

exemple de acțiuni care pot fi sprijinite:

- actualizarea/ elaborarea costurilor reale ale serviciilor/ procedurilor etc. medicale și chirurgicale oferite în regim ambulatoriu, dezvoltarea de pachete de servicii medicale oferite în ambulatoriu,
- alte instrumente de suport, alte tipuri de măsuri necesare, etc.
- ▶ dezvoltarea competențelor personalului implicat în furnizarea serviciilor și a paletelor de servicii oferite în regim ambulatoriu

exemple de acțiuni care pot fi sprijinite:

- dezvoltare curriculum
- furnizare de programe de instruire
- ▶ măsuri de întărire a capacității furnizării serviciilor **medicale și chirurgicale de tip ambulatoriu**, inclusiv prin furnizarea de modele, implementarea de proiecte pilot

Îmbunătățirea accesibilității și eficacității rețelei de medicină școlară, inclusiv a celei stomatologice, ca parte a asistenței medicale primare adresate copiilor și tinerilor, atât din mediul urban, cât și din mediul rural

- ▶ dezvoltarea de instrumente de suport care să faciliteze creșterea accesibilității și eficacității rețelei de medicină școlară, inclusiv a celei stomatologice

exemple de acțiuni care pot fi sprijinite:

- definirea cadrului strategic și de reglementare pentru asigurarea asistenței medicale în unitățile de învățământ
- dezvoltarea de instrumente de suport/ norme/ standarde etc. privind condițiile de mediu din unitățile de învățământ
- dezvoltarea unui pachet minimal de servicii pentru unitățile de învățământ în funcție de numărul de copii
- elaborarea costului pachetului de servicii;
- dezvoltarea instrumentelor de practică pentru a asigura sănătatea copiilor și tinerilor în unitățile de învățământ
- alte măsuri necesare etc
- ▶ **asigurarea de personal suficient din punct de vedere numeric și dezvoltarea competențelor personalului** pentru furnizarea echitabilă a serviciilor de sănătate în unități de învățământ, cu accent pe: copii/ tineri *din mediul rural, zone greu accesibile, populație dezavantajată socio-economic/ vulnerabilă (ex. cu părinți neasigurați sau beneficiari de VMG, persoane cu dizabilități, minorități etnice defavorizate, persoane fără adăpost etc).*

exemple de acțiuni care pot fi sprijinite:

- definirea categoriilor profesionale implicate în furnizarea asistenței medicale în unitățile de învățământ, definirea responsabilității și a complementarității cu pachetul de servicii de bază pentru copii, furnizat de medicul de familie
- definirea modalităților de furnizare și a modalităților de plată
- evaluarea necesarului de servicii medicale pentru unitățile de învățământ
- pregătirea personalului, inclusiv dezvoltarea de noi competențe și asigurarea graduală a nevoii de servicii,

- ▶ asigurarea accesului copiilor/ tinerilor la servicii de medicina școlară și/ sau stomatologică (ex. în unitățile de învățământ/ în centrele comunitare/ alt tip de facilități etc.):

exemple de acțiuni care pot fi sprijinite:

- inventarierea situației actuale a cabinetelor medicale și stomatologice din școli;
- furnizarea de servicii medicale de prevenție (inclusiv de stomatologie) pentru copii și tineri, cu accent pe copii/ tineri din mediul rural (inclusiv localități în care școlile au număr redus de elevi), *din zone greu accesibile, populație dezavantajată socio-economic/ vulnerabilă (ex. cu părinți neasigurați sau beneficiari de VMG, persoane cu dizabilități, minorități etnice defavorizate, persoane fără adăpost etc).*

Principalele grupuri țintă - Articolul 17(3)(d)(iii):

Personal din administrația publică centrală (inclusiv servicii deconcentrate) și locală a sistemului public de sănătate

Personal implicat în furnizarea de **servicii medicale la nivelul comunității**

Persoane care beneficiază de **servicii de asistență primară/ comunitară**, din care:

- ▶ *din mediul rural*
- ▶ *din zone greu accesibile*
- ▶ *populație dezavantajată socio-economic/ vulnerabilă (ex. neasigurați sau beneficiari de VMG persoane cu dizabilități, minorități etnice defavorizate, persoane fără adăpost etc).*

Medici de familie, cu accent pe:

- ▶ *mediul rural sau care oferă servicii medicale pentru pacienți din mediul rural*
- ▶ *zone greu accesibile sau care oferă servicii medicale pentru pacienți din aceste zone*
- ▶ *zone cu populație dezavantajată socio- economic/ vulnerabilă sau care oferă servicii medicale pentru pacienți din aceste zone sau care au pe lista populație dezavantajată socio-economic/ vulnerabilă (ex. neasigurați, beneficiari de VMG, persoane cu dizabilități, minorități etnice defavorizate, persoane fără adăpost etc.).*

Personal implicat în furnizarea de **servicii medicale în regim ambulatoriu** (ex. medici, asistente medicale, moașe etc.)/ personal superior din structuri paraclinice (ex. biologi, chimiști etc.)/ personal implicat în furnizarea de servicii conexe actului medical în regim ambulatoriu (ex. tehnicieni de laborator, kinetoterapeuți, tehnicieni imagistică etc.)/ personal suport (ex. personal administrativ, IT, registratori medicali etc.)

Persoane care oferă **servicii de medicină școlară, inclusiv servicii stomatologice** (ex. medici de familie, asistente medicale, asistenți medicali comunitari/ mediatori sanitari, personal care asigură asistența medicală primară acordată copiilor și tinerilor, medici stomatologi, asistente medicale din cabinetele medicale stomatologice etc.)

Copii/ tineri care beneficiază de **servicii de medicină școlară**, cu accent pe:

- ▶ *mediul rural*
- ▶ *zone greu accesibile*
- ▶ *populația dezavantajată socio-economic/ vulnerabilă (ex. cu părinți neasigurați sau beneficiari de VMG persoane cu dizabilități, minorități etnice defavorizate, persoane fără adăpost etc).*

Copii/ tineri care beneficiază de **servicii stomatologice**, cu accent pe:

- ▶ *din mediul rural*
- ▶ *din zone greu accesibile*
- ▶ *populație dezavantajată socio-economic/ vulnerabilă* (ex. cu părinți neasigurați sau beneficiari de VMG persoane cu dizabilități, minorități etnice defavorizate, persoane fără adăpost etc).

Teritorii specifice vizate, inclusiv utilizarea planificată de instrumente teritoriale - Articolul 17(3)(d)(iv):

Text field [2 000]

Acțiuni interregionale și transnaționale – Articolul – 17(3)(d)(v)

Text field [2 000]

Utilizarea planificată de instrumente financiare – Articolul – 17(3)(d)(vi)

NA

Indicatori

Referință: Articolul 17(3)(d)(ii) RDC

Tabel 2: Indicatori de realizare								
Prioritatea	Obiectiv specific	Fond	Categorie de regiune	ID	Indicator	Unitatea de măsurare	Ținte intermediare (2024)	Ținte (2029)
Prioritatea 2: Servicii de asistență medicală primară, comunitară și servicii oferite în regim ambulatoriu	OS (iv) Asigurarea accesului egal la asistență medicală prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv la asistență medicală primară	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	RCO 69	Capacity of supported health care infrastructure	Nr		
					Cabinete medici de familie dotate/ modernizate	Nr.		
					Centre/compartimente unde se furnizează servicii de asistență medicală comunitară dotate/ modernizate	Nr		
					Cabinete medicale școlare/cabinete medicale stomatologice dotate/ modernizate	Nr		
					Unități mobile achiziționate	Nr		
					Unități medicale/ sanitare/alte structuri publice (în care se desfășoară activități medicale de tip ambulatoriu) dotate/ extinse/ modernizate/reabilitate	nr		
	OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung	FSE+	Mai dezvoltată Mai puțin dezvoltată		Administrații sau servicii publice sprijinite la nivel național, regional sau local	Nr.		
					<i>Instrumente suport elaborate/ revizuite</i>			
					Proiecte care sprijină dezvoltarea de servicii medicale în comunitate, din care: ► din mediul rural ► din zone greu accesibile ► din zone cu populație dezavantajată socio-economic/ vulnerabilă	Nr.		
					Proiecte care sprijină dezvoltarea de servicii în ambulatoriu	Nr.		
					Proiecte care sprijină dezvoltarea de servicii de medicină școlară	Nr.		
					Proiecte care sprijină dezvoltarea de servicii de medicină stomatologică	Nr.		
					Persoane care beneficiază de programe de formare, din care: ► medici de familie	Nr.		

Tabel 2: Indicatori de realizare								
Prioritatea	Obiectiv specific	Fond	Categorie de regiune	ID	Indicator	Unitatea de măsurare	Ținte intermediare (2024)	Ținte (2029)
					<ul style="list-style-type: none"> ▶ medici care asigură asistența medicală în regim ambulatoriu ▶ medici stomatologi ▶ asistente medicale/ asistenți medicali comunitari/ mediatori sanitari ▶ asistente medicale care asigură asistența medicală în regim ambulatoriu ▶ personal superior din structuri paraclinice ▶ asistente medicale din cabinetele medicale stomatologice ▶ personal care asigură asistența medicală primară acordată copiilor și tinerilor ▶ personal implicat în furnizarea de servicii conexe actului medical ▶ personal suport ▶ personal din administrația publică centrală (inclusiv servicii deconcentrate) a sistemului public de sănătate ▶ personal din administrația publică locală a sistemului public de sănătate 			
					<p>Medici sprijiniți, din care:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ din mediul rural sau care oferă servicii medicale pentru pacienți din mediul rural ▶ din zone greu accesibile sau care oferă servicii medicale pentru pacienți din aceste zone ▶ din zone cu populație dezavantajată socio- economic/ vulnerabilă sau care oferă servicii medicale pentru pacienți din aceste zone sau care au pe lista populație dezavantajată socio-economic/ vulnerabilă 	Nr.		
					<p>Persoane care beneficiază de servicii de asistență primară/ comunitară, din care:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ din mediul rural ▶ din zone greu accesibile 	Nr.		

Tabel 2: Indicatori de realizare								
Prioritatea	Obiectiv specific	Fond	Categorie de regiune	ID	Indicator	Unitatea de măsurare	Ținte intermediare (2024)	Ținte (2029)
					<ul style="list-style-type: none"> din zone cu populație dezavantajată socio-economic/ vulnerabilă 			
					Persoane care beneficiază de servicii publice oferite în regim ambulatoriu, din care: <ul style="list-style-type: none"> din mediul rural din zone greu accesibile populație dezavantajată socio-economic/ vulnerabilă 	Nr.		
					Copii/ tineri care beneficiază de servicii de medicină școlară, din care: <ul style="list-style-type: none"> din mediul rural din zone greu accesibile populație dezavantajată socio-economic/ vulnerabilă 	Nr.		
					Copii/ tineri care beneficiază de servicii stomatologice, din care: <ul style="list-style-type: none"> din mediul rural din zone greu accesibile populație dezavantajată socio-economic/ vulnerabilă 	Nr.		

Tabel 3: Indicatori de rezultat											
Prioritate	Obiectiv specific	Fond	Categorie de regiune	ID	Indicator	Unitate de măsurare	Valoare de referință sau valoare de bază	An de referință	Țintă (2029)	Sursa datelor	Comentarii
Prioritatea 2: Servicii de asistență medicală primară, comunitară și servicii oferite în regim ambulatoriu	OS (iv) Asigurarea accesului egal la asistență medicală prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv la asistență medicală primară	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	RCR 73	Annual users of new or modernised health care facilities	Nr.					
	OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung	FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată		Instrumente suport aprobate/ implementate	Nr					
					Comunități care au acces la servicii medicale în comunitate urmare a sprijinului primit, din care: ▶ <i>din mediul rural</i> ▶ <i>din zone greu accesibile</i> ▶ <i>din zone cu populație dezavantajată socio-economic/ vulnerabilă</i>	Nr.					
					Unități sprijinite să ofere servicii în regim ambulatoriu	Nr.					
					Unități școlare ai căror elevi beneficiază de servicii de medicină școlară urmare a sprijinului primit	Nr.					
					Unități școlare ai căror elevi beneficiază de servicii de medicină stomatologică urmare a sprijinului primit	Nr.					
					Persoane care și-au îmbunătățit nivelul de calificare/ certificare urmare a sprijinului primit, din care: ▶ <i>medici de familie</i> ▶ <i>medici care asigură asistența medicală în regim ambulatoriu</i> ▶ <i>medici stomatologi</i>	Nr.					

Tabel 3: Indicatori de rezultat												
Prioritate	Obiectiv specific	Fond	Categorie de regiune	ID	Indicator	Unitate de măsurare	Valoare de referință sau valoare de bază	An de referință	Țintă (2029)	Sursa datelor	Comentarii	
					<ul style="list-style-type: none">▶ <i>asistente medicale/ asistenți medicali comunitari/ mediatori sanitari</i>▶ <i>asistente medicale care asigură asistența medicală în regim ambulatoriu</i>▶ <i>personal superior din structuri paraclinice</i>▶ <i>asistente medicale din cabinetele medicale stomatologice</i>▶ <i>personal care asigură asistența medicală primară acordată copiilor și tinerilor</i>▶ <i>personal implicat în furnizarea de servicii conexe actului medical</i>▶ <i>personal suport</i>▶ <i>personal din administrația publică centrală (inclusiv servicii deconcentrate) a sistemului public de sănătate</i>▶ <i>personal din administrația publică locală a sistemului public de sănătate</i>							
					Persoane care beneficiază de servicii de asistență primară urmare a sprijinului acordat medicilor, din care: <ul style="list-style-type: none">▶ <i>din mediul rural</i>▶ <i>din zone greu accesibile</i>▶ <i>populație dezavantajată socio - economic/ vulnerabilă</i>	Nr.						
					Gradul de satisfacție al persoanelor care beneficiază de servicii de medicină primară/ comunitară, din							

Tabel 3: Indicatori de rezultat											
Prioritate	Obiectiv specific	Fond	Categorie de regiune	ID	Indicator	Unitate de măsurare	Valoare de referință sau valoare de bază	An de referință	Țintă (2029)	Sursa datelor	Comentarii
					care: <ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>din mediul rural</i> ▶ <i>din zone greu accesibile</i> ▶ <i>din zone cu populație dezavantajată socio-economic/ vulnerabilă-</i> 						
					Gradul de satisfacție al persoanelor care beneficiază de servicii publice oferite în regim ambulatoriu						
					% copiilor cu examen anual de sănătate	%					
					% copiilor / tinerilor care au avut un examen stomatologic în ultimul an	%					

2.3. Prioritatea 3: Servicii de reabilitare, paliatie și îngrijiri pe termen lung adaptate fenomenului demografic de îmbătrânire a populației și profilului epidemiologic al morbidității

Referință: Articolul 4(1), 10 and 13 FSE+

	<i>This is a priority dedicated to youth employment</i>
	<i>This is a priority dedicated to innovative actions</i>
	<i>This is a priority dedicated to support to the most deprived under the specific objective set out in point (xi) of Article 4(1) of the FSE+ regulation**</i>
	<i>This is a priority dedicated to support to the most deprived under the specific objective set out in point (x) of Article 4(1) of the FSE+ regulation³¹</i>

Ticking box applicable to FSE+ priorities. In case of EMFF, title of the priority is pre-defined.

** If marked go to section 2.A.2.a

Împărțirea indicativă a resurselor programate (UE) pe tip de intervenție

Referință: Articolul 17(3)(c) RDC

Tabel 4: Dimensiunea 1 – câmp de intervenție				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
3. Servicii de reabilitare, paliatie și îngrijiri pe termen lung adaptate fenomenului demografic de îmbătrânire a populației și profilului epidemiologic al morbidității	FEDR	Mai puțin dezvoltată	092 Health infrastructure	
		Mai dezvoltată	093 Health equipment	
	FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	123 Measures to improve the accessibility, effectiveness and resilience of healthcare systems (excluding infrastructure)	

Tabel 5: Dimensiunea 2 – Formă de sprijin				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
3. Servicii de reabilitare, paliatie și îngrijiri pe termen lung adaptate fenomenului demografic de îmbătrânire a populației și profilului	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	01 Granturi 01b Grant under conditions (fully or partially repayable grants)	
	FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	01 Granturi 01b Grant under conditions (fully or partially repayable grants)	

³¹ In case resources under the specific objective set out in point (x) of Article 4(1) of the ESF+ Regulation are taken into account for the purposes of Article 7(4) of the ESF+ Regulation.

epidemiologic al morbidității				
-------------------------------	--	--	--	--

Tabel 6: Dimensiunea 3 – mecanism de furnizare la nivel teritorial și orientare teritorială				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
3. Servicii de reabilitare, paliative și îngrijiri pe termen lung adaptate fenomenului demografic de îmbătrânire a populației și profilului epidemiologic al morbidității	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	17 Other types of territories targeted	
	FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	17 Other types of territories targeted	

Tabel 7: Dimensiunea 6 – teme secundare FSE+				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
3. Servicii de reabilitare, paliative și îngrijiri pe termen lung adaptate fenomenului demografic de îmbătrânire a populației și profilului epidemiologic al morbidității				
	FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	02 Developing digital skills and jobs	
			05 Non-discrimination	
			06 Gender equality	

2.3.1. FEDR - OS (iv) Asigurarea accesului egal la asistență medicală prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv la asistență medicală primară

Intervenții din fonduri

Referință: Articolul 17(3)(d)(i),(iii),(iv),(v),(vi);

Tipuri de acțiuni vizate– Articolul 17(3)(d)(i) RDC; Articolul 6(2) FSE+

<p>Investiții în infrastructura publică a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ unităților sanitare care furnizează servicii de reabilitare/ recuperare, inclusiv rețeaua balneară pe profile de patologie (inclusiv centre de recuperare medicală, recuperare neurologică și post-traumatică) ▶ unităților sanitare care furnizează servicii de paliative și îngrijiri medicale pe termen lung ▶ unităților sanitare acuți în vederea transformării acestora în unități sanitare care furnizează servicii de reabilitare/ recuperare, servicii de paliative și îngrijiri medicale pe termen lung ▶ unităților medico-sociale care furnizează servicii medicale de îngrijire de lungă durată <p>Exemple de acțiuni eligibile: Dotare/ extindere/ modernizare/ reabilitare</p>

Principalele grupuri țintă - Articolul 17(3)(d)(iii):

Populația României (de exemplu: persoane cu boli cronice, persoane care au suferit o boală sau un prejudiciu în urmă căruia și-au pierdut complet/ parțial independența (ex: accident vascular cerebral)

Teritorii specifice vizate, inclusiv utilizarea planificată de instrumente teritoriale - Articolul 17(3)(d)(iv):

Text field [2 000]

Acțiuni interregionale și transnaționale – Articolul – 17(3)(d)(v)

Text field [2 000]

Utilizarea planificată de instrumente financiare – Articolul – 17(3)(d)(vi)

Text field [1 000]

2.3.2. FSE+ OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung

Intervenții din fonduri

Referință: Articolul 17(3)(d)(i),(iii),(iv),(v),(vi);

Tipuri de acțiuni vizate– Articolul 17(3)(d)(i) RDC; Articolul 6(2) FSE+

Îmbunătățirea accesibilității, a eficacității serviciilor de reabilitare/ recuperare

- ▶ Dezvoltarea de instrumente de suport care să faciliteze creșterea accesibilității și eficacității serviciilor de reabilitare/recuperare

Exemple de acțiuni eligibile:

- inventarierea furnizorilor de servicii și a capacității de furnizare de servicii de medicină fizică și reabilitare – infrastructură, dotare, resurse umane
- estimarea nevoilor viitoare de servicii de medicină fizică și reabilitare
- redefinirea politicilor de acces în funcție de severitatea afectării și de criterii de vulnerabilitate
- elaborarea unui plan național de dezvoltare a rețelei de servicii de medicină fizică și de reabilitare
- actualizarea pachetului de bază de servicii de medicină fizică și reabilitare
- ajustarea mecanismului de finanțare din sistemul de asigurări sociale de sănătate
- definirea traseului pacientului în sistem pentru îngrijirile de recuperare/ reabilitare

- ▶ dezvoltarea competențelor personalului implicat în furnizarea serviciilor de reabilitare/recuperare

Exemple de acțiuni eligibile:

- revizuirea curriculum-ului de pregătire în specialitate și definirea formelor de educație medicală continuă necesare pe categorii profesionale pentru asigurarea competențelor cheie necesare
- dezvoltarea unui plan de instruire pe termen mediu pentru personalul din domeniu, inclusiv personalul care lucrează în domeniul medical din serviciile sociale

- ▶ furnizarea de servicii de reabilitare/ recuperare, cu accent pe:

- ▶ persoane din zona rurală
- ▶ populația dezavantajată socio-economic (ex. neasigurați sau beneficiari de VMG persoane cu dizabilități, minorități etnice defavorizate, persoane fără adăpost etc.)

- ▶ *persoanele vulnerabile din punct de vedere medical (ex. persoane cu afecțiuni cronice care afectează capacitatea funcțională (ex. afecțiuni cardiace, neurologice, ortopedice, degenerative, politrauma etc.)*

Îmbunătățirea accesibilității și a eficacității serviciilor de îngrijire paliativă, prin:

- ▶ Dezvoltarea de instrumente de suport care să faciliteze creșterea accesibilității și eficacității serviciilor de îngrijire paliativă

Exemple de acțiuni eligibile:

- ajustarea mecanismelor de finanțare
- standardizarea documentației medicale specifice îngrijirilor paliative
- adaptarea sistemului informatic pentru integrarea modificărilor în modalitățile de raportare și decontare a noilor servicii
- reglementarea prescrierii de medicamente esențiale de îngrijire paliativă (inclusiv medicamente analgezice puternice-opioide, astfel încât acestea să fie disponibile la toate nivelurile de îngrijire atât pentru pacienții cu cancer, cât și pentru cei cu alte boli progresive cronice)
- elaborarea și implementarea de protocoale și algoritmi pentru îngrijirile paliative
- sistem de monitorizare a dezvoltării serviciilor de sănătate inclusiv cele de îngrijiri paliative

- ▶ dezvoltarea competențelor personalului implicat în furnizarea de servicii de îngrijire paliativă

Exemple de acțiuni eligibile:

- instruirea membrilor echipele specializate de îngrijiri paliative din noile structuri de îngrijiri paliative
- programe de atestat în îngrijiri paliative pentru medici
- program de specializare în îngrijiri paliative asistenți medicali
- instruirea medicilor de familie în îngrijire paliativă de bază
- includerea modulului de îngrijiri paliative în curriculumul de rezidențiat în medicina de familie și oncologie
- ▶ furnizarea de servicii de îngrijire paliativă, cu accent pe:
 - *persoane din zona rurală*
 - *persoane din zone greu accesibile*
 - *populația dezavantajată socio-economic/ vulnerabilă (ex. cu părinți neasigurați sau beneficiari de VMG persoane cu dizabilități, minorități etnice defavorizate, persoane fără adăpost etc).*

Îmbunătățirea accesibilității, a eficacității serviciilor de îngrijire pe termen lung prin:

- ▶ dezvoltarea de instrumente de suport care să faciliteze creșterea accesibilității și eficacității serviciilor de îngrijire pe termen lung

Exemple de acțiuni eligibile:

- definirea tipurilor de îngrijiri pe termen lung și a tipurilor de furnizori
- redefinirea politicilor de acces în funcție de severitatea afectării și de criterii de vulnerabilitate
- actualizarea pachetului de servicii și a cadrului de contractare în sistemul de asigurări sociale de sănătate
- ajustarea mecanismului de finanțare
- definirea traseului pacientului în sistem pentru îngrijirile pe termen lung
- elaborarea și implementarea de protocoale, algoritmi și instrumente pentru îngrijirile pe termen lung

- ▶ dezvoltarea competențelor personalului implicat în furnizarea serviciilor pe termen lung

Exemple de acțiuni eligibile:

- definirea responsabilităților și competențelor privind îngrijirile pe termen lung pe tipuri de furnizori
- instruirea personalului implicat în îngrijirile pe termen lung în formă instituționalizată sau în comunitate
- ▶ furnizarea de servicii de îngrijiri pe termen lung, cu accent pe:
 - persoane din zona rurală
 - persoane din zone greu accesibile
 - populația dezavantajată socio-economic/ vulnerabilă (ex. cu părinți neasigurați sau beneficiari de VMG persoane cu dizabilități, minorități etnice defavorizate, persoane fără adăpost etc).

Principalele grupuri țintă - Articolul 17(3)(d)(iii):

Personal din administrația publică centrală (inclusiv servicii deconcentrate) și locală a sistemului public de sănătate
 Personal implicat în furnizarea de **servicii de reabilitare/ recuperare** (ex. medici, asistente medicale, etc)/ servicii conexe actului medical (ex. fizioterapeuți, kinetoterapeuți, maseuri, băieși, profesori cultură fizică medicală, tehnicieni imagistică, echipamente de recuperare etc)/ personal suport (ex. personal administrativ, IT, registratori medicali etc.)

Persoane care beneficiază de **servicii de reabilitare/recuperare**, cu accent pe:

- ▶ persoane din zona rurală
- ▶ populația dezavantajată socio-economic (ex. neasigurați sau beneficiari de VMG persoane cu dizabilități, minorități etnice defavorizate, persoane fără adăpost etc.)
- ▶ persoanele vulnerabile din punct de vedere medical (ex. persoane cu afecțiuni cronice care afectează capacitatea funcțională (ex. afecțiuni cardiace, neurologice, ortopedice, degenerative, politrauma etc.)

Personal implicat în furnizarea de **servicii de îngrijire paliativă** (ex. medici, asistente medicale, etc)/ servicii conexe actului medical (ex. psihologi, kinetoterapeuți, tehnicieni imagistică etc)/ personal suport (ex. personal administrativ, IT, registratori medicali etc.)

Persoane care beneficiază de **servicii de îngrijire paliativă**, cu accent pe:

- ▶ persoane din zona rurală
- ▶ populația dezavantajată socio-economic (ex. neasigurați sau beneficiari de VMG persoane cu dizabilități, minorități etnice defavorizate, persoane fără adăpost etc).
- ▶ persoanele vulnerabile din punct de vedere medical (ex. cu afecțiuni oncologice sau alte tipuri de afecțiuni grave, amenințătoare de viață etc.)

Personal implicat în furnizarea de **servicii de îngrijiri pe termen lung** (ex. medici, asistente medicale, etc)/ servicii conexe actului medical (ex. kinetoterapeuți, tehnicieni imagistică etc)/ personal suport (ex. personal administrativ, IT, registratori medicali etc.)

Persoane care beneficiază de **servicii de îngrijiri pe termen lung**, cu accent pe:

- ▶ persoane din zona rurală
- ▶ populația dezavantajată socio-economic/ persoane vulnerabile din punct de vedere medical (ex. neasigurați sau beneficiari de VMG persoane cu dizabilități, minorități etnice defavorizate, persoane fără adăpost, pensionari cu venituri reduse, etc).

Teritorii specifice vizate, inclusiv utilizarea planificată de instrumente teritoriale - Articolul 17(3)(d)(iv):

Text field [2 000]

Ațiuni interregionale și transnaționale – Articolul – 17(3)(d)(v)

Text field [2 000]

Utilizarea planificată de instrumente financiare – Articolul – 17(3)(d)(vi)

Text field [1 000]

Indicatori

Referință: Articolul 17(3)(d)(ii) RDC

Tabel 2: Indicatori de realizare								
Prioritatea	Obiectiv specific	Fond	Categorie de regiune	ID	Indicator	Unitatea de măsurare	Ținte intermediare (2024)	Ținte (2029)
3. Servicii de reabilitare, paliative și îngrijiri pe termen lung adaptate fenomenului demografic de îmbătrânire a populației și profilului epidemiologic al morbidității	OS (iv) Asigurarea accesului egal la asistență medicală prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv la asistență medicală primară	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	RCO 69	Capacity of supported health care infrastructure	Nr.		
					Unități sanitare și medico-sociale dotate/ extinse/ modernizate/ reabilitate (inclusiv unități acuți transformate în unități care furnizării de destinate îngrijirii pe termen lung)	Nr.		
					Furnizori de servicii de îngrijire paliativă aflați în relație contractuală cu FNUASS	Nr.		
	OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung	FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată		Administrații sau servicii publice sprijinite la nivel național, regional sau local	Nr.		
					Instrumente suport elaborate/ revizuite	Nr.		
					Proiecte care sprijină dezvoltarea de reabilitare/ recuperare	Nr.		
					Persoane care beneficiază de programe de formare, din care: <ul style="list-style-type: none"> ▶ medici ▶ medici de familie ▶ asistente medicale ▶ personal care asigură servicii conexe actului medical ▶ personal suport ▶ personal din administrația publică centrală (inclusiv servicii deconcentrate) a sistemului public de sănătate ▶ personal din administrația publică locală a sistemului public de sănătate 	Nr.		
					Persoane care beneficiază de servicii de reabilitare/ recuperare, din care: <ul style="list-style-type: none"> ▶ persoane din zona rurală 	Nr.		

Tabel 2: Indicatori de realizare								
Prioritatea	Obiectiv specific	Fond	Categorie de regiune	ID	Indicator	Unitatea de măsurare	Ținte intermediare (2024)	Ținte (2029)
					<ul style="list-style-type: none"> ▶ populația dezavantajată socio-economic/ ▶ persoanele vulnerabile din punct de vedere medical 			
					Proiecte care sprijină dezvoltarea de servicii de îngrijire paliativă	Nr.		
					Persoane care beneficiază de servicii de îngrijire paliativă, din care: <ul style="list-style-type: none"> ▶ persoane din zona rurală ▶ populația dezavantajată socio-economic/ ▶ persoanele vulnerabile din punct de vedere medical 	Nr.		
					Proiecte care sprijină dezvoltarea de servicii de îngrijire pe termen lung	Nr.		
					Persoane care beneficiază de servicii de îngrijire pe termen lung, din care: <ul style="list-style-type: none"> ▶ persoane din zona rurală ▶ populația dezavantajată socio-economic/ ▶ persoanele vulnerabile din punct de vedere medical 	Nr.		

Tabel 3: Indicatori de rezultat											
Prioritate	Obiectiv specific	Fond	Categorie de regiune	ID	Indicator	Unitate de măsurare	Valoare de referință sau valoare de bază	An de referință	Țintă (2029)	Sursa datelor	Comentarii
3. Servicii de reabilitare, paliativă și îngrijiri pe termen lung adaptate fenomenului demografic de îmbătrânire a populației și profilului epidemiologic al morbidității	OS (iv) Asigurarea accesului egal la asistență medicală prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv la asistență medicală primară	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	RCR 73	Annual users of new or modernised health care facilities	Nr.					
	OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung	FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată		Instrumente suport aprobate/ implementate	Nr.					
					Servicii de reabilitare/ recuperare dezvoltate	Nr.					
					Persoane care și-au îmbunătățit nivelul de calificare/ certificare, urmare a sprijinului primit, din care: <ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>medici</i> ▶ <i>medici de familie</i> ▶ <i>asistente medicale</i> ▶ <i>personal care asigură servicii conexe actului medical</i> ▶ <i>personal suport</i> ▶ <i>personal din administrația publică centrală (inclusiv servicii deconcentrate) a sistemului public de sănătate</i> ▶ <i>personal din administrația publică locală a sistemului public de sănătate</i> 	Nr.					
					Gradul de satisfacție al persoanei care beneficiază de servicii de						

				reabilitare/ recuperare, din care: <ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>din zona rurală</i> ▶ <i>populație dezavantajată socio-economic/</i> ▶ <i>persoane vulnerabile din punct de vedere medical</i> 						
				Servicii de îngrijire paliativă implementate/ dezvoltate	Nr.					
				Gradul de satisfacție al persoanei care beneficiază de servicii de îngrijire paliativă, din care: <ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>din zona rurală</i> ▶ <i>populație dezavantajată socio-economic/</i> ▶ <i>persoane vulnerabile din punct de vedere medical</i> 						
				Servicii de îngrijire pe termen lung implementate/ dezvoltate	Nr.					
				Gradul de satisfacție al persoanei care beneficiază de servicii de îngrijire pe termen lung, din care: <ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>din zona rurală</i> ▶ <i>populație dezavantajată socio-economic/</i> ▶ <i>persoane vulnerabile din punct de vedere medical</i> 						

]

2.4. Prioritatea 4: Creșterea eficacității sectorului medical prin investiții în infrastructură și servicii

Referință: Articolul 4(1), 10 and 13 FSE+

	This is a priority dedicated to youth employment
	This is a priority dedicated to innovative actions
	This is a priority dedicated to support to the most deprived under the specific objective set out in point (xi) of Article 4(1) of the FSE+ regulation**
	This is a priority dedicated to support to the most deprived under the specific objective set out in point (x) of Article 4(1) of the FSE+ regulation ³²

* Ticking box applicable to FSE+ priorities. In case of EMFF, title of the priority is pre-defined.

** If marked go to section 2.A.2.a

Împărțirea indicativă a resurselor programate (UE) pe tip de intervenție

Referință: Articolul 17(3)(c) RDC

Tabel 4: Dimensiunea 1 – câmp de intervenție				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
4. Creșterea eficacității sectorului medical prin investiții în infrastructură și servicii	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	092 Health infrastructure	
			093 Health equipment	
			094 Health mobile assets	
	FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	123 Measures to improve the accessibility, effectiveness and resilience of healthcare systems (excluding infrastructure)	

Tabel 5: Dimensiunea 2 – Formă de sprijin				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
4. Creșterea eficacității sectorului medical prin investiții în infrastructură și servicii	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	01 Granturi 01b Grant under conditions (fully or partially repayable grants)	
	FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	01 Granturi 01b Grant under conditions (fully or partially repayable grants)	

Tabel 6: Dimensiunea 3 – mecanism de furnizare la nivel teritorial și orientare teritorială				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
4. Creșterea eficacității sectorului medical prin investiții în infrastructură și servicii	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	17 Other types of territories targeted	
	FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	17 Other types of territories targeted	

³² In case resources under the specific objective set out in point (x) of Article 4(1) of the ESF+ Regulation are taken into account for the purposes of Article 7(4) of the ESF+ Regulation.

Tabel 7: Dimensiunea 6 – teme secundare FSE+				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
4. Creșterea eficacității sectorului medical prin investiții în infrastructură și servicii	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată		
	FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	01 Contributing to green skills and jobs and the green economy	
			02 Developing digital skills and jobs	
			05 Non-discrimination	
			06 Gender equality	

2.4.1. FEDR - OS (iv) Asigurarea accesului egal la asistență medicală prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv la asistență medicală primară

Intervenții din fonduri

Referință: Articolul 17(3)(d)(i),(iii),(iv),(v),(vi);

Tipuri de acțiuni vizate – Articolul 17(3)(d)(i) RDC; Articolul 6(2) FSE+

<p>A. Investiții (exemple de acțiuni eligibile: extindere/modernizare/reabilitare/ dotare) în infrastructura publică a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ a. Unităților sanitare - serviciilor esențiale pentru afecțiuni complexe: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dezvoltarea structurilor integrate de preluare și îngrijire a pacientului critic, inclusiv copii prin: asigurarea infrastructurii unităților dedicate de îngrijire (ex. unități pentru tratarea accidentelor vasculare cerebrale, unități pentru tratarea pacientului cardiac în stare critică, blocuri operatorii, ATI, inclusiv stațiile de oxigen care deservește aceste structuri), mari arși, politraumă, neonatologie-prematuri ○ structuri de imagistică medicală (ex. CT, angiografe, rezonanță magnetică nucleară etc.) ○ laboratoare de analize medicale ○ dezvoltarea circuitelor de preluare, a sistemului de transport/ transfer medical al pacientului critic copii, îngrijire pentru asigurarea standardelor de calitate în managementul pacientului critic copii
<p>B. Investiții (exemple de acțiuni eligibile: modernizare/reabilitare/extindere/ dotare) în infrastructura publică a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ b. structurilor sanitare unde se realizează depistare, diagnosticare, tratare și recuperare a pacienților cu afecțiuni genetice și a celor cu anomalii congenitale, estimarea riscului de recurență a bolilor genetice în familiile pacienților (ex. centrele regionale de genetică medicală, laboratoarele de genetică medicală pentru afecțiuni cronice (ex. oncologie, neurologie, endocrinologie și diabet, cardiologie, gastroenterologie etc.), monitorizarea evoluției bolii oncologice (investigare fenotip tumoral, monitorizarea riscului de recurență prin ADN circulant sau celule tumorale circulante) ▶ c. structurilor sanitare unde se realizează examinări asupra persoanelor în viață care au suferit vătămări ale integrității corporale sau agresiuni sexuale sau solicită stabilirea vârstei și sexului; examene medico-legale traumatologice în cazuri de vătămări corporale grave; examinări medico-legale psihiatrice în materie penală și civilă; examinări/ expertize în vederea amânării sau întreruperii executării pedepsei pe motive medicale; examinări/ expertize în cazuri de acordare necorespunzătoare a asistenței medicale (ex. anatomie patologică, toxicologie, antropologie medico-legală, serologie medico-legală și genetică medico-legală, etc.) ▶ d. unităților sanitare unde se realizează programele de screening/ prevenție și tratament pentru retinopatia de prematuritate ▶ e. unităților sanitare unde se realizează îngrijirea pacienților în domeniul neurologie pediatrică - boli rare

C. Investiții (exemple de acțiuni eligibile: extindere/ modernizare/ reabilitare/ dotare/) în infrastructura publică a structurilor sanitare care au atribuții în prevenirea, controlul, diagnosticul și supravegherea bolilor transmisibile, inclusiv în epidemii, pandemii, controlul și supravegherea infecțiilor asociate actului medical și a celor implicate în sănătatea publică:

- ▶ **laboratoarele de microbiologie** din cadrul spitalelor evidențiate ca potențiali beneficiari în cadrul documentelor programatice naționale sau ale altor instituții
- ▶ **laboratorului național de referință/ laboratoarelor de lucru regionale**
 - INSP București/ centrele INSP regionale, inclusiv București
 - alte laboratoare publice implicate în prevenirea, controlul, diagnosticul și supravegherea bolilor transmisibile, inclusiv în epidemii, pandemii, controlul și supravegherea infecțiilor asociate actului medical și a celor implicate în sănătatea publică (ex. Direcțiile de Sănătate Publică)

D. Investiții (exemple de acțiuni eligibile: construire/ extindere/ modernizare/ reabilitare/ dotare) în infrastructura publică a:

- ▶ **Sistemului național de transfuzii, inclusiv a infrastructurii de testare a sângelui și/sau procesare a plasmei**

Ex.

- ▶ centrele de transfuzie sanguină (ex Institutul Național de Hematologie și centrele de transfuzii care să permită controlul sângelui, inclusiv al bolilor rare)
- ▶ infrastructura de prelevare, testare a sângelui și/sau procesare a plasmei

E. Investiții (exemple de acțiuni eligibile: extindere/ modernizare/ reabilitare/ dotare) de mică amploare în infrastructura spitalelor orășenești

Principalele grupuri țintă - Articolul 17(3)(d)(iii):

- ▶ Populația României

Teritorii specifice vizate, inclusiv utilizarea planificată de instrumente teritoriale - Articolul 17(3)(d)(iv):

NA

Acțiuni interregionale și transnaționale – Articolul – 17(3)(d)(v)

NA

Utilizarea planificată de instrumente financiare – Articolul – 17(3)(d)(vi)

NA

2.4.2. FSE+ - OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung

Intervenții din fonduri

Referință: Articolul 17(3)(d)(i),(iii),(iv),(v),(vi);

- **Implementarea de programe de screening populațional/ diagnosticare și tratament al stadiilor incipiente în special pentru persoane aparținând grupurilor vulnerabile** (ex. cancer col uterin, cancer mamar, cancer colorectal, hepatite/ HIV SIDA, screening metabolic, tuberculoză, testare genetică, screeningul factorilor de risc comuni ai bolilor cronice, etc.)

Exemple de acțiuni eligibile:

- Furnizarea de servicii medicale, cu accent pe:
 - persoane din zona rurală
 - populație dezavantajată socio-economic/ vulnerabilă (ex. neasigurați sau beneficiari de VMG persoane cu dizabilități, minorități etnice defavorizate, persoane fără adăpost, pensionari cu venituri reduse, etc.).
- Măsuri suport pentru persoanele din zona rurală/ dezavantajate socio-economic/ vulnerabile (ex. costuri de transport/ cazare necesare persoanelor pentru a beneficia de anumite servicii medicale specializate, costuri de consiliere și suport psihologic în grupuri etc.)
- Măsuri de dezvoltare a capacității instituționale de a implementa programe de screening: instruire periodică în managementul programelor de screening, asigurarea și controlul calității programului, certificare servicii, monitorizarea și evaluarea programelor, elaborare studii/ analize/ rapoarte/ monitorizare, crearea de parteneriate, etc.
- Măsuri de dezvoltare a abilităților și competențelor personalului implicat în implementarea programelor de screening, inclusiv personal servicii conexe și personal suport (ex. dezvoltare/ actualizare curriculum formare, instruire periodică, evaluare competente/ certificare, etc.)
- Măsuri de dezvoltare/ actualizare metodologii/ standarde/ ghiduri screening/ actualizarea de costuri etc.
- Activități logistică și organizare program de testare: costuri transport probe către laboratoare, cost distribuție materiale sanitare la centrele de recoltare transport și cazare personal medical, costuri de invitate/reinvitate, costuri call center, costuri operare unități mobile etc.
- Campanii de informare/ conștientizare a grupului țintă și de creștere a gradului de conștientizare al populației
- Achiziții echipamente (în limita de crossfinancing)
- Măsuri de informatizare/ digitizare, inclusiv telemedicină
- Alte măsuri necesare implementării măsurilor de screening

- **Implementarea de programe de diagnosticare precoce și tratament, în special pentru persoane aparținând grupurilor vulnerabile** (ex. cancer pulmonar, cancer prostată, cancere ginecologice, cancere ale capului și gâtului, testare genetică. etc)

Exemple de acțiuni eligibile:

- Furnizarea de servicii medicale, cu accent pe:
 - persoane din zona rurală
 - populație dezavantajată socio-economic/ vulnerabilă (ex. neasigurați sau beneficiari de VMG persoane cu dizabilități, minorități etnice defavorizate, persoane fără adăpost, persoane cu venituri reduse, etc).
- Măsuri suport pentru a viza persoane din zona rurală/ dezavantajate socio-economic/ vulnerabile (ex. costuri de transport/ cazare necesare persoanelor pentru a beneficia de anumite servicii medicale specializate, costuri de consiliere și suport psihologic în grupuri etc.)
- Măsuri de dezvoltare a capacității personalului implicat în implementarea măsurilor programului de screening, inclusiv personal servicii conexe și personal suport (ex. dezvoltare/ actualizare curriculum formare, evaluare competente/, certificare, etc)

- Măsurile de dezvoltare/ actualizare metodologii/ standarde/ ghiduri screening/ actualizarea de costuri etc.
- Activități logistică și organizare program de testare: costuri transport probe către laboratoare, cost distribuție materiale sanitare la centrele de recoltare transport și cazare personal medical, costuri de invitate/reinvitate, costuri call center, costuri operare unități mobile etc.
- Campanii de informare/ conștientizare a grupului țintă
- Elaborare studii/ analize/ rapoarte/ monitorizare etc
- Măsurile de sprijin pentru asigurarea calității în screening
- Achiziții echipamente (în limita de crossfinancing)
- Măsurile de informatizare/ digitizare, inclusiv telemedicină
- Alte măsuri necesare implementării măsurilor de screening

► **Măsurile destinate creșterii capacității de îngrijire medicală a pacientului critic prenatal/ neonatal/ postneonatal**

Exemple de acțiuni eligibile:

Dezvoltarea centrelor regionale de instruire și derularea la nivel național de programe de instruire pentru pacientul critic neonatal

- *Investiții de tip FEDR în amenajarea centrelor de instruire*
- Măsurile de dezvoltare a abilităților și competențelor personalului implicat în implementarea măsurilor destinate pacientului critic **prenatal/ neonatal/ postneonatal**, inclusiv personal servicii conexe și personal suport (ex. dezvoltare/ actualizare curriculum formare, instruire periodică, evaluare competente/ certificare, etc.)

► **Măsurile de diagnosticare precoce și/ sau tratament antenatal/ neonatal/ postnatal** (*implementarea de programe de urmărire, îngrijire a sarcinii și diagnosticare destinate gravidei și copilului; implementarea programelor de screening/ prevenție și tratament pentru retinopatia de prematuritate; implementarea/ îmbunătățirea programului de screening/ prevenție și tratament pentru hipoacuzia neurosenzorială; implementarea de programe de diagnosticare neonatală pentru displazie congenitală; implementarea/ îmbunătățirea programelor de screening/ prevenție și tratament pentru malformații congenitale cardiace, diagnosticare sindroame metabolice congenitale, neurologie pediatrică - boli rare/ boli genetice rare, testare genetică epilepsii rare, etc.*)

Exemple de acțiuni eligibile:

- elaborarea de protocoale de screening/ diagnosticare precoce/ suport în implementarea protocoalelor de screening
- instrumente de sprijin care să faciliteze implementarea programelor
- înființare centru național/ centre regionale de screening/ centru de excelență
- măsuri de informare și creștere a gradului de conștientizare
- asigurarea tratamentului formelor severe
- măsuri de dezvoltare a capacității instituționale și a personalului implicat în implementarea măsurilor programelor de diagnosticare precoce și/ sau tratament, inclusiv personal servicii conexe și personal suport (ex. dezvoltare/ actualizare curriculum, instruire periodică în managementul programelor, evaluare competente/ certificare, asigurarea și controlul calității programelor, certificare servicii, monitorizare și evaluare a programelor, crearea de parteneriate, etc)
- furnizarea de servicii de diagnosticare/ tratament/ susținerea creării de programe de terapie specifice pentru diverse boli (rare)
- alte măsuri necesare

- ▶ **Implementarea de programe de schimbare a stilului de viață și aplicarea de politici de încurajare a unei vieți sănătoase, inclusiv implementarea de măsuri de prevenție (inclusiv sănătate orală în zone defavorizate sau greu accesibile și mintală)**

- ▶ **Implementarea de măsuri de sprijin destinate recuperării copiilor cu tulburări de spectru autist**

Exemple de acțiuni eligibile:

- sprijinirea înființării de centre publice destinate recuperării copiilor cu tulburări de spectru autist
- furnizarea de servicii/ măsuri de sprijin destinate recuperării copiilor cu tulburări de spectru autist

- ▶ **Implementarea de programe/ măsuri destinate controlului infecțiilor asociate actului medical, cu accent pe: șefii de secții și epidemiologii de spitale, terapia intensivă, UPU, ORL, oftalmologie, chirurgie, gastroenterologie**

Exemple de acțiuni eligibile:

- elaborarea de protocoale destinate controlului infecțiilor asociate actului medical
- dezvoltarea capacității personalului implicat în implementarea măsurilor (ex. sesiuni de instruire/ schimburi de experiență pentru decidenții din unitățile aferente pacientului critic (ex. șefii de secții), alte tipuri de măsuri)
- măsuri de sprijin pentru unitățile pacientului critic în vederea elaborării unui plan de implementare măsuri destinate controlului infecțiilor asociate actului medical (ex. vizite în unități unde au implementat măsuri similare, sprijin peer to peer etc.)
- măsuri de informatizare în vederea monitorizării infecțiilor asociate actului medical la nivelul unităților sprijinite
- efectuarea de studii/ analize pentru îmbunătățirea supravegherii și controlului infecțiilor controlului infecțiilor asociate actului medical

- ▶ **Măsuri destinate creșterii eficacității serviciilor de laborator**

Exemple de acțiuni eligibile:

- elaborarea de instrumente suport (ex. actualizarea ghidurilor, definițiilor de caz și/ sau procedurilor/ protocoalelor (conform necesităților și standardelor internaționale/ europene)
- asigurarea competențelor necesare personalului medical și alt personal care va lucra cu infrastructura reabilitată

- ▶ **Sistemul național de transfuzii, inclusiv infrastructura de testare a sângelui și/ sau procesare a plasmei**

Exemple de acțiuni eligibile:

- elaborarea de instrumente suport (ex. îmbunătățirea cadrului legislativ/ normativ în concordanță cu cerințele directivelor europene în domeniu și a procedurilor de operare/ asistență tehnică pentru definirea cadrului strategic de reorganizare și optimizare a sistemului național de transfuzii; definirea instrumentelor de lucru (norme, proceduri),
- inițierea procesului de autorizare a instituțiilor din sistemul transfuzional conform cerințelor comunitare
- creșterea capacității tehnice a resursei umane prin asigurarea competențelor necesare personalului medical și nemedical care va lucra cu infrastructura reabilitată, precum și prin dezvoltarea de instrumente și metodologii adecvate de pregătire
- ▶ **Asigurarea accesului universal la diagnostic și tratament de calitate, inclusiv la transplant de țesuturi și celule, conform standardelor internaționale**
- ▶ **Remodelarea circuitelor de depozitare și transport a deșeurilor medicale în unitățile medicale**

Principalele grupuri țintă - Articolul 17(3)(d)(iii):

- ▶ Personal din administrația publică centrală (inclusiv servicii deconcentrate) și locală a sistemului public de sănătate
- ▶ Personal implicat în furnizarea de programe de screening populațional/ diagnosticare/ tratament (precoce), din care:
 - *medici de familie*
 - *medici specialitate*
 - *asistente, inclusiv asistente medicale comunitare*
 - personal implicat în furnizarea de servicii conexe actului medical (ex. *radiologi, tehnicieni de laborator, tehnicieni imagistică etc.*)
 - *personal superior din structuri paraclinice (biologi, chimiști etc.)*
 - *alt personal medico-sanitar*
 - *personal suport (ex. personal administrativ, IT, registratori medicali etc.)*
- ▶ Persoane care beneficiază de programe de screening populațional/ diagnosticare/ tratament precoce, cu accent pe: *cel din zona rurală, persoane dezavantajate socio-economic/ vulnerabile (ex. neasigurați, beneficiari de VMG, persoane cu dizabilități, minorități etnice defavorizate, persoane fără adăpost etc.)*.
- ▶ Personal implicat în furnizarea de programe de schimbare a stilului de viață și aplicarea de politici de încurajare a unei vieți sănătoase, din care:
 - *medici de familie*
 - *medici*
 - *asistente, inclusiv asistente medicale comunitare*
 - *alt personal medico-sanitar*
 - *personal care oferă servicii conexe*
 - *personal suport (ex. personal administrativ, IT, registratori medicali etc.)*
- ▶ Persoane care beneficiază de programe de schimbare a stilului de viață și aplicarea de politici de încurajare a unei vieți sănătoase, cu accent pe: *persoane din zona rurală, persoane dezavantajate socio-economic/ vulnerabile din punct de vedere medical (ex. neasigurați, beneficiari de VMG, persoane cu dizabilități, minorități etnice defavorizate, persoane fără adăpost etc.)*.
- ▶ Personal implicat în acțiuni de screening pentru boli cu potențial de depistare neonatală/ diagnosticare, din care:
 - *medici de familie*
 - *medici*
 - *asistente, inclusiv asistente medicale comunitare*
 - *alt personal medico-sanitar*
 - *personal care oferă servicii conexe*
 - *personal administrativ*
- ▶ Personal implicat în activități de laborator, din care:
 - *din laboratoarele de microbiologie*
 - *din laboratorul național de referință/ laboratoarele de lucru regionale*
 - *alte laboratoare publice implicate în prevenirea, controlul, diagnosticul și supravegherea bolilor transmisibile, inclusiv în epidemii, pandemii, controlul și supravegherea infecțiilor asociate actului medical și a celor implicate în sănătatea publică*
- ▶ Personal implicat în activități de transfuzii/ testare a sângelui și/sau procesare a plasmei, din care:
 - *din centrele de transfuzie sangvină*
 - *din sistemul de prelevare, testare a sângelui și/sau procesare a plasmei*

Teritorii specifice vizate, inclusiv utilizarea planificată de instrumente teritoriale - Articolul 17(3)(d)(iv):

- ▶ Programele de screening populațional pot avea alocare dedicată pentru zona ITI

Acțiuni interregionale și transnaționale – Articolul – 17(3)(d)(v)

- ▶ Măsurile de screening populațional, cele pentru asigurarea unui diagnostic și tratament de calitate, cele aferente îmbunătățirii capacității tehnice a resursei umane din sistemul de transplant de țesuturi și celule, etc. ar putea implica și acțiuni de cooperare transnațională sau interregională.

Indicatori

Referință: Articolul 17(3)(d)(ii) RDC

Tabel 2: Indicatori de realizare								
Prioritatea	Obiectiv specific	Fond	Categorie de regiune	ID	Indicator	Unitatea de măsurare	Ținte intermediare (2024)	Ținte (2029)
4. Creșterea eficacității sectorului medical prin investiții în infrastructură și servicii	OS (iv) Asigurarea accesului egal la asistență medicală prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv la asistență medicală primară	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	RCO 69	Capacity of supported health care infrastructure	Nr.		
					Unități mobile achiziționate (traseu pacient critic neonatal, centre transfuzii))	Nr.		
					Unități (maternități de grad II) transformate (traseu pacient critic neonatal)	Nr.		
					Laboratoare/ centre de genetică dotate/ modernizate/ reabilitate	Nr.		
					Laboratoare dotate/ modernizate/ extinse/ reabilitate	Nr.		
					Centre de transfuzie dotate/ reabilitate/ modernizate/ extinse	Nr.		
					Echipamente medicale achiziționate (maternități)	Nr.		
	OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung	FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată		Administrații sau servicii publice sprijinite la nivel național, regional sau local	Nr.		
					Instrumente suport elaborate/ revizuite	Nr.		
					Persoane care beneficiază de programe de formare, din care: ▶ medici de familie ▶ medici specialitate ▶ asistente, inclusiv asistente medicale comunitare ▶ personal superior din structuri paraclinice	Nr.		

Tabel 2: Indicatori de realizare								
Prioritatea	Obiectiv specific	Fond	Categorie de regiune	ID	Indicator	Unitatea de măsurare	Ținte intermediare (2024)	Ținte (2029)
					<ul style="list-style-type: none"> ▶ personal implicat în furnizarea de servicii conexe actului medical ▶ alt personal medico-sanitar personal suport 			
					Persoane care beneficiază de programe de formare, din care: <ul style="list-style-type: none"> ▶ din laboratoarele de microbiologie ▶ din laboratorul național de referință/ laboratoarele de lucru regionale alte laboratoare publice implicate în prevenirea, controlul, diagnosticul și supravegherea bolilor transmisibile, inclusiv în epidemii, pandemii, controlul și supravegherea infecțiilor asociate actului medical și a celor implicate în sănătatea publică	Nr.		
					Persoane care beneficiază de programe de formare, din care: <ul style="list-style-type: none"> ▶ din centrele de transfuzie sangvină ▶ din sistemul de prelevare, testare a sângelui și/sau procesare a plasmei 	Nr.		
					Proiecte care urmăresc remodelarea circuitelor unităților sanitare	Nr.		
					Proiecte care viteaza elaborarea de curriculum	Nr.		
					Studii/ analize/ rapoarte/ politici publice etc. elaborate	Nr.		
					Programe/ politici în domeniul sănătății sprijinite, din care:	Nr.		

Tabel 2: Indicatori de realizare								
Prioritatea	Obiectiv specific	Fond	Categorie de regiune	ID	Indicator	Unitatea de măsurare	Ținte intermediare (2024)	Ținte (2029)
					<ul style="list-style-type: none"> ▶ Programe de screening populațional ▶ Programe de screening pentru boli cu potențial de depistare neonatală ▶ Programe de schimbare a stilului de viață ▶ Politici de încurajare a unei vieți sănătoase, 			
					Servicii medicale furnizate, din care: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Servicii de screening și/ sau de diagnosticare precoce ▶ Servicii de screening pentru boli cu potențial de depistare neonatală ▶ Servicii de tratament / tratament precoce 	Nr.		
					Unități sanitare/ alte entități sau actori relevanți din domeniul sistemului de transfuzii/ testare a sângelui și/sau procesare a plasmei sprijinite/ sprijiniți	Nr.		

Tabel 3: Indicatori de rezultat											
Prioritate	Obiectiv specific	Fond	Categorie de regiune	ID	Indicator	Unitate de măsurare	Valoare de referință sau valoare de bază	An de referință	Țintă (2029)	Sursa datelor	Comentarii
4. Creșterea eficacității sectorului medical prin investiții în infrastructur	OS (iv) Asigurarea accesului egal la asistență medicală prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv la asistență	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	RCR 73	Annual users of new or modernised health care facilities	Nr					

ă și servicii	medicală primară										
	OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung	FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată		Instrumente suport aprobate/ implementate	Nr.					
					Persoane care și-au îmbunătățit nivelul de calificare/ certificare urmare a sprijinului primit, din care:	Nr.					
					<ul style="list-style-type: none"> ▶ medici de familie ▶ medici specialitate ▶ asistente, inclusiv asistente medicale comunitare ▶ personal superior din structuri paraclinice ▶ personal implicat în furnizarea de servicii conexe actului medical ▶ alt personal medico-sanitar personal suport						
					Persoane care finalizează programe de formare, din care:	Nr.					
					<ul style="list-style-type: none"> ▶ din laboratoarele de microbiologie ▶ din laboratorul național de referință/ laboratoarele de lucru regionale ▶ alte laboratoare publice implicate în prevenirea, controlul, diagnosticul și supravegherea bolilor transmisibile, inclusiv în epidemii, pandemii, controlul și supravegherea infecțiilor asociate actului medical și a celor implicate în sănătatea publică 						
					Persoane care finalizează programe de formare, din care:	Nr.					
					<ul style="list-style-type: none"> ▶ din centrele de transfuzie sangvină 						

					din sistemul de prelevare, testare a sângelui și/sau procesare a plasmei						
					Unități sanitare care implementează noile norme urmare a sprijinului primit	Nr.					
					Cadru curricular implementat	Nr.					
					Studii/ analize/ rapoarte/ politici publice etc. validate	Nr.					
					% persoanelor testate din nr total de invitați % persoanelor care au beneficiat de tratament precoce din numărul persoanelor cu rezultate pozitive/ % tratamente din total beneficiari pozitivi	%					
					Unități sanitare/ alte entități sau actori relevanți din domeniul sistemului de transfuzii/ testare a sângelui și/sau procesare a plasmei autorizate/ autorizați	Nr.					

2.5. Prioritatea 5: Abordări inovative în cercetarea din domeniul medical

Referință: Articolul 4(1), 10 and 13 FSE+

	This is a priority dedicated to youth employment
	This is a priority dedicated to innovative actions
	This is a priority dedicated to support to the most deprived under the specific objective set out in point (xi) of Article 4(1) of the FSE+ regulation**
	This is a priority dedicated to support to the most deprived under the specific objective set out in point (x) of Article 4(1) of the FSE+ regulation ³³

* Ticking box applicable to FSE+ priorities. In case of EMFF, title of the priority is pre-defined.

** If marked go to section 2.A.2.a

Împărțirea indicativă a resurselor programate (UE) pe tip de intervenție

Referință: Articolul 17(3)(c) RDC

Tabel 4: Dimensiunea 1 – câmp de intervenție				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
5. Abordări inovative în cercetarea din domeniul medical	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	003 Investiții în active fixe în centre publice de cercetare și învățământ superior legate direct de activități de cercetare și inovare	
			006 Investiții în imobilizări necorporale în centre publice de cercetare și învățământ superior legate direct de activități de cercetare și inovare	
			009 Activități de cercetare și inovare în centre publice de cercetare, învățământ superior și centre de competență, inclusiv rețea (cercetare industrială, dezvoltare experimentală, studii de fezabilitate)	
			021 Transfer de tehnologie și cooperare între întreprinderi, centre de cercetare și sectorul învățământului superior	

Tabel 5: Dimensiunea 2 – Formă de sprijin				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
5. Abordări inovative în cercetarea din domeniul medical	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	01 Granturi	

³³ In case resources under the specific objective set out in point (x) of Article 4(1) of the ESF+ Regulation are taken into account for the purposes of Article 7(4) of the ESF+ Regulation.

Tabel 6: Dimensiunea 3 – mecanism de furnizare la nivel teritorial și orientare teritorială				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
5. Abordări inovative în cercetarea din domeniul medical	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată		

Tabel 7: Dimensiunea 6 – teme secundare FSE+				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
5. Abordări inovative în cercetarea din domeniul medical	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată		

2.5.1. FEDR - SO (i) dezvoltarea capacităților de cercetare și inovare și adoptarea tehnologiilor avansate

Intervenții din fonduri

Referință: Articolul 17(3)(d)(i),(iii),(iv),(v),(vi);

Tipuri de acțiuni vizate – Articolul 17(3)(d)(i) RDC; Articolul 6(2) FSE+

<p>Abordări inovative în cercetarea din domeniul medical</p> <p>(i) Dezvoltarea capacităților de cercetare și inovare și adoptarea tehnologiilor avansate</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cercetare și inovare prin implementarea de soluții cu relevanță publică³⁴ (ex.: atragerea de personal cu competențe avansate din străinătate pentru consolidarea capacității CD; crearea de sinergii cu acțiunile de CDI ale Programul Orizont Europa; constituirea/ promovarea de clustere având ca obiectiv principal dezvoltarea de mecanisme formale de transfer al rezultatelor cercetării în practica medicală) ▶ Programe dedicate cercetării și/ sau utilizării clinice: ex. producție de plasmă sau derivate, producție de vaccinuri (dezvoltarea infrastructurii, modernizarea, reluarea producției de vaccin și dezvoltarea de noi produse farmaceutice în Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare Medico-Militară „Cantacuzino”) – operațiune de importanță strategică ▶ Cercetare în domeniul bolilor netransmisibile (ex. combaterea cancerului) – acțiune inclusă în operațiunea de importanță strategică dedicată ▶ Realizarea unei infrastructuri de cercetare-dezvoltare în domeniul genomicii - acțiune inclusă în operațiunea de importanță strategică dedicată

Principalele grupuri țintă - Articolul 17(3)(d)(iii):

<ul style="list-style-type: none"> ▶ Organizații de cercetare ▶ Cercetători ▶ Universități ▶ Personal suport din cadrul organismelor de cercetare și universități sprijinite
--

Teritorii specifice vizate, inclusiv utilizarea planificată de instrumente teritoriale - Articolul 17(3)(d)(iv):

³⁴ dezvoltarea capacității sectorului public de a scana spațiul tehnologiilor noi și emergente și de a solicita soluții inovatoare de la operatorii CDI publici și privați

NA

Acțiuni interregionale și transnaționale – Articolul – 17(3)(d)(v)

Implementarea măsurilor propuse ar putea include și acțiuni de cooperare interregională și/ sau transnațională

Utilizarea planificată de instrumente financiare – Articolul – 17(3)(d)(vi)

Se are în vedere utilizarea de instrumente financiare

Indicatori

Referință: Articolul 17(3)(d)(ii) RDC

Tabel 2: Indicatori de realizare								
Prioritatea	Obiectiv specific	Fond	Categorie de regiune	ID	Indicator	Unitatea de măsurare	Ținte intermediare (2024)	Ținte (2029)
5. Abordări inovative în cercetarea din domeniul medical	SO (i) dezvoltarea capacităților de cercetare și inovare și adoptarea tehnologiilor avansate	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	RCO 06	Researchers working in supported research facilities	ENI anual		
				RCO 07	Research institutions participating in joint research projects	Nr		
				RCO 08	Nominal value of research and innovation equipment	Euro		

Tabel 3: Indicatori de rezultat											
Prioritate	Obiectiv specific	Fond	Categorie de regiune	ID	Indicator	Unitate de măsurare	Valoare de referință sau valoarea de bază	An de referință	Țintă (2029)	Sursa datelor	Comentarii
5. Abordări inovative în cercetarea din domeniul medical	OS (i) dezvoltarea capacităților de cercetare și inovare și adoptarea tehnologiilor avansate	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	RCR01	Jobs created in supported entities	ENI anual					
				RCR03	SMEs introducing product or process innovation	Nr					
				RCR06	Patent applications submitted to the European Patent Office	Nr					
				RCR08	Public-private publications	Nr					

2.6. Prioritatea 6: Digitalizarea sistemului medical

Referință: Articolul 4(1), 10 and 13 FSE+

	This is a priority dedicated to youth employment
	This is a priority dedicated to innovative actions
	This is a priority dedicated to support to the most deprived under the specific objective set out in point (xi) of Article 4(1) of the FSE+ regulation**
	This is a priority dedicated to support to the most deprived under the specific objective set out in point (x) of Article 4(1) of the FSE+ regulation ³⁵

* Ticking box applicable to FSE+ priorities. In case of EMFF, title of the priority is pre-defined.

** If marked go to section 2.A.2.a

Împărțirea indicativă a resurselor programate (UE) pe tip de intervenție

Referință: Articolul 17(3)(c) RDC

Tabel 4: Dimensiunea 1 – câmp de intervenție				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
6. Digitalizarea sistemului medical	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	011 Government ICT solutions, e-services, applications	
			013 e-Health services and applications (including e-Care, Internet of Things for physical activity and ambient assisted living)	
			095 Digitalisation in health care	

Tabel 5: Dimensiunea 2 – Formă de sprijin				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
6. Digitalizarea sistemului medical	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	01 Granturi	

Tabel 6: Dimensiunea 3 – mecanism de furnizare la nivel teritorial și orientare teritorială				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
6. Digitalizarea sistemului medical	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	NA	

Tabel 7: Dimensiunea 6 – teme secundare FSE+				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
6. Digitalizarea sistemului	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată		

³⁵ In case resources under the specific objective set out in point (x) of Article 4(1) of the ESF+ Regulation are taken into account for the purposes of Article 7(4) of the ESF+ Regulation.

medical				
---------	--	--	--	--

2.6.1. FEDR - OS (ii) Fructificarea avantajelor digitalizării, în beneficiul cetățenilor, al companiilor și al guvernelor

Intervenții din fonduri

Referință: Articolul 17(3)(d)(i),(iii),(iv),(v),(vi);

Tipuri de acțiuni vizate – Articolul 17(3)(d)(i) rdc; Articolul 6(2) FSE+

Digitalizare în sănătate

(ii) Fructificarea avantajelor digitalizării, în beneficiul cetățenilor, al companiilor și al guvernelor

- ▶ Redimensionarea și standardizarea sistemului informatic al CNAS - *operațiune de importanță strategică*
- ▶ Observatorul național pentru date în sănătate - *operațiune de importanță strategică*
- ▶ Dezvoltarea integrată a unor soluții de e-sănătate, cu anvergură națională, care să încorporeze standarde de interoperabilitate, pentru sarcini și funcții comune în sectorul sanitar, în special în domeniile vizate de operațiunile de importanță strategică (ex: *funcții legate de securitate, arhivare, schimbul de informații între unitățile de asistență medicală și între furnizorii de servicii medicale și comunitate; tele-medicină*)

Principalele grupuri țintă - Articolul 17(3)(d)(iii):

- ▶ Autorități și instituții publice din domeniul medical
- ▶ Personalul de specialitate (medical, de suport) al autoritatilor și instituții publice sprijinite

Teritorii specifice vizate, inclusiv utilizarea planificată de instrumente teritoriale – Articolul 17(3)(d)(iv):

NA

Acțiuni interregionale și transnaționale – Articolul – 17(3)(d)(v)

Implementarea măsurilor propuse ar putea include și acțiuni de cooperare interregională și/ sau transnațională

Utilizarea planificată de instrumente financiare – Articolul – 17(3)(d)(vi)

NA

Indicatori

Referință: Articolul 17(3)(d)(ii) RDC

Tabel 2: Indicatori de realizare								
Prioritatea	Obiectiv specific	Fond	Categorie de regiune	ID	Indicator	Unitate a de măsurare	Ținte intermediare (2024)	Ținte (2029)
6. Digitalizarea sistemului medical	OS (ii) Fructificarea avantajelor digitalizării, în beneficiul cetățenilor, al companiilor și al guvernelor	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	RCO 14	Public institutions supported to develop digital services and applications	Nr.		

Tabel 3: Indicatori de rezultat											
Prioritate	Obiectiv specific	Fond	Categorie de regiune	ID	Indicator	Unitate de măsurare	Valoare de referință sau valoare de bază	An de referință	Țintă (2029)	Sursa datelor	Comentarii
6. Digitalizarea sistemului medical	OS (ii) Fructificarea avantajelor digitalizării, în beneficiul cetățenilor, al companiilor și al guvernelor	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	RCR 11	Users of new public digital services and applications	Nr.					

2.7. Prioritatea 7: Măsurile care susțin cercetarea, informatizarea în sănătate și utilizarea de metode moderne de investigare, intervenție, tratament

Referință: Articolul 4(1), 10 and 13 FSE+

	This is a priority dedicated to youth employment
	This is a priority dedicated to innovative actions
	This is a priority dedicated to support to the most deprived under the specific objective set out in point (xi) of Article 4(1) of the FSE+ regulation**
	This is a priority dedicated to support to the most deprived under the specific objective set out in point (x) of Article 4(1) of the FSE+ regulation ³⁶

* Ticking box applicable to FSE+ priorities. In case of EMFF, title of the priority is pre-defined.

** If marked go to section 2.A.2.a

Împărțirea indicativă a resurselor programate (UE) pe tip de intervenție

Referință: Articolul 17(3)(c) RDC

Tabel 4: Dimensiunea 1 – câmp de intervenție				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
7: Măsurile care susțin cercetarea, informatizarea în sănătate și utilizarea de metode moderne de investigare, intervenție, tratament	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	092 Health infrastructure	
			093 Health equipment	
			094 Health mobile assets (doar pentru medicina școlară)	
	FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	123 Measures to improve the accessibility, effectiveness and resilience of healthcare systems (excluding infrastructure)	

Tabel 5: Dimensiunea 2 – Formă de sprijin				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
7: Măsurile care susțin cercetarea, informatizarea în sănătate și utilizarea de metode moderne de investigare, intervenție, tratament	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	01 Granturi 01b Grant under conditions (fully or partially repayable grants)	
	FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	01 Granturi 01b Grant under conditions (fully or partially repayable grants)	

Tabel 6: Dimensiunea 3 – mecanism de furnizare la nivel teritorial și orientare teritorială				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
7: Măsurile care susțin cercetarea, informatizarea în	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	NA	

³⁶ In case resources under the specific objective set out in point (x) of Article 4(1) of the ESF+ Regulation are taken into account for the purposes of Article 7(4) of the ESF+ Regulation.

Tabel 6: Dimensiunea 3 – mecanism de furnizare la nivel teritorial și orientare teritorială				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
sănătate și utilizarea de metode moderne de investigare, intervenție, tratament	FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	NA	

Tabel 7: Dimensiunea 6 – teme secundare FSE+				
Nr prioritate	Fond	Categoria de regiune	Cod	Sumă (EUR)
7: Măsurile care susțin cercetarea, informatizarea în sănătate și utilizarea de metode moderne de investigare, intervenție, tratament	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată		
	FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	02 Developing digital skills and jobs	
			03 Investing in research and innovation and smart specialisation	
			05 Non-discrimination	
			06 Gender equality	

2.7.1. FEDR - OS (iv) Asigurarea accesului egal la asistență medicală prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv la asistență medicală primară

Intervenții din fonduri

Referință: Articolul 17(3)(d)(i),(iii),(iv),(v),(vi);

Tipuri de acțiuni vizate – Articolul 17(3)(d)(i) RDC; Articolul 6(2) FSE+

Investiții (exemple de acțiuni eligibile: dotare/ modernizare/reabilitare/extindere) în infrastructura publică a:
<ul style="list-style-type: none"> ▶ unităților sanitare de transplant acreditate și a infrastructurii în domeniul terapiilor celulare inovative în hematologie (ex. dezvoltarea unui centru de excelență în terapii celulare inovative în hematologie și transplant medular, unui centru de excelență în managementul complex al bolilor cronice hepatice/pancreatice și al cancerelor hepatobiliare/ pancreatice, unui centru de excelență în urologie și transplant renal etc.) ▶ structurilor sanitare unde se realizează depistare, diagnosticare, tratare a pacienților oncologici (ex. centrul de excelență în protonoterapie – acțiune inclusă în OIS tratament cancer).

Principalele grupuri țintă - Articolul 17(3)(d)(iii):

▶ Populația României

Teritorii specifice vizate, inclusiv utilizarea planificată de instrumente teritoriale - Articolul 17(3)(d)(iv):

NA

Acțiuni interregionale și transnaționale – Articolul – 17(3)(d)(v)

Implementarea măsurilor propuse ar putea include și acțiuni de cooperare interregională și/ sau transnațională
--

NA

2.7.2. FSE+ - OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung

Intervenții din fonduri

Referință: Articolul 17(3)(d)(i),(iii),(iv),(v),(vi);

Tipuri de acțiuni vizate– Articolul 17(3)(d)(i) CPR; Articolul 6(2) FSE+

A. Măsurile pentru implementarea operațiunilor în domeniul **cercetării medicale la toate nivelurile**, cu accent pe cele 3 operațiuni de importanță strategică: tratament cancer, geomică, dezvoltarea capacității Institutului Cantacuzino (inclusiv pilotarea rezultatelor cercetării)

Exemple de acțiuni eligibile:

- ▶ derularea/ participarea la programe de formare profesională (ex. cursuri, schimburi de experiență, stagii de pregătire la nivel de master, PhD, Post Doc) și organizarea de evenimente de cooperare între partenerii implicați în proiectele de cercetare, inclusiv vizite de studii și schimburi de experiență
- ▶ pilotarea/ testarea celor mai bune practici de cercetare în domeniul medical în domeniile prioritare finanțate din POS
- ▶ alte măsuri necesare ex. *dezvoltare mecanisme instituționale*

B. Măsurile pentru facilitarea implementării operațiunilor care vizează **digitalizarea sistemului medical**

C. Măsurile de formare/ specializare - **utilizare echipamente medicale inovative**

D. Utilizare de **metode moderne de investigare, intervenție, tratament** (ex. *terapii celulare inovative în hematologie și transplant medular, managementul complex al bolilor cronice hepatice/pancreatice și al cancerelor hepatobiliare/ pancreatice, urologie și transplant renal etc*)

Exemple de acțiuni eligibile:

- ▶ dezvoltarea de centre de formare
- ▶ derularea de programe de instruire, cu accent pe utilizarea abordărilor inovative
- ▶ sprijin în procesul de acreditare națională și internațională
- ▶ furnizarea în regim pilot a terapiilor inovative sprijinite
- ▶ alte măsuri necesare

E. Dezvoltarea de programe / module specifice și transersale de la nivelul universităților de medicină, care să permită perfecționarea sau reconversia profesională

F. Susținerea parteneriatelor dintre furnizorii de formare (de la nivelul învățământului terțiar) și instituțiile din domeniul medical, pentru dezvoltarea unor programe de formare continuă în domeniul medical și zonele conexe (competențe digitale, specializare inteligentă, etc.)

Principalele grupuri țintă - Articolul 17(3)(d)(iii):

- ▶ Personal implicat în implementarea operațiunilor în domeniul cercetării medicale la toate nivelurile, cu accent pe cele 3 operațiuni de importanță strategică: tratament cancer, geomică, dezvoltarea

capacității Institutului Cantacuzino (inclusiv pilotarea rezultatelor cercetării)/ personal care poate fi implicat în implementarea de măsuri în domeniul **tratării cancerului**

- ▶ Personal implicat în implementarea operațiunilor în domeniul digitizării/ personal care poate fi implicat în implementarea măsurilor de digitalizare susținute în cadrul priorității 6
- ▶ Personal implicat în implementarea de metode moderne de investigare, intervenție, tratament (*ex. terapii celulare inovative în hematologie și transplant medular, managementul complex al bolilor cronice hepatice/pancreatice și al cancerelor hepatobiliare/ pancreatice, urologie și transplant renal etc.*)
- ▶ Pacienți care beneficiază de metode moderne de investigare, intervenție, tratament (*ex. tratament cancere, geomică, terapii celulare inovative în hematologie și transplant medular, managementul complex al bolilor cronice hepatice/pancreatice și al cancerelor hepatobiliare/ pancreatice, urologie și transplant renal etc.*)

Teritorii specifice vizate, inclusiv utilizarea planificată de instrumente teritoriale - Articolul 17(3)(d)(iv):

NA

Acțiuni interregionale și transnaționale – Articolul – 17(3)(d)(v)

Implementarea măsurilor propuse ar putea include și acțiuni de cooperare interregională și/ sau transnațională

Utilizarea planificată de instrumente financiare – Articolul – 17(3)(d)(vi)

NA

Indicatori

Referință: Articolul 17(3)(d)(ii) RDC

Tabel 2: Indicatori de realizare								
Prioritatea	Obiectiv specific	Fond	Categorie de regiune	ID	Indicator	Unitatea de măsurare	Ținte intermediare (2024)	Ținte (2029)
7: Măsuri care susțin cercetarea, informatizarea în sănătate și utilizarea de metode moderne de investigare, intervenție, tratament	OS (iv) Asigurarea accesului egal la asistență medicală prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv la asistență medicală primară	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	RCO 69	Capacity of supported health care infrastructure	Nr.		
					Centre de excelență înființate	Nr.		
					Echipamente medicale achiziționate	Nr.		
	OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung	FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată		Administrații sau servicii publice sprijinite la nivel național, regional sau local	Nr.		
					Persoane care beneficiază de programe de formare, din care: <ul style="list-style-type: none"> ▶ medici ▶ medici specialitate ▶ asistente, inclusiv asistente medicale comunitare ▶ personal superior din structuri paraclinice ▶ personal implicat în furnizarea de servicii conexe actului medical ▶ alt personal medico-sanitar ▶ personal suport 	Nr.		
					Unități sanitare sprijinite în vederea introducerii/ pilotării/ testării de terapii/ proceduri de tratament inovative	Nr.		

Tabel 3: Indicatori de rezultat											
Prioritate	Obiectiv specific	Fond	Categorie de regiune	ID	Indicator	Unitate de măsurare	Valoare de referință sau valoare de bază	An de referință	Țintă (2029)	Sursa datelor	Comentarii
7: Măsuri care susțin cercetarea, informatizarea în sănătate și utilizarea de metode moderne de investigare, intervenție, tratament	OS (iv) Asigurarea accesului egal la asistență medicală prin dezvoltarea infrastructurii, inclusiv la asistență medicală primară	FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată	RCR 73	Annual users of new or modernised health care facilities	Nr.					
	OS (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și cu prețuri accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a rezilienței sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung	FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată		Unități sanitare autorizate național/ internațional urmare a sprijinului primit	Nr.					
					Persoane care și-au îmbunătățit nivelul de calificare/ certificare urmare a sprijinului primit, din care: <ul style="list-style-type: none"> ▶ medici ▶ medici specialitate ▶ asistente, inclusiv asistente medicale comunitare ▶ personal superior din structuri paraclinice ▶ personal implicat în furnizarea de servicii conexe actului medical ▶ alt personal medico-sanitar ▶ personal suport 	Nr					

3. Plan financiar

Referință: Articolul 17(3)(f)(i)-(iii); Articolul 106(1)-(3), Articolul 10; Articolul 21; RDC

Tabel 11: Alocările financiare totale pe fond și contribuția națională										
Obiectiv de politică nr sau AT	Prioritate	Baza de calculare a sprijinului UE (total sau public)	Fond	Categorie de regiune*	Contribuția UE	Contribuția națională	Separarea indicativă a contribuției naționale		Total	Rata de co-finanțare
		P/T			(a)	(b)=(c)+(d)	public(c)	private(d)	(e)=(a)+(b)**	(f)=(a)/(e)*
Obiectiv de politică 4	Prioritatea 1		FEDR	Mai puțin dezvoltată						
			FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată						
	Prioritatea 2		FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată						
			FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată						
	Prioritatea 3		FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată						
			FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată						
	Prioritatea 4		FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată						
			FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată						
Obiectiv de politică 1	Prioritatea 5		FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată						
	Prioritatea 6		FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată						
Obiectiv de	Prioritatea 7		FEDR	Mai puțin dezvoltată						

Tabel 11: Alocările financiare totale pe fond și contribuția națională										
Obiectiv de politică nr sau AT	Prioritate	Baza de calculare a sprijinului UE (total sau public)	Fond	Categorie de regiune*	Contribuția UE	Contribuția național	Separarea indicatovă a contribuției naționale		Total	Rata de co-finanțare
		P/T			(a)	(b)=(c)+(d)	public(c)	private(d)	(e)=(a)+(b)**	(f)=(a)/(e)*
politică 4				Mai dezvoltată						
			FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată						
Total FEDR										
Total FSE+										

Transferuri și contribuții³⁷

Referință: Articolul 10; Articolul 21; RDC

	Modificarea programului cu privire la articolul 10, RDC (contribuție la InvestEU)
	Modificarea programului cu privire la articolul 21, RDC (transferuri către instrumente administrate direct sau indirect sau între fonduri de gestiune partajată)

³⁷ Se aplică numai modificărilor programului în conformitate cu articolele 10 și 21, RDC

Tabel 15: Contribuții la InvestEU*

	Categorii de regiuni	Fereastra 1	Fereastra 2	Fereastra 3	Fereastra 4	Suma
		(a)	(b)	(c)	(d)	(f)=(a)+(b)+(c)+(d))
FEDR	Mai dezvoltată					
	Mai puțin dezvoltată					
FSE+	Mai dezvoltată					
	Mai puțin dezvoltată					
Total						

*Sume cumulate pentru toate contribuțiile din perioada de programare

Tabel 16: Transferuri la instrumente gestionate direct sau indirect*

Fund	Categorii de regiuni	Instrument 1	Instrument 2	Instrument 3	Instrument 4	Instrument 5	Transfer sume
		(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)=(a)+(b)+(c)+(d)+(e)
FEDR	Mai dezvoltată						
	Mai puțin dezvoltată						
FSE+	Mai dezvoltată						
	Mai puțin dezvoltată						
Total							

*Sume cumulate pentru toate contribuțiile din perioada de programare

Table 17: Transfers between shared management funds*

Receiving fund / instrument		ERDF				FSE+				CF	EMFF	AMIF	ISF	BMVI	Total
		More developed	Transition	Less developed	Outermost and northern sparsely populated	More developed	Transition	Less developed	Outermost and northern sparsely populated						
Transferring fund / instrument															
ERDF	More developed														
	Transition														
	Less developed														
	Outermost and northern sparsely populated														

ESF +	More develop ed														
	Transiti on														
	Less develop ed														
	Outermo st and northern sparsely populate d														
CF															
EM FF															
Tota l															

* Cumulative amounts for all transfers during programming period.

Alocări financiare pe an*Referință: Articol 17(3)(f)(i)*

Fond	Categorii de regiuni	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Total
FEDR	Mai dezvoltată								
	Mai puțin dezvoltată								
Total									1.8 miliarde euro (contribuție UE)
FSE+	Mai dezvoltată								
	Mai puțin dezvoltată								
Total									1.3 miliarde euro (contribuție UE)
Total									

Alocări financiare pe fond

Referință: Articolul 17(3)(f)(ii), Articolul 17(6), Articolul 30 RDC

Tabel 11: Total alocări financiare pe fond și contribuția națională										
Obiectiv de politică Nr sau AT	Prioritate	Baza pentru calculul sprijinului UE (total sau public)	Fond	Categorie de regiune *	Contribuția Uniunii	Contribuția națională	Împărțirea indicativă a contribuției naționale		Total	Rata de cofinanțare
		P/T					Public (c)	Private (d)		
OP 4	Prioritatea 1		FEDR	Mai puțin dezvoltată						
			FSE+	Mai puțin dezvoltată						
	Prioritatea 2		FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată						
			FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată						
	Prioritatea 3		FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată						
			FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată						
	Prioritatea		FEDR	Mai puțin						

Tabel 11: Total alocări financiare pe fond și contribuția națională										
Obiectiv de politică Nr sau AT	Prioritate	Baza pentru calculul sprijinului UE (total sau public)	Fond	Categorie de regiune *	Contribuția Uniunii	Contribuția națională	Împărțirea indicativă a contribuției naționale		Total	Rata de co-finanțare
		P/T					Public (c)	Private (d)		
	4			dezvoltată Mai dezvoltată						
			FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată						
OP 1	Prioritatea 5		FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată						
	Prioritatea 6		FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată						
OP 4	Prioritatea 7		FEDR	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată						
			FSE+	Mai puțin dezvoltată Mai dezvoltată						
Total FEDR					1,8 mld euro					

Tabel 11: Total alocări financiare pe fond și contribuția națională										
Obiectiv de politică Nr sau AT	Prioritate	Baza pentru calculul sprijinului UE (total sau public)	Fond	Categorie de regiune *	Contribuția Uniunii	Contribuția națională	Împărțirea indicativă a contribuției naționale		Total	Rata de co-finanțare
		P/T						Public (c)		
Total FSE+					1,3 mld euro					

For the Investment for Jobs and Growth goal: programmes using technical assistance according to Article 30(5)

Table 11: Total financial allocations by fund and national contribution										
Policy objective No or TA	Priority	Basis for calculation EU support (total or public)	Fund	Category of region *	Union contrubution	National contributi on	Indicative breakdow n of national contributi on		Total	Co-financin g rate
					(a)=(b)+(c)		(d)=(e)+(f)	pub li c (e)		

					Union contrib uti on withou t flat rate TA (b)	Union contrib uti on for flat rate TA accordi ng to Article 30(5)** * (c)					
	Prioty 1	P/T	ER D F	More devel ope d							
				Transi tio n							
				Less devel ope d							
				Specia l allocat io n for outer mos t and northe rn sparse ly popul							

				ate d region s							
	Prioty 2		ESF +	More devel ope d							
				Transi tio n							
				Less devel ope d							
				Speci al alloca tio							

				n for outer most and northe rn sparse ly popul ate d region s							
	Priori ty 3		CF								
TA	Priori ty 4 (Art. 32)		ERD F or ES F + or CF								
Total ERDF				More devel ope d							
				Transi tio n							
				Less devel ope d							

			Special allocation for outermost and northern sparsely populated regions							
Total FSE+			More developed							
			Transition							
			Less developed							
			Special allocation for outermost and northern							

			sparse ly popul ate d region s							
Total CF		N/A								
Grand total										

* For ERDF and FSE+: less developed, transition, more developed, and, where applicable special allocation for outermost and northern sparsely populated regions. For CF: not applicable. For technical assistance, application of categories of regions depends on the selection of the fund.

** Where relevant for all categories of region.

*** According the percentages set out in Article 30(5), CPR

4. Condiții prealabile

Reference: Article 17(3)(h)CPR

Table 12: Enabling conditions							
Enabling conditions	Fund	Selected specific objective	Fulfilment of enabling condition	Criteria	Fulfilment of criteria	Reference to relevant documents	Justification
		(N/A to the EMFF) Yes/No				[1 000]	
1. Good governance of national or regional smart specialisation strategy	ERDF: (i) Dezvoltarea capacităților de cercetare și inovare și adoptarea tehnologiilor avansate ii) Fructificarea avantajelor digitalizării, în beneficiul cetățenilor, al companiilor și al guvernelor	Yes	1. Analysis of challenges including bottlenecks for innovation diffusion				
		Yes	2. Existence of competent regional / national institution or body, responsible for the management of the smart specialisation strategy				
		Yes	3. Monitoring and evaluation tools to measure performance towards the objectives of the strategy				
		Yes	4. Functioning of stakeholder co-operation ("entrepreneurial discovery process")				
		Yes	5. Actions necessary to improve national or regional research and innovation systems, where relevant				
		Yes	6. Where relevant, actions to support industrial transition				
		Yes	7. Measures for internationalisation				
4.6 Strategic policy framework for health and long-term care	ERDF: Ensuring equal access to health care through developing infrastructure, including primary care	Yes	1. Mapping of health and long-term care needs, including in terms of medical and care staff, to ensure sustainable and coordinated measures	No			
		Yes	2. Measures to ensure the efficiency, sustainability, accessibility to health and long-term care services, including a specific focus on individuals excluded from the	No			

Table 12: Enabling conditions							
Enabling conditions	Fund	Selected specific objective	Fulfilment of enabling condition	Criteria	Fulfilment of criteria	Reference to relevant documents	Justification
		(N/A to the EMFF) Yes/No				[500] [1 000]	
			health and long-term care systems				
		Yes	3. Measures to promote community based services				
	ESF: Enhancing the equal and timely access to quality, sustainable and affordable services; modernising social protection systems, including promoting access to social protection, improving accessibility, effectiveness and resilience of healthcare systems and long-term care services	Yes	1. Mapping of health and long-term care needs, including in terms of medical and care staff, to ensure sustainable and coordinated measures	No			
		Yes	2. Measures to ensure the efficiency, sustainability, accessibility to health and long-term care services, including a specific focus on individuals excluded from the health and long-term care systems	No			
		Yes	3. Measures to promote community based services				

5. Autoritățile programului

Referință: Articolul 17(3)(j); Articolul 65, Articolul 78 RDC

Tabel 13: Autoritățile programului			
Autoritățile programului	Numele instituției	Nume contact	E-mail
Autoritatea de Management			
Autoritatea de Audit			
Organismul care primește plățile de la CE			
După caz, organismul sau organismele care primesc plăți de la Comisie în caz de asistență tehnică în conformitate cu articolul 30 alineatul (5)			
Funcția de contabilitate în cazul în care această funcție este încredințată unui alt organism decât Autoritatea de Management			

6. Parteneriatul

Referință: Articolul 17(3)(g)

Principiul parteneriatului reprezintă un aspect esențial în procesul de programare și gestionare a fondurilor aferente PC pentru perioada 2021-2027. Este o precondiție pentru elaborarea unor politici economice, sociale și teritoriale realiste. Mai mult decât atât, importanța parteneriatului rezultă atât din nevoia de a asigura transparența procesului de programare și implementare, cât și pentru a oferi implicare și responsabilizare la nivelul tuturor actorilor implicați.

Pentru perioada de programare 2021-2027, MFE îndeplinește în continuare calitatea de coordonator național al elaborării documentelor de programare post 2020, respectiv a AP și a programelor subsecvente, asigurând totodată cadrul partenerial prin implicarea tuturor părților interesate reprezentative pentru programarea și implementarea fondurilor aferente PC.

În acest context, în prima jumătate a anului 2019, autoritățile române au demarat elaborarea documentelor de programare post 2020, precum și pregătirea cadrului partenerial, fiind constituite 5 grupuri parteneriale aferente celor 5 Obiective de Politică prevăzute la nivelul propunerii de Regulament general. Componenta grupurilor de lucru a fost stabilită plecând de la membrii Comitetelor de Monitorizare ale Programelor Operaționale 2014-2020, membri/ observatori/ invitați CCMAP, cărora li s-au alăturat o serie de formațiuni care și-au exprimat interesul pentru a face parte din structurile parteneriale.

Cea de-a 5-a Reuniune CCMAP a avut loc în data de 5 decembrie 2019, în cadrul căreia partenerii au fost informați cu privire la stadiul negocierilor pentru Politica de coeziune 2021-2027, în contextul pregătirii documentelor naționale de programare post 2020. Totodată, reuniunea CCMAP a oferit cadrul de dezbatere între reprezentanții instituțiilor publice și reprezentanții societății civile, pe marginea unor subiecte cheie pentru programarea post-2020, și anume: prevenirea accentuării discrepanțelor de dezvoltare între mediul urban și mediul rural, combaterea sărăciei și a accesului pe piața muncii, abordarea reală a problematicei tinerilor cu nevoi sociale și sprijinirea acestora să realizeze tranziția de la educație pe piața muncii.

În cadrul Grupului partenerial aferent Obiectivului de Politică 4 – O Europă mai socială, a fost asigurată reprezentarea atât la nivelul sectorului public, cât și privat, pentru toate cele 4 domenii majore de intervenție: ocupare, educație, incluziune socială și sănătate. Având în vedere cristalizarea programelor, aceste structuri parteneriale au fost individualizate pe cele 3 Programe FSE, respectiv: POCU, PO Sănătate, PO Combaterea Sărăciei.

În perioada 2019-2020, au avut loc numeroase consultări, atât prin organizarea de reuniuni parteneriale cât și prin intermediul corespondenței electronice, fiind solicitate observații/ propuneri pe prioritățile de finanțare post 2020. Față de documentele propuse spre consultare de către MFE, au fost primite numeroase propuneri, majoritatea acestora regăsindu-se în varianta prezentă a Programului.

În perioada mai-septembrie 2019 au fost realizate reuniuni cu structurile parteneriale, în care au fost prezentate, pe de o parte, schimbările majore de la nivelul Regulamentelor UE ale Politicii de Coeziune, și, pe de altă parte, nevoile de intervenție (pornind de la concluziile Raportului de Țară – Anexa D) și prioritățile de investiție care au derivat din acestea aferente domeniilor de interes.

Principalele contribuții din partea partenerilor au constat în identificarea nevoilor de investiții pentru fiecare domeniu și analiza capacității de implementare, în vederea conturării arhitecturii instituționale pentru managementul fondurilor europene post-2020.

În luna noiembrie 2019, MFE organizat mai multe reuniuni parteneriale, atât la nivelul grupurilor parteneriale, cât și pe grupuri tehnice de lucru, în care au fost dezbătute logicile de intervenție pe domenii, precum și modalitatea în care au fost inserate în document propunerile primite de la parteneri.

Totodată, în data de 28 noiembrie 2019 a avut loc un prim eveniment de amploare vizând consultarea asupra perioadei de programare 2021-2027, eveniment la care au participat reprezentanți ai **mediului de afaceri, societății civile, autorităților publice centrale și locale, beneficiari de fonduri europene**. În cadrul acestui eveniment au fost prezentate: stadiul negocierilor documentelor de programare 2021-2027, logica intervențiilor pe domenii de intervenție, dar și arhitectura viitoarelor programe operaționale și mecanismul

de consultare partenerială pentru viitor.

Începând cu anul 2020, au fost organizate o serie de reuniuni tematice, după cum urmează:

- Cu principalii actori relevanți din domeniul sănătății (masă rotundă organizată de Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate, cu tema „*Siguranța Pacientului - Așteptări și Perspective*”. Evenimentul a fost prilejuit de o dezbatere privind proiectul de plan strategic pentru următorii 5 ani în asigurarea și îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate și a siguranței pacientului.
- Cu principalii beneficiari ai proiectelor strategice din domeniul cercetării : reprezentanții Institutului Cantacuzino, specialiștii din domeniul genomicii, reprezentanții Centrului ELI- NP
- Cu reprezentanții asistenței medico-sociale
- Cu reprezentanții Ministerului Sănătății și Ministerului Muncii și Protecției Sociale

Scopul principal al acestor evenimente a fost de a prezenta intervențiile planificate în cadrul tuturor programelor operaționale post 2020, inclusiv în cadrul POS, de a aduce eventuale clarificări partenerilor interesați și de a colecta un număr cât mai mare de propuneri din partea partenerilor sociali în vederea îmbunătățirii documentelor programatice.

În vederea respectării prevederilor articolului 5 din Regulamentul nr. 240/2014 privind *Codul european de conduită referitor la parteneriat* și a stabilirii unor abordări consolidate orizontal pentru implementarea cadrului partenerial, față de perioada de programare 2014-2020, sunt organizate și implementate noi instrumente de optimizare a funcționării acestuia.

În acest sens, MFE implementează un proiect de Asistență Tehnică „*Sprijin pentru implementarea principiului parteneriatului în coordonarea și gestionarea fondurilor europene privind coeziunea*”, prin care au fost propuse următoarele obiective:

- Crearea unui sistem coordonat de informare și comunicare pentru parteneri: Codul Național de Conduită privind Parteneriatul pentru Fondurile Europene aferente Politicii de Coeziune, formalizare componentă structuri, regulamente de organizare și funcționare structuri, dezvoltare secțiune dedicată parteneriatului la nivelul paginii web a MFE;
- Îmbunătățirea activității de lucru în parteneriat cu toți actorii relevanți: principii de funcționare structuri parteneriale;
- Creșterea capacității tuturor părților angajate în parteneriat în vederea creșterii eficienței: formare pentru parteneri, participarea la rețele tematice.

Codul Național de Conduită privind organizarea parteneriatului a fost propus ca și cadru comun de derulare a consultărilor parteneriale, în sprijinul partenerilor cu rol consultativ în procesul de programare și gestionare a fondurilor europene privind coeziunea, pentru derularea unor procese de consultare eficiente, prin asigurarea unui climat favorabil dezbaterilor constructive, inovației și participării active la lucrările structurilor parteneriale. Codul stabilește o serie de norme, principii și reguli de bază care ghidează funcționarea structurilor parteneriale cu rol consultativ în procesul de programare și gestionare a fondurilor europene.

Dincolo de activitatea concretă a structurilor parteneriale, transparența în procesul de programare pentru perioada post-2020 este asigurată prin intermediul secțiunii dedicate la nivelul site-ului MFE în cadrul căreia sunt postate cu regularitate documentele relevante pentru procesul de programare supuse consultării: logicile intervențiilor, diversele proiecte ale Programelor Operaționale., precum și calendarul consultărilor publice.

link web: <http://mfe.gov.ro/minister/perioade-de-programare/perioada-2021-2027/>

De asemenea, în luna aprilie 2020 a fost transmisă echipei de coordonare a procesului de elaborare a POS prima variantă a programului operațional *logica intervenției*. Echipa de coordonare este formată din reprezentanți ai Ministerului Fondurilor Europene, Ministerului Sănătății, Ministerului Educației și Cercetării, Ministerului Lucrărilor Publice, Dezvoltării și Administrației, Ministerului Apărării Naționale, Ministerul Muncii și Protecției Sociale și ai Secretariatului General al Guvernului. Ca urmare a consultării Grupului de lucru interministerial, au fost transmise o serie de comentarii sau propuneri în principal cu privire la tipurile de activități eligibile.

Comentariile tuturor părților au fost centralizate la nivelul Serviciului Programare Intervenții în Sănătate,

iar cele relevante vor fi regăsite în următoarea variantă a programului operațional.

7. Comunicare și vizibilitate

Referință: Articole 17(3)(i) RDC, Articolul 42(2) RDC

În vederea realizării unei informări corecte și prompte către orice persoană sau instituție, menținerea unei imagini pozitive asupra Programului Operațional Sănătate și asupra rolului Uniunii Europene la dezvoltarea regiunilor prin investițiile în domeniul sanitar, se propune elaborarea unui plan de comunicare.

Misiunea Planului de comunicare a Programului Operațional Sănătate 2021-2027 este de a asigura vizibilitatea și transparența derulării Programului Operațional în rândul tuturor categoriilor de public țintă vizate de acesta.

Obiective generale

- ▶ Promovarea rolului și contribuției Programului Operațional Sănătate la îmbunătățirea calității serviciilor medicale și la dezvoltarea infrastructurii sistemului sanitar
- ▶ Asigurarea transparenței și diseminarea informațiilor referitoare la sursele de finanțare în vederea contractării fondurilor alocate prin program către toate categoriile de potențiali beneficiar

Obiective specifice

- ▶ Creșterea notorietății Programului Operațional Sănătate ca program care finanțează infrastructura sistemului sanitar și îmbunătățirea calității serviciilor medicale
- ▶ Informarea tuturor categoriilor de public țintă cu privire la apelurile de proiecte, lansări de proiecte și stadiul implementării în vederea creșterii absorbției (publicare pe website-ul Ministerului Fondurilor Europene, transmitere informații prin e-mail, newsletter etc.)
- ▶ Explicarea regulilor și a mecanismului de acordare a finanțărilor, inclusiv de implementare a proiectelor în funcție de specificul fiecărei categorii de public țintă vizat, pe toată durata de derulare a programului
- ▶ Creșterea notorietății instituțiilor care vor gestiona Programul Operațional Sănătate (Autoritate de Management, Organisme Intermediare)

Public țintă

Exemple de potențiali beneficiari POS:

- ▶ Autorități ale administrației publice centrale
- ▶ Instituții/ unități sanitare
- ▶ Autoritățile administrației publice locale
- ▶ Instituții specifice domeniilor de finanțare (ex. Institutul Național de Hematologie Transfuzională, Centrul ELI – NP, INSP, DSP, Instituții de cercetare etc.)
- ▶ Cabinete medici de Familie
- ▶ Institutul Național de Medicină Legală
- ▶ Direcțiile de Sănătate Publică
- ▶ Universități de Medicină / alte tipuri de universități
- ▶ Parteneriate între acestea și alte entități relevante

Grup țintă

- ▶ Persoanele care beneficiază de sprijin în cadrul măsurilor implementate în cadrul programului

Publicul intern

- ▶ Angajații MFE, angajații AM POS, angajații OIPOS care gestionează Programul
- ▶ Comitetul de Monitorizare POS

Jurnaliștii

Ținând cont de faptul că mass media este considerate fie canal de comunicare, fie public țintă, presa poate sprijini activitățile de comunicare ale POS, în consecință aceasta trebuie informată constant asupra evoluției implementării programului operațional

Stakeholderi

- ▶ Comisia Europeană
- ▶ Parlamentul European
- ▶ Reprezentanța Comisiei Europene la București
- ▶ Societatea civilă

Canale de comunicare

- ▶ Evenimente (ex. sesiuni de informare, evenimente cu participare națională, conferințe de presă, vizite proiecte etc.)
- ▶ Comunicare online (website/instrumente de social –media integrate/aplicații web)
- ▶ Comunicate pentru presă și alte material necesare acestora
- ▶ Social media
- ▶ Campanii mass media (presa scrisă, TV, radio, indoor etc.)
- ▶ Materiale promoționale

Indicatori relevanți pentru monitorizare și evaluare

- ▶ Număr participanți
- ▶ Număr material distribuite
- ▶ Număr vizitatori unici pe site
- ▶ Număr campanii publicitare
- ▶ Număr spoturi TV, radio
- ▶ Număr website funcțional
- ▶ Realizare identitate vizuală
- ▶ Pagină de facebook actualizată
- ▶ Număr conferințe de presă/ sesiuni de informare/ evenimente/ vizite proiecte realizate
- ▶ Număr material promoționale distribuite
- ▶ Număr studii analize impact POS realizate
- ▶ Număr jurnaliști participanți

8. Utilizarea de costuri unitare, rate forfetare, sume forfetare și finanțare care nu este legată de costuri

Referință: Articolele 88 și 89 RDC

Tabelul 14: Utilizarea contribuției Uniunii bazată costuri unitare, rate forfetare, sume forfetare și finanțare care nu este legată de costuri

Intenția de a utiliza articolele 88 și 89	Da	NU
De la adoptarea programului se va folosi rambursarea contribuției Uniunii pe baza de costuri unitare, sumelor forfetare și rate forfetare, în conformitate cu articolul 88 RDC (dacă da, completați Anexa 1)	DA	
De la adoptarea programului se va folosi rambursarea contribuției Uniunii pe baza de finanțare care nu este legată de costuri, în conformitate cu articolul 89 RDC (dacă DA, completați Anexa 2)		NU

Anexa 1: Contribuția uniunii pe bază de costuri unitare, sume forfetare și rate forfetare. Machetă pentru transmiterea datelor pentru a fi luate în calcul de către CE (articolul 88)

Data transmiterii propunerii	
Versiunea prezentă	

A. Rezumat al principalelor elemente

Prioritate	Fond	Obiectiv specific	Categorie de regiune	Proporția estimată a alocării financiare totale în cadrul priorității căreia îi va fi aplicată opțiunea de cost simplificat în % (estimare)	Tipul/ tipurile operațiunii		Numele indicatorului corespunzător		Unitatea de măsurare a indicatorului	Tipul de opțiuni simplificate de costuri	Cost unitar, suma forfetară și rata forfetară corespunzătoare
					Cod	Descriere	Cod	Descriere			
Prioritate 4	FSE+	(ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a adaptabilității sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung	Mai dezvoltată Mai puțin dezvoltată	Aprox 80 mil euro		Implementarea programului de screening populațional/ diagnosticare și tratament al stadiilor incipiente de cancer col uterin, în special pentru persoane aparținând grupurilor vulnerabile		► Informare, consiliere și mobilizare în vederea testării HPV sau Babeș Papanicolau.	Nr.	Cost unitar	15 lei
								► Informare, consiliere, mobilizare în vederea testării HPV sau Babeș Papanicolau și consultație medicală în asistența medicală primară / managementul cazului pozitiv în vederea testării HPV sau Babeș Papanicolau.	Nr	Cost unitar	15 lei + 19,5 lei = 34,25 lei. Costul este stabilit prin suma între costul pentru serviciul de informare, consiliere, mobilizare în vederea testării HPV sau Babeș Papanicolau și cel aferent consultației medicale în asistența medicală primară. Acesta din urmă este stabilit prin aplicarea următoarei formule de calcul: numărul de puncte/ consultație de evaluare a riscului 5,5 puncte * 3,5 lei (Valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical în asistența medicală primară este unică pe țară și este în

Prioritate	Fond	Obiectiv specific	Categorie de regiune	Proportia estimată a alocării financiare totale în cadrul priorității căreia îi va fi aplicată opțiunea de cost simplificat în % (estimare)	Tipul/ tipurile operațiunii		Numele indicatorului corespunzător		Unitatea de măsurare a indicatorului	Tipul de opțiuni simplificate de costuri	Cost unitar, suma forfetară și rata forfetară corespunzătoare
					Cod	Descriere	Cod	Descriere			
											valoare de 3,5 lei) = 5,5* 3,5 = 19,25 lei
								▶ Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin (testare HPV)	Nr.	Cost unitar	171,24 lei
								▶ Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau	Nr.	Cost unitar	28.lei. Costul este stabilit prin aplicarea următoarei formule de calcul: numărul de puncte/ procedura diagnostic de recoltare pentru test Babeș-Papanicolau 10 puncte * 2,8 lei (Valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical este unică pe țară și este în valoare de 2,8 lei) = 10 * 2,8 = 28 lei

Prioritate	Fond	Obiectiv specific	Categorie de regiune	Proportia estimată a alocării financiare totale în cadrul priorității căreia îi va fi aplicată opțiunea de cost simplificat în % (estimare)	Tipul/ tipurile operațiunii		Numele indicatorului corespunzător		Unitatea de măsurare a indicatorului	Tipul de opțiuni simplificate de costuri	Cost unitar, suma forfetară și rata forfetară corespunzătoare
					Cod	Descriere	Cod	Descriere			
								▶ Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau și consultație medicală în asistența medicală ambulatorie*	Nr.	Cost unitar	28 + 28 = 56 lei Costul este stabilit orin suma între costul pentru serviciul de recoltare pentru test Babeș-Papanicolau și costul pentru consultația medicală în asistența medicală ambulatorie. Costul pentru recoltare pentru test Babeș-Papanicolau este stabilit prin aplicarea următoarei formule de calcul: numărul de puncte/ procedura diagnostic de recoltare pentru test Babeș-Papanicolau 10 puncte * 2,8 lei (Valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical este unică pe țară și este în valoare de 2,8 lei) = 10 * 2,8 = 28 lei Costul pentru consultația medicală în asistența medicală ambulatorie este stabilit prin aplicarea următoarei formule de

Prioritate	Fond	Obiectiv specific	Categorie de regiune	Proporția estimată a alocării financiare totale în cadrul priorității căreia îi va fi aplicată opțiunea de cost simplificat în % (estimare)	Tipul/ tipurile operațiunii		Numele indicatorului corespunzător		Unitatea de măsurare a indicatorului	Tipul de opțiuni simplificate de costuri	Cost unitar, suma forfetară și rata forfetară corespunzătoare
					Cod	Descriere	Cod	Descriere			
											calcul: numărul de puncte/ consultație de evaluare a riscului 10 puncte * 2,8 lei (Valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical este unică pe țară și este în valoare de 2,8 lei) = 10*2,8= 28 lei
								▶ Examen citologic cervico-vaginal Babeș-Papanicolau	Nr.	Cost unitar	40 lei
								▶ Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic	Nr.	Cost unitar	211,24 lei
								▶ Colposcopia	Nr.	Cost unitar	112 lei. Costul este stabilit prin aplicarea următoarei formule de calcul: numărul de puncte/ procedura de colposcopie 40 puncte*2,8 lei (Valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical este unică pe țară și este în

Prioritate	Fond	Obiectiv specific	Categorie de regiune	Proportia estimată a alocării financiare totale în cadrul priorității căreia îi va fi aplicată opțiunea de cost simplificat în % (estimare)	Tipul/ tipurile operațiunii		Numele indicatorului corespunzător		Unitatea de măsurare a indicatorului	Tipul de opțiuni simplificate de costuri	Cost unitar, suma forfetară și rata forfetară corespunzătoare
					Cod	Descriere	Cod	Descriere			
											valoare de 2,8 lei) = 40 * 2,8 = 112 lei
								▶ Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin	Nr.	Cost unitar	217 lei
								▶ Tratatamentul leziunilor precanceroase ale colului uterin prin cauterizare de col uterin prin cauterizare de col uterin	Nr.	Cost unitar	70 lei. Costul este stabilit prin aplicarea următoarei formule de calcul: numărul de puncte/ procedura de colposcopie 25 puncte*2,8 lei (Valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical este unică pe țară și este în valoare de 2,8 lei) = 25*2,8 = 70 lei
								▶ Tratatamentul excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin	Nr.	Cost unitar	391,30 lei

B. Detalii pe tip de operațiune (va fi completată pentru fiecare tip de operațiune)

A primit AM sprijin de la o companie externă pentru a elabora costurile simplificate de mai jos?

Dacă DA, specificați numele companiei externe:

Da/ Nu - numele companiei externe:

Numele operațiunii:

1.1. Descrierea tipului operațiunii	Implementarea programului de screening populațional/ diagnosticare și tratament al stadiilor incipiente de cancer col uterin, în special pentru persoane aparținând grupurilor vulnerabile
1.2. Obiectiv specific	<i>FSE+ (ix) Creșterea accesului egal și în timp util la servicii de calitate, sustenabile și accesibile; modernizarea sistemelor de protecție socială, inclusiv promovarea accesului la protecție socială; îmbunătățirea accesibilității, a eficacității și a adaptabilității sistemelor de sănătate și a serviciilor de îngrijire pe termen lung</i>
1.3. Nume indicator ³⁸	Servicii de: <ul style="list-style-type: none">▶ Informare, consiliere și mobilizare în vederea testării HPV/ Informare și consiliere și mobilizare în vederea testării Babeș Papanicolau.▶ Informare, consiliere, mobilizare în vederea testării HPV sau Babes Papanicolau și consultație medicală în asistența medicală primară/ managementul cazului pozitiv în vederea testării HPV sau Babeș Papanicolau.▶ Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin (testare HPV)▶ Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau▶ Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau și consultație medicală în asistența medicală ambulatorie▶ Examen citologic cervico-vaginal Babeș-Papanicolau▶ Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic▶ Colposcopia▶ Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin▶ Tratamentul leziunilor precanceroase ale colului uterin prin cauterizare de col uterin▶ Tratamentul excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin
1.4. Unitatea de măsurare a indicatorului	Servicii de: <ul style="list-style-type: none">▶ Informare, consiliere și mobilizare în vederea testării HPV/ Informare și consiliere și mobilizare în vederea testării Babes Papanicolau.▶ Informare, consiliere, mobilizare în vederea testării HPV sau Babes Papanicolau și consultație medicală în asistența medicală primară/ managementul cazului pozitiv în vederea testării HPV sau Babes

	<p>Papanicolau.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin (testare HPV) ▶ Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau ▶ Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau și consultație medicală în asistența medicală ambulatorie ▶ Examen citologic cervico-vaginal Babeș-Papanicolau ▶ Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic ▶ Colposcopia ▶ Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin ▶ Tratatamentul leziunilor precanceroase ale colului uterin prin cauterizare de col uterin ▶ Tratatamentul excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin
1.5. Costul unitare, suma forfetară și rata forfetare	Costuri unitare
1.6. Suma	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Informare, consiliere și mobilizare în vederea testării HPV/ Informare și consiliere și mobilizare în vederea testării Babeș Papanicolau = 15 lei ▶ Informare, consiliere, mobilizare în vederea testării HPV sau Babeș Papanicolau și consultație medicală în asistența medicală primară/ managementul cazului pozitiv în vederea testării HPV sau Babeș Papanicolau= 34,25 lei. Costul este stabilit prin suma între costul pentru serviciul de informare, consiliere, mobilizare în vederea testării HPV sau Babeș Papanicolau și cel aferent consultației medicale în asistența medicală primară. Acesta din urmă este stabilit prin aplicarea următoarei formule de calcul: numărul de puncte/ consultație de evaluare a riscului 5,5 puncte * 3,5 lei (Valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical în asistența medicală primară este unică pe țară și este în valoare de 3,5 lei) = 5,5 * 3,5 = 19,25 lei ▶ Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin (testare HPV) = 171,24 lei. ▶ Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau = 28 lei. Costul este stabilit prin aplicarea următoarei formule de calcul: numărul de puncte/ procedura diagnostic de recoltare pentru test Babeș-Papanicolau 10 puncte*2,8 lei (Valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical este unică pe țară și este în valoare de 2,8 lei) = 10*2,8 = 28 lei ▶ Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau și consultație medicală în asistența medicală ambulatorie = 56 lei. Costul este stabilit prin suma între costul pentru serviciul de recoltare pentru test Babeș-Papanicolau și costul pentru consultația medicală în asistența medicală ambulatorie. Costul pentru recoltare pentru test Babeș-Papanicolau este stabilit prin aplicarea următoarei formule de calcul: numărul de puncte/ procedura diagnostic de recoltare pentru test Babeș-Papanicolau 10 puncte*2,8 lei (Valoarea minimă garantată

	<p>pentru un punct pe serviciu medical este unică pe țară și este în valoare de 2,8 lei) = $10 \times 2,8 = 28$ lei Costul pentru consultația medicală este stabilit prin aplicarea următoarei formule de calcul: numărul de puncte/ consultație de evaluare a riscului $10 \text{ puncte} \times 2,8 \text{ lei}$ (Valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical este unică pe țară și este în valoare de 2,8 lei.) = $10 \times 2,8 = 28$ lei</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Examen citologic cervico-vaginal Babeș-Papanicolau = 40 lei ▶ Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic= 211,24 lei ▶ Colposcopia – 112 lei. Costul este stabilit prin aplicarea următoarei formule de calcul: numărul de puncte/ procedura de colposcopie $40 \text{ puncte} \times 2,8 \text{ lei}$ (Valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical este unică pe țară și este în valoare de 2,8 lei.) = $40 \times 2,8 = 112$ lei ▶ Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin = 217 lei ▶ Tratamentul leziunilor precanceroase ale colului uterin prin cauterizare de col uterin = 70 lei Costul este stabilit prin aplicarea următoarei formule de calcul: numărul de puncte/ procedura de cauterizare col uterin $25 \text{ puncte} \times 2,8 \text{ lei}$ (Valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical este unică pe țară și este în valoare de 2,8 lei) = $25 \times 2,8 = 70$ lei ▶ Tratamentul excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin = 391,30 lei
1.7. Categori de costuri vizate de costul unitar, suma forfetară sau rata forfetară	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Informare, consiliere și mobilizare în vederea testării HPV sau Babeș - Papanicolau vizează costul activității de informare persoanelor eligibile a fi testate cu scopul de a asigura informarea, consilierea femeilor privind măsurile de prevenire a cancerului de col uterin, beneficiile participării la programe organizate de screening și mobilizarea femeilor. Acest consult inițial poate avea loc și în caravană, în cadrul unităților mobile și poate fi efectuată atât de personal medical (<i>ex. medici de familie, medici de specialitate etc.</i>), cât și personal nemedical (<i>ex. asistenți medicali comunitari etc.</i>). ▶ Informare, consiliere, mobilizare în vederea testării HPV sau Babeș-Papanicolau și consultație medicală în asistența medicală primară/ managementul cazului pozitiv în vederea testării HPV sau Babeș Papanicolau vizează costul consultației de specialitate efectuată de medicul de familie persoanelor eligibile a fi testate cu scopul de a asigura informarea, consilierea femeilor privind măsurile de prevenire a cancerului de col uterin, beneficiile participării la programe organizate de screening și mobilizarea femeilor prin sistemul de chemare/ rechemare la testare, precum și managementul cazurilor pozitive (<i>ex. eliberare bilet de trimitere, informare privind semnificația rezultatului și conduita de urmat</i>). Această activitate este efectuată doar de personal medical din asistența medicală primară și/sau ambulatorie. ▶ Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin (testare HPV) vizează costul serviciilor medicale oferite femeilor eligibile în programul de screening în scopul depistării infecției persistente cu HPV susceptibile de a provoca leziuni displazice ale colului uterin. Serviciile medicale obligatoriu de oferit constau în:

	<p><i>consultație de specialitate: obstetrică-ginecologie; recoltare frotiu citovaginal testare infecție HPV; comunicare rezultat și consiliere privind conduita în funcție de rezultate</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau vizează costul serviciului furnizat de personal medical de specialitate și constă în recoltarea frotiului cito-vaginal în vederea examinării citologice pentru identificarea leziunilor displazice ale colului uterin. ▶ Recoltare pentru test Babeș-Papanicolau și consultație medicală în asistența medicală ambulatorie vizează costul serviciului furnizat de personal medical de specialitate și constă în recoltarea frotiului cito-vaginal în vederea examinării citologice pentru identificarea leziunilor displazice ale colului uterin ▶ Examen citologic (al frotiului) cervico-vaginal Babeș-Papanicolau vizează costul serviciului medical furnizat de personal medical de specialitate pentru identificarea leziunilor displazice ale colului uterin. ▶ Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic vizează costul ansamblului serviciilor medicale oferite femeilor cu rezultate pozitive la testarea HPV sau Babeș Papanicolau care constau în: <i>consultație de specialitate: obstetrică-ginecologie; recoltare frotiu citovaginal testare infecție HPV; examen citologic; comunicare rezultat și consiliere privind conduita în funcție de rezultate.</i> ▶ Colposcopia vizează costul serviciului medical furnizat de personalul medical de specialitate în vederea urmăririi evoluției leziunilor displazice ale colului uterin sau a evoluției post cauterizare sau tratament excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin. ▶ Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin vizează costul ansamblului serviciilor medicale oferite femeilor cu rezultate pozitive la testarea HPV sau Babeș Papanicolau care constau în: <i>consultație de specialitate: obstetrică-ginecologie; biopsie; examen histopatologic.</i> ▶ Tratamentul leziunilor precanceroase ale colului uterin prin cauterizare de col uterin vizează serviciul medical de tratament al leziunilor colului uterin. ▶ Tratamentul excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin vizează costul ansamblului serviciilor medicale oferite femeilor cu rezultate pozitive la testarea HPV sau Babeș Papanicolau care constau în: <i>consultație obstetrică-ginecologie; colposcopie; anestezie locală; prelevare țesut ERAD (bisturiu rece); examen histopatologic (1 - 3 blocuri).</i> <p>Serviciile medicale obligatoriu de efectuat sunt supuse modificărilor acestor prevederi legale.</p> <p>* <i>Consultatia de specialitate: obstetrică-ginecologie</i> se realizează de personal medical (atât de medicul specialist de obstetrică-ginecologie, dar și de medicul de familie).</p>
1.8. Acoperă aceste categorii de costuri toate cheltuielile	Nu, aceste costuri nu acoperă toate cheltuielile eligibile ale operațiunii.

eligibile ale operațiunii? (Da/Nu)	<p>Aceste costuri nu acoperă următoarele tipuri de costuri³⁹: ex. costurile indirecte aferente managementului de proiect, costurile aferente măsurilor suport pentru a viza persoane din zona rurală/ persoanele dezavantajate socio-economic/ vulnerabile (<i>ex. costuri suplimentare de deplasare ale furnizorilor de servicii pentru a ajunge în aceste comunități, costuri de transport necesare persoanelor pentru a beneficia de anumite servicii medicale specializate, transport probe în situația în care abordarea impune deplasarea în anumite comunități/ zone etc.</i>), costurile de operare și întreținere ale unităților mobile de screening, costurile pentru măsuri de educație medicală continuă și dezvoltare a capacității personalului implicat în implementarea măsurilor programului de screening, inclusiv personal servicii conexe și personal suport (<i>ex. dezvoltare/ actualizare curriculum formare, evaluare competente/ certificare etc.</i>), costuri cu măsuri de dezvoltare/ actualizare metodologii/ standarde/ ghiduri screening/ actualizarea de costuri etc., costurile aferente campaniilor de informare/ conștientizare a grupului țintă, costuri cu elaborare studii/ analize/ rapoarte/ monitorizare etc., costuri pentru implementarea de măsuri de sprijin pentru asigurarea calității în screening, costuri suplimentare cu materialele de protecție, curățenia și dezinfecția suplimentară în context epidemic, achiziții echipamente, măsuri de informatizare/ digitizare, inclusiv telemedicină etc. Trebuie evidențiat faptul că în cadrul operațiunii vor putea fi decontate <u>sub formă de costuri reale</u> anumite costuri pentru servicii medicale (<i>ex. chiuretaj cu biopsia de col uterin</i>) care sunt prevăzute în cadrul legislativ menționat, în condițiile în care acestea sunt prevăzute în legislație ca și tarife maxime</p>
1.9. Metoda/ metodele de ajustare	<p>Costurile unitare sunt prevăzute în:</p> <ul style="list-style-type: none"> ► Ordinul nr. 980/610/2019 pentru prelungirea aplicării prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 - 2019, precum și pentru modificarea și completarea acestuia publicat în: Monitorul Oficial nr. 530 din 28 iunie 2019. Hotărârea nr. 362/2020 privind prelungirea termenului de aplicare a prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019, precum și pentru prorogarea unor termene publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 372 din 8 mai 2020. ► Costurile pentru informare consiliere și mobilizare sunt prevăzute în Ordinul nr. 377/2017 din 30 martie 2017. <p>Costurile sunt supuse modificărilor acestor prevederi legale.</p>
1.10. Verificarea realizării unității de măsură a) ce documente	<p>a) Documente utilizate pentru a verifica realizarea unității de măsură</p> <p>Verificarea dacă serviciile medicale și/ sau serviciul de informare,</p>

³⁹ Au rol de exemplificare, nu rol exhaustiv

<p>(documente) vor fi utilizate pentru a verifica realizarea unității de măsură?</p> <p>b) descrieți ce se va verifica în timpul verificărilor de management (inclusiv la fața locului) și de către cine?</p> <p>c) ce modalități de colectare și stocare a datelor / documentelor descrie?</p>	<p>consiliere și mobilizare au fost furnizate.</p> <p>b) Descrieți ce se va verifica în timpul verificărilor de management (inclusiv la fața locului) și de către cine?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Criterii de eligibilitate a grupului țintă la intrarea în intervenție <i>(în conformitate cu cerințele stabilite în ghidurile specifice al solicitantului)</i>. Această condiție va fi verificată la nivelul cererilor de rambursare. 2. Furnizarea serviciului medical/ serviciul de informare, consiliere și mobilizare în perioada de eligibilitate a proiectului/ operațiunii. 3. Încărcarea documentelor în sistemul informatic <i>(ex. registrul de screening cancer de col uterin sau alte registre dezvoltate)</i> 4. Respectarea regulamentelor de protecție a datelor cu caracter personal(GDPR) <p>c) Modalități de colectare și stocare a datelor / documentelor descrie?</p> <p>Datele colectate vor fi stocate în sistemul informatic <i>(ex. registrul de screening cancer de col uterin sau alte registre relevante/ alte aplicații software dezvoltate)</i></p>
<p>1.11. Posibile stimulente perverse sau probleme cauzate de acest indicator, modul în care acestea pot fi atenuate și nivelul estimat de risc</p>	<p>Cerințele privind GDPR</p>
<p>1.12. Suma totală (națională și UE) preconizată a fi rambursată</p>	<p>Aprox 80 milioane euro</p>

C. Modul de calcul al costului unitar, sumei forfetare sau ratei forfetare

1. **Sursa de date utilizată pentru calcularea costurilor unitare standard, a sumelor forfetare sau a ratelor forfetare (cine a produs, colectat și înregistrat datele; unde sunt stocate datele; date de întrerupere; validare etc.).**

Costurile unitare sunt prevăzute în legislația națională, respectiv:

- Ordinul nr. 980/610/2019 pentru prelungirea aplicării prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 - 2019, precum și pentru modificarea și completarea acestuia publicat în: Monitorul Oficial nr. 530 din 28 iunie 2019. Hotărârea nr. 362/2020 privind prelungirea termenului de aplicare a prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019, precum și pentru prorogarea unor termene publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 372 din 8 mai 2020.
- Costurile pentru serviciul de informare, consiliere și mobilizare sunt prevăzute în **Ordinul nr. 377/2017 din 30 martie 2017**.

Costurile sunt supuse modificărilor acestor prevederi legale.

2. **Vă rugăm să specificați de ce metoda propusă și calculul sunt relevante pentru tipul de operațiune.**

Deoarece serviciile medicale vor fi furnizate în principal de către unitățile medicale publice, metoda propusă a vizat modul de plată a acestor servicii conform legislației naționale. De asemenea, având în vedere că această operațiune se constituie într-o acțiune de suport pentru consolidarea programului național de screening pentru cancerul de col uterin, se impune menținerea costurilor la nivelul celor fundamentate și prevăzute în legislația națională pentru a se putea asigura ulterior sustenabilitatea operațiunii.

Atașat extras din cadrul legislativ secțiunile relevante.

3. **Vă rugăm să specificați modul în care au fost făcute calculele, în special incluzând orice ipoteze făcute în ceea ce privește calitatea sau cantitățile. Dacă este relevant, dovada statistică și punctele de referință ar trebui utilizate și anexate la această anexă într-un format care poate fi utilizat de către Comisie.**

Costurile unitare sunt conform legislației naționale, acestea urmând a fi supuse modificărilor acestor prevederi legale.

4. **Vă rugăm să explicați cum v-ați asigurat că în calculul costurilor unitare standard, a sumei forfetare sau a ratei forfetare au fost incluse doar cheltuieli eligibile.**

Metoda de calcul a presupus definirea tipurilor de acțiuni eligibile în cadrul operațiunii. Serviciile medicale definite se vor furniza în cadrul operațiunii în conformitate cu metodologii specifice pentru depistarea, diagnosticarea și tratamentul leziunilor colului uterin în cadrul programelor de screening populațional organizat și cu asigurarea și controlul calității operațiunii la toate nivelurile sale în concordanță cu ghidurile și recomandările CE publicate. Serviciile medicale care vor fi decontate ca și costuri unitare sunt diferite de cele care vor fi decontate de costuri reale (ex. *chiuretaj cu biopsia de col uterin*). De asemenea, cheltuielile care sunt absolut necesare pentru a furniza aceste servicii inclusiv către persoane aparținând grupurilor vulnerabile/dezavantajate socio-economic/ din zona rurală vor fi prevăzute separat în cadrul operațiunii și decontate pe bază de costuri reale.

5. **Evaluarea autorității (autorităților) de audit a metodologiei de calcul și a sumelor și a modalităților de**

a asigura verificarea, calitatea, colectarea și stocarea datelor.

La momentul transmiterii oficiale a POS către serviciile CE va fi atașată **evaluarea Autorității de Audit.**

Template for submitting data for the consideration of the Commission

(Article 89)

Date of submitting the proposal	
Current version	

A. Summary of the main elements

Priori t y	Fu n d	Specif ic object i ve	Categ or y of region	The amou nt covere d by the financi ng not linked to cost	Type(s) of operat io n	Conditions to be fulfilled/r esu lts to be achieved	Correspondi ng indicator name(s)		Unit of measure me nt for the indicator	Envisaged reimburse me nt to the beneficiari es
							Co d e	Descrip ti on		
The over all amo unt cover ed										

B. Details by type of operation (to be completed for every type of operation)

Types of operation:

1.1. Description of the operation type	
1.2 specific objective	
1.3 Conditions to be fulfilled or results to be achieved	

1.4 Deadline for fulfilment of conditions or results to be achieved	
1.5 Indicator definition for deliverables	

1.6 Unit of measurement for indicator for deliverables			
1.7 Intermediate deliverables (if applicable) triggering reimbursement by the Commission with schedule for reimbursements	Intermediate deliverables	Date	Amounts
1.8 Total amount (including EU and national funding)			
1.9 Adjustment(s) method			
<p>1.10 Verification of the achievement of the result or condition (and where relevant, the intermediate deliverables)</p> <ul style="list-style-type: none"> - describe what document(s) will be used to verify the achievement of the result or condition - describe what will be checked during management verifications (including on-the-spot), and by whom. - describe what are the arrangements to collect and store the data/documents 			
1.10a Use of grants in the form of financing not linked to costs			
<p>1.11 Arrangements to ensure the audit trail</p> <p>Please list the body(ies) responsible for these arrangements.</p>			

Anexa 2a: Lista operațiunilor planificate de importanță strategică – Articolul 17(3)

Programul Operațional Sănătate 2021-2027 are în vedere implementarea următoarelor operațiuni de importanță strategică:

1. Spitalele regionale
2. **Implementarea de programe de screening populațional/ diagnosticare și tratament al stadiilor incipiente, în special pentru persoane aparținând grupurilor vulnerabile** (ex. cancer col uterin, cancer mamar, cancer colorectal, hepatite/ HIV SIDA, screening metabolic, tuberculoză, testare genetică, screeningul factorilor de risc comuni ai bolilor cronice, etc.) (acțiunile eligibile sunt incluse în prioritatea 2 FEDR, prioritatea 4 FEDR și prioritatea 4 FSE+)
3. **Implementarea de programe de diagnosticare precoce și tratament, în special pentru persoane aparținând grupurilor vulnerabile** (ex. cancer pulmonar, cancer prostată, cancere ginecologice, cancere ale capului și gâtului, testare genetică etc.) (acțiunile eligibile sunt incluse în prioritatea 2 FEDR, prioritatea 4 FEDR și prioritatea 4 FSE+)
4. **Creșterea capacității de îngrijire medicală a pacientului critic prenatal/ neonatal/ postneonatal** (acțiunile eligibile sunt incluse în prioritatea 4 FEDR și prioritatea 4 FSE+)
5. **Măsurile de diagnosticare precoce și/ sau tratament antenatal/ neonatal/ postnatal** (implementarea de programe de urmărire, îngrijire a sarcinii și diagnosticare destinate gravidei și copilului; implementarea programelor de screening/ prevenție și tratament pentru retinopatia de prematuritate; implementarea/ îmbunătățirea programului de screening/ prevenție și tratament pentru hipoacuzia neurosenzorială; implementarea de programe de diagnosticare neonatală pentru displazie congenitală; implementarea/ îmbunătățirea programelor de screening/ prevenție și tratament pentru malformații congenitale cardiace, diagnosticare sindroame metabolice congenitale, boli genetice rare, etc.) (acțiunile eligibile sunt incluse în prioritatea 2 FEDR, prioritatea 4 FEDR și prioritatea 4 FSE+)
6. Creșterea capacității de îngrijire medicală a **pacienților cu boli rare – neurologie pediatrică** (acțiunile eligibile sunt incluse în prioritatea 2 FEDR, prioritatea 4 FEDR și prioritatea 4 FSE+)
7. Creșterea capacității de îngrijire medicală a **pacientului critic cu patologie vasculară cerebrală acută** (acțiunile eligibile sunt incluse în prioritatea 4 FEDR și prioritatea 4 FSE+)
8. Îmbunătățirea serviciilor medicale și a infrastructurii în domeniul **terapiilor celulare inovative în hematologie și transplant medular** (acțiunile eligibile sunt incluse în prioritatea 7 FEDR și prioritatea 7 FSE+)
9. **Optimizarea managementului bolilor cronice hepatice/ pancreatice și al cancerelor hepatobiliare/ pancreatice/ urologie și transplant renal** (acțiunile eligibile sunt incluse în prioritatea 7 FEDR și prioritatea 7 FSE+)
10. **Dezvoltarea Institutului Național de Cercetare- Dezvoltare Medico-militară "Cantacuzino"** la standard de bună practică în fabricație (BPF/GMP) și bună practică de laborator (BPL/GLP) (acțiunile eligibile sunt incluse în prioritatea 5 FEDR și prioritatea 7 FSE+)
11. **Realizarea unei infrastructuri de excelență în domeniul genomicii, crearea unui mecanism instituțional adecvat și întărirea capacității deja existente la nivel național în acest domeniu** (acțiunile eligibile sunt incluse în prioritatea 5 FEDR și prioritatea 7

FSE+) (acțiunile eligibile sunt incluse în prioritatea 4 FEDR, prioritatea 5 FEDR și prioritatea 7 FEDR/ FSE+)

12. **Consolidarea capacității în domeniul tratării cancerului** (acțiunile eligibile sunt incluse în prioritatea 5 FEDR și prioritatea 7 FEDR/ FSE+)
13. Operațiuni strategice (2) în domeniul **digitalizării sistemului medical** (acțiunile eligibile sunt incluse în prioritatea 6 FEDR și Prioritatea 7 FSE+):
 - a. Redimensionarea și standardizarea sistemului informatic al CNAS
 - b. Observatorul național pentru date în sănătate
14. **Îmbunătățirea infrastructurii și dotărilor pentru structurile de imagistică medicală** (ex. CT, angiografe, rezonanță magnetică nucleară etc.)