

SINTEZA PROGRAMULUI OPERAȚIONAL SĂNĂTATE 2021-2027

ATENȚIE: Fiecare program operațional va conține în mod obligatoriu grafice privind evoluția nevoilor, bugetului alocat precum și figuri cu proiecte semnificative și altele asemenea;

Denumirea programului operațional: Programul Operațional Sănătate	
Viziunea strategică a programului operațional: O națiune cu oameni sănătoși și productivi prin acces la servicii preventive, de urgență, curative și reabilitare de calitate.	
Consultări publice realizate până în prezent: (descrierea datelor la care a avut loc consultarea, număr de participanți, subiecte discutate, link-uri de la dezbateri) <ul style="list-style-type: none">➤ Consultare publică cu reprezentantii societatii civile pe tema prioritatilor din viitoarea perioadă de programare și cu reprezentanții asistenței medico sociale : 25 februarie 2020 http://mfe.gov.ro/ministrul-marcel-bolos-a-avut-o-noua-runda-de-consultari-cu-reprezentantii-societatii-civile-pe-tema-prioritatilor-din-viitoarea-perioada-de-programare/http://mfe.gov.ro/intalnire-cu-reprezentantii-asistentei-medico-sociale-pentru-pregatirea-perioadei-de-programare-2021-2027/➤ Consultare publică Grup Interministerial a Programului Operațional Sănătate 2021-2027: 13 aprilie 2020➤ Consultare publică Grup Interministerial a Programului Operațional Sănătate 2021-2027 : 05 Iunie 2020➤ Publicarea pe site-ul MFE a Programului Operațional Sănătate 2021-2027- varinata sintetică : http://mfe.gov.ro/minister/perioade-de-programare/perioada-2021-2027/	
Constrângeri tematice la nivelul Programului Operațional: Nu este cazul	
Sursa de finanțare a Programului Operațional: <ul style="list-style-type: none">➤ Fondul European de Dezvoltare Regională (FEDR)➤ Fondul Social European+ (FSE+)➤ Cofinanțare Națională - Buget de Stat (CN-BS)	
Rata medie de cofinanțare la nivel de Program Operațional: <ul style="list-style-type: none">- Prioritatea 1 - Investiții pentru construirea spitalelor regionale și infrastructuri spitalicești noi cu impact teritorial major - 50%- Prioritatea 2 - Prioritatea 7 - 70%	
Corelarea cu alte	<ul style="list-style-type: none">➤ Strategia Națională de Sănătate 2021-2027 (SNS)➤ Planurile regionale generale de servicii medicale (PRGSM)

<p>documente strategice la nivel național (descrierea documentelor strategice și a modului de corelare)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Strategia Națională de Paliative (SNP) ➤ Planul Național de Cancer (PNC) ➤ Strategia Națională de Cercetare, Dezvoltare și Inovare (SNCDI) ➤ Strategia Națională de Competitivitate (SNC) ➤ Strategia Națională de Incluziune Socială 2021-2027 (SNIC) ➤ Strategia Națională de Dezvoltare Durabilă (SNDD)
<p>Obiectivul general al programului operațional (se va descrie obiectivul general al programului operațional raportat la scopul urmărit de program):</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Îmbunătățirea accesibilității, eficacității, eficienței și rezilienței sistemului de sănătate.
<p>Obiective specifice (vor descrie obiectivele specifice raportat la nevoile pe care urmează să le acopere programul operațional):</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Îmbunătățirea eficacității serviciilor medicale de urgență ➤ Creșterea accesului la servicii de asistență medicală primară, comunitară și servicii oferite în regim ambulatoriu ➤ Îmbunătățirea accesibilității și eficacității serviciilor de reabilitare/recuperare, serviciilor de îngrijire paliativă, serviciilor de îngrijire pe termen lung ➤ Creșterea eficacității sectorului medical prin investiții în infrastructură și servicii ➤ Îmbunătățirea eficacității și eficienței serviciilor medicale prin investiții în cercetare și în digitalizarea sistemului medical ➤ Creșterea gradului de utilizare a metodelor moderne și inovative de investigație, intervenție și tratament
<p>Fundamentarea necesității programului operațional (se va descrie de ce este necesar programul operațional, ce categorii de nevoi acoperă, cum au evoluat aceste nevoi (inclusiv grafice), ce soluții există pentru nevoile</p>	<p>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 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.).</p> <p>Conform Raportului de țară pentru România din 2019 (RȚ), sistemul de sănătate se confruntă cu mai multe probleme, printre care:</p> <ul style="list-style-type: none"> - întâzieri 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;

<p>identificate, cum se corelează programul operațional cu strategiile naționale în domeniu)</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 12 locuitori pe km².</p> <p>Rata natalității/ speranța de viață sănătoasă/ rata mortalității</p> <p>Rata natalității (2018) este 8,6 născuți vii la 1000 locuitori, mai mică decât în 2009 (9,9 născuți vii la 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.</p> <p>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.</p> <p>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 ani media UE.</p> <p>Speranța de viață sănătoasă, s-a menținut în ultimii ani la 59 ani, cu aproximativ 5 ani mai mică față media UE 28.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
--	--

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

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

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

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 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 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 sân⁵.

A tât 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 (44,8/100.0000 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 crescut.

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 1,6% în 2016. Cu toate acestea, finanțarea domeniului preventiv nu permite dezvoltarea și nu reflectă importanța acestuia.

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

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

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 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%.

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

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

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

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

¹³ Raportul de activitate CNASS, 2018

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 în 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 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 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.

Proportia 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 paliativă 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,

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

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

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 aceluși spital se face cu ambulanța); sunt folosite clădiri vechi (chiar peste 100 de ani) care nu permit integrarea optimă a circuitelor intraspitalicești și creează dificultăți în adoptarea noii 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, can 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,

²⁰ MS, Analiza de situație a UMP, 2019

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

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 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, neinformaticizat, 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

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

Implementarea terapiilor inovatoare și eficiente în practica medicală hematologică este o necesitate a zilelor noastre. Terapia CAR-T (chimeric antigen receptor-T) reprezintă o descoperire majoră, fiind totodată terapie celulară, genetică și imunologică, prototip de "Medicina 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 celulă 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 Celula 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%.

Leucemia acută limfoblastică este cea mai frecventă leucemie a copilului,

Limfomul cu celulă mare B este cel mai frecvent subtip de limfom nonhodgkinian și reprezintă aprox 25% din toate cazurile de limfoame nonhodgkin, cu o incidență de 3-4 cazuri la 100 000 persoane în Europa.

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 distribuția sângelui uman și a componentelor sanguine pentru transfuzie.

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

Directivile prevăd, de asemenea, cerințe pentru statele membre să organizeze supravegherea sub formă de sisteme de autorizare, inspecție, vigență și trasabilitate.

Un audit al sistemului de transfuzii de sânge în România a fost sancționat de Comisia Europeană la solicitarea Ministerului Sănătății din România. Obiectivele principale ale acestui audit au fost dezvoltarea unei înțelegeri detaliate a funcționării sistemului de transfuzie de sânge în România, revizuirea gradului de aliniere a sistemului la legislația UE în materie de sânge pentru a asigura siguranța și calitatea și revizuirea planurilor de aliniere ulterioară în vederea reorganizării anticipate a sistemului.

Conform acestui raport, în majoritatea cazurilor, spațiile sunt vechi, învechite și inadecvate pentru a permite 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 mai strategic centru de transfuzii din România, precum și cele din Craiova și Giurgiu.

Transplant

Activitatea de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană este un intens consumator 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 potențial 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 decedază 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.

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 agreeate pentru sistemul de sănătate reprezintă o premisă pentru

²³ WHO Health statistics and information systems

asigurarea furnizării de servicii medicale și pentru garantarea accesului cetățenilor la acestea.

Laboratoarele îndeplinesc funcții de sănătate publică, de ex 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 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, parțiale prin 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 investigație în sănătate publică și 17 laboratoare de igiena radiațiilor, iar la nivelul INSP și în CRSP 7 laboratoare funcționale și două laboratoare naționale de referință, cu specific în domeniile: apă 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

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

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 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 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 îndeplinit 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.

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>)

	<p>Digitalizarea sistemului național de sănătate facilitează centrarea pe pacient și nevoile acestuia, crescând disponibilitatea resurselor și accesibilitatea lor acolo unde sunt mai necesare.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 acesteia (ex. date, servicii digitale, resursă de calcul sau de stocare date, etc.).</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<p>Priorități de investiții care se vor finanța în cadrul programului operațional (categorii de investiții cu explicitarea clară a acestora)</p>	<p>Prioritare sunt investițiile în :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infrastructura spitalelor regionale Cluj, Iași și Craiova - etapa a II-a, precum și în infrastructura spitalelor cu impact teritorial major; • Serviciile de asistență medicală primară, comunitară și servicii oferite în regim ambulatorii: infrastructura cabinetelor medicilor de familie, infrastructura pentru servicii de asistență medicală școlară și comunitară, inclusiv servicii de asistență stomatologică, unitățile sanitare care furnizează asistență medicală ambulatorie, centre de screening;

	<ul style="list-style-type: none"> • Serviciile de reabilitare, paliativă și îngrijiri pe termen lung, incluzând și investițiile în măsuri sistemice și pentru dezvoltarea competențelor personalului, precum și servicii medicale destinate persoanelor vulnerabile; • Creșterea eficacității sectorului medical prin investiții în infrastructură și servicii, prin dezvoltarea: sistemului de transport, preluare precum și a unităților dedicate îngrijirii pacienților critici, inclusiv copii, neurologie pediatrică-boli rare, sistemului național de transfuzii, rețelei de laboratoare regionale, spitalelor orășenești, rețelei de genetică medicală. Concomitent, va fi finanțată: <ul style="list-style-type: none"> - Implementarea de programe de screening populațional/ diagnosticare și tratament al stadiilor incipiente în special pentru persoane din grupurile vulnerabile, pe segmente care constituie principalele cauze de mortalitate: <i>cancer col uterin, cancer mamar, cancer colorectal, hepatite/ HIV SIDA, screening metabolic, tuberculoză, testare genetică, screeningul factorilor de risc comuni ai bolilor cronice etc.</i> - Măsuri de diagnosticare precoce și/ sau tratament antenatal/ neonatal/ postnatal. - Implementarea de programe de diagnosticare precoce și tratament, în special pentru persoane aparținând grupurilor vulnerabile precum <i>cancer pulmonar, cancer prostată, cancere ginecologice, cancere ale capului și gâtului, testare genetică etc.</i> - O componentă importantă pentru care vor fi alocate fonduri europene este cea care urmărește controlul infecțiilor asociate actului medical. • Abordări inovative în cercetarea din domeniul medical. Investițiile în domeniul cercetării vor sprijini: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Dezvoltarea infrastructurii, modernizarea, reluarea producției de vaccin și dezvoltarea de noi produse farmaceutice în Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare Medico-Militară „Cantacuzino”;</i> - <i>Realizarea unei infrastructuri de cercetare-dezvoltare în domeniul genomicii;</i> - <i>Consolidarea capacității de cercetare-dezvoltare în domeniul tratării cancerelor.</i> • Digitalizarea sistemului medical: Investițiile vor susține: <ul style="list-style-type: none"> - Refacerea și modernizarea sistemului informatic al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; - Dezvoltarea Observatorului național pentru date în sănătate. - Digitalizarea internă și externă a instituțiilor din domeniul medical precum și uniformizarea fluxurilor informaționale • Promovarea metodelor moderne de investigare, intervenție, tratament - dezvoltarea de centre de excelență în terapii celulare inovative în hematologie și transplant medular, boli digestive și transplant hepatic, urologie și transplant renal.
Bugetul estimat al programului (suma este estimativă având în vedere	➤ 4,7 miliarde euro (FEDR+FSE+Contribuție națională-Buget de Stat)

negocierile care sunt în curs de desfășurare) mld euro;	
Durata programului operațional :	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Perioada de programare 2021-2027 ➤ Eligibilitate cheltuieli: 01 Ianuarie 2021 - 31 Decembrie 2029
Evoluții ale programului operațional față de perioada de programare 2014-2020 (analiza evoluției bugetului):	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nu este cazul ➤ În viitoarea perioadă de programare, 2021-2027, România a luat decizia de a elabora în premieră un Program Operațional multifond dedicat domeniului sănătății .
Repartizare a bugetului programului pe priorități de investiții: explicarea justificării bugetului alocat nevoilor pe priorități de investiții;	<p>Prioritatea 1 - Investiții pentru construirea spitalelor regionale și infrastructuri spitalicești noi cu impact teritorial major FEDR - 1 miliard euro FSE - 62 milioane euro TOTAL P1 - 1,062 miliarde euro</p> <p>Prioritatea 2 - Servicii de asistență medicală primară, comunitară și servicii oferite în regim ambulatoriu FEDR - 143 milioane euro FSE - 211 milioane euro TOTAL P - 354 milioane euro</p> <p>Prioritatea 3 - Servicii de reabilitare, paliativă și îngrijiri pe termen lung adaptate fenomenului demografic de îmbătrânire a populației și profilului epidemiologic al morbidității FEDR - 143 milioane euro FSE - 143 milioane euro TOTAL P7 - 286 milioane euro</p> <p>Prioritatea 4 - Creșterea eficacității sectorului medical prin investiții în infrastructură și servicii FEDR - 757 milioane euro FSE - 1,214 miliard euro TOTAL P7 -1,971 miliarde euro</p> <p>Prioritatea 5 - Abordări inovative în cercetarea din domeniul medical FEDR - 454 milioane euro TOTAL P7 - 454 milioane euro</p> <p>Prioritatea 6 - Digitalizarea sistemului medical FEDR - 260 milioane euro TOTAL P6 - 260 milioane euro</p> <p>Prioritatea 7 - Măsuri care susțin cercetarea, informatizarea în sănătate și utilizarea de metode moderne de investigare, intervenție, tratament FEDR - 100 milioane euro FSE - 244 milioane euro TOTAL P7 - 344 milioane euro</p>

Beneficiari eligibili:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Autoritățile Administrației Publice Centrale ➤ Autoritățile Administrației Publice Locale ➤ Unități administrative teritoriale ➤ Subdiviziunile administrative teritoriale ale municipiilor ➤ Autoritățile deliberative la nivelul unităților administrative ➤ Unități Sanitare Publice, Institute medicale Publice ➤ Institutul Național de Hematologie Transfuzională ➤ Centrul de Transfuzie Sanguină București ➤ Centrele de Transfuzie Sanguină Județene și Regionale ➤ Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare Medico-Militară "Cantacuzino" ➤ Direcțiile de Sănătate Publică ➤ Institutul Național de Sănătate Publică ➤ Eli NP /Institutul Național de Cercetare Dezvoltare pentru Fizică și Inginerie Nucleară Horia Hulubei ➤ Instituții de interes public național de cercetare ➤ Autoritatea pentru Digitalizarea României ➤ Casa Națională de Asigurări de Sănătate ➤ Cabinetele medicilor de familie ➤ Universitatea de Medicină și Farmacie ➤ Facultatea de Fizică ➤ Institutul Național de Medicină Legală ➤ Instituții publice ➤ Parteneriate între acestea
Priorități de investiții noi față de perioada de programare precedentă : (se va realiza descrierea acestora)	<p>În perioada de programare 2014-2020, domeniul sănătății a fost finanțat prin intermediul următoarelor Programe Operaționale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Programul Operațional Regional ➤ Programul Operațional Capital Uman ➤ Programul Operațional Competitivitate ➤ Programul Operațional Capacitate Administrativă ➤ Programul Operațional Asistență tehnică ➤ Programele de Cooperare Transfrontalieră ➤ Programul Operațional Infrastructură Mare <p>Prioritățile noi în cadrul Programului Operațional Sănătate față de direcțiile finanțate prin programele Operaționale din perioada 2014-2020 sunt :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Medicina de familie ➤ Construcția și dotarea altor spitale/infrastructuri spitalicești noi ➤ Medicina școlară și stomatologică ➤ Servicii de reabilitare, recuperare , paliative și îngrijiri pe termen lung ➤ Abordare interdisciplinară a măsurilor destinate pacientului critic copii ➤ Centre de excelență boala coronariană acută ➤ Rețeaua de genetică medicală ➤ Sistemul național de transfuzii ➤ Laboratoarele de microbiologie ➤ Screening populational (metabolic, testare genetică, screeningul factorilor de risc comuni ai bolilor cornice) ➤ Programe de diagnosticare precoce și tratament (cancer pulmonar, cancer prostate, cancer ginecologic, cancer ale capului și gâtului, testare genetică) ➤ Măsuri de diagnosticare precoce și/sau tratament antenatal/neonatal/postnatal (retinopatie de prematuritate, hipoacuzie neurosenzorială, displazie congenitală, malformații congenitale cardiace, sindroame metabolice congenitale, boli rare/boli genetice rare/neurologie pediatrică, testare genetică epilepsii rare) ➤ Implementarea de măsuri de sprijin destinate copiilor cu tulburări de spectru autist ➤ Implementarea de programe de schimbare a stilului de viață și aplicarea de politici de încurajare a unei vieți sănătoase ➤ Implementarea de programe/măsuri destinate controlului infecțiilor asociate actului medical ➤ Centru de excelență terapii celulare inovative în hematologie și transplant medular ➤ Centru de expertiză boli rare - neurologie pediatrică

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Centru de excelență în boli digestive și transplant hepatic ➤ Centru de excelență în urologie și transplant renal ➤ Centru de excelență tratare cancer protonoterapie ➤ Pilotarea metodelor de tratament în domeniile finanțate din Programul Operațional Sănătate ➤ Realizarea unei infrastructuri de genomică ➤ Finanțarea Institutului Național de Cercetare-Dezvoltare Medico-Militară Cantacuzino (cercetare dezvoltare, producție de vaccine, dezvoltare de noi produse farmaceutice)
Indicatori de rezultat ai programului operațional :	Exemple de indicatori de rezultat: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilizatori anuali ai unității de asistență medicală nouă/ modernizată²⁷ ➤ Locuri de muncă create în entitățile sprijinite ➤ Cereri de brevete depuse la Oficiul European de Brevete ➤ Publicații public-private ➤ Utilizatori de noi servicii și aplicații digitale publice ➤ Comunități care au acces la servicii medicale în comunitate urmare a sprijinului primit ➤ Unități sprijinite să ofere servicii în regim ambulatoriu ➤ Unități școlare ai căror elevi beneficiază de servicii de medicină stomatologică urmare a sprijinului primit ➤ Procentul copiilor/tinerilor care au avut un examen stomatologic în ultimul an ➤ Persoane care si-au îmbunătățit nivelul de calificare/certificare urmare a sprijinului primit ➤ Procentul persoanelor testate din numărul total de invitați ➤ Procentul persoanelor care au beneficiat de tratemnt precoce din numărul persoanelor cu rezultate pozitive/ procentul de tratamente din total beneficiari pozitivi ➤ Timpul între rezultat test pozitiv și tratament precoce ➤ Unități sanitare/alte entități sau actori relevanți din domeniul sistemului de transfuzii/testare a sângelui și /sau procesare a plasmei autorizate/autorizați
Categoriile de proiecte semnificative care se vor finanța: (se vor descrie categoriile de proiecte semnificative care se vor finanța, cu exemple ilustrate dacă este cazul de programele operaționale anterioare)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spitalele regionale 2. Implementarea de programe de screening populațional/ diagnosticare și tratament al stadiilor incipiente, în special pentru persoane aparținând grupurilor vulnerabile (<i>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.</i>) 3. Implementarea de programe de diagnosticare precoce și tratament, în special pentru persoane aparținând grupurilor vulnerabile (<i>ex. cancer pulmonar, cancer prostată, cancere ginecologice, cancere ale capului și gâtului, testare genetică etc.</i>) 4. Măsuri destinate creșterii capacității de îngrijire medicală a pacientului critic prenatal/ neonatal/ postneonatal. 5. Măsuri de diagnosticare precoce și/ sau tratament antenatal/ neonatal/ postnatal (<i>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.</i>)

²⁷ Numărul de pacienți înregistrați, deservii cel puțin o dată de unitatea de asistentă medicală nouă/modernizată în cursul anului imediat după finalizarea intervenției. Indicatorul de referință se referă la pacienți înregistrați deservii cel puțin o dată de unitatea de asistență medicală în cursul anului înainte de începerea intervenției și poate fi 0 pentru noi facilități

	<ol style="list-style-type: none"> 6. Creșterea capacității de îngrijire medicală a pacienților cu boli rare - neurologie pediatrică. 7. Creșterea capacității de îngrijire medicală a pacientului critic cu patologie vasculară cerebrală acută. 8. Îmbunătățirea serviciilor medicale și a infrastructurii în domeniul terapiilor celulare inovative în hematologie și transplant medular 9. Optimizarea managementului bolilor cronice hepatice/ pancreatice si al cancerelor hepatobiliare/pancreatice /în urologie și transplant renal. 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). 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. 12. Consolidarea capacității în domeniul tratării cancerului. 13. Operațiuni strategice (2) în domeniul digitalizării sistemului medical <ul style="list-style-type: none"> - Redimensionarea și standardizarea sistemului informatic al CNAS - Observatorul național pentru date în sănătate 14. Îmbunătățirea infrastructurii și dotărilor pentru structurile de imagistică medicală.
Alte categorii de informații necesare:	