

**Program pentru rezultate în domeniul sănătății în România  
(P169927)**

**EVALUAREA SISTEMULUI SOCIAL ȘI DE MEDIU**

**Iunie 2019**

**Elaborat de Banca Mondială**

## CUPRINS

CUPRINS	2
LISTA TABELELOR ȘI FIGURILOR	4
ABREVIERI	5
SUMAR EXECUTIV	7
1 CADRUL DE REFERINȚĂ AL PROGRAMULUI	11
1.1 Context	11
1.2 Descrierea Programului pentru Rezultate (PpR) în domeniul sănătății din România	14
1.2.1 Principalele agenții de implementare și partenerii principali	18
1.2.2 Descrierea experienței anterioare a MS în relație cu Banca Mondială	19
1.3 Sinteza evaluării sistemelor sociale și de mediu și principalele concluzii	20
1.3.1. Context	20
1.3.2. Riscuri și aspecte sociale asociate Programului	22
1.3.3 Riscuri și aspecte de mediu asociate cu Programul	24
2 ANALIZA PĂRȚILOR INTERESATE	30
2.1 Părțile interesate din sistemul de sănătate	30
2.1.1 Entități la nivel național	31
2.1.2 Asociațiile profesionale la nivel național	32
2.1.3 Entități la nivel județean	32
2.1.4 Asistența medicală primară	33
2.1.5 Asistența medicală comunitară	34
2.1.6 ONG-urile și organizațiile pacienților	37
2.2 Părți interesate pentru incluziunea romilor	37
2.2.1 Entități guvernamentale	37
2.2.2 ONG-uri și grupuri de lucru	38
2.3 Părți interesate pentru gestionarea problemelor de gen	38
2.3.1 Entități guvernamentale	38
2.3.2 ONG-uri	39
2.4 Părți interesate în domeniul protecției mediului	39
3. DESCRIEREA SISTEMULUI DE MANAGEMENT SOCIAL AL PROGRAMULUI	44
3.1 Sănătate	44

3.1.1 Cadrul legislativ	44
3.1.2 Strategie	47
3.1.3 Resurse umane	48
3.1.4 Cadru instituțional pentru asistența medicală comunitară	48
3.1.5 Calificări și formare pentru asistenți medicali și mediatorii sanitari	49
3.1.6 Analiza comparativă și monitorizare	49
3.1.7 Gestionarea informațiilor	50
3.1.8 Transparență și mecanisme de feedback	51
3.1.9 Abordare holistică și trans-sectorială a sănătății	53
3.2 Incluziunea socială	53
3.2.1 Cadrul legislativ	53
3.2.2 Strategii	54
3.2.3 Cadul instituțional	56
3.3 Caracterul intersectorial	58
4 DESCRIEREA SISTEMULUI DE MANAGEMENT AL PROTECȚIEI MEDIULUI DIN CADRUL PROGRAMULUI	59
4.1 Cadrul legislativ și de reglementare privind managementul mediului	59
4.2 Responsabilități instituționale pentru implementarea managementului de mediu aferent Programului	59
4.3 Strategii	59
4.4 Gestionarea deșeurilor medicale	60
4.5 Adaptarea la schimbările climatice și la evenimentele meteorologice extreme	61
4.6 Asistența medicală primară asociată cu efectele schimbărilor climatice	63
5 EVALUAREA CAPACITĂȚII ȘI PERFORMANȚEI PROGRAMULUI	65
5.1 Evaluarea capacității și performanței sistemului social	65
5.1.1 Puncte forte și oportunități	65
5.1.2 Amenințări și puncte slabe	66
5.2 Evaluarea capacității și performanței sistemului de mediu	67
5.2.1 Organizare și personal	67
6 EVALUAREA SISTEMULUI DE GESTIONARE A IMPACTULUI SOCIAL ȘI DE MEDIU LA NIVELUL PROGRAMULUI	71
7 CONTRIBUȚII LA PLANUL DE ACȚIUNE AL PROGRAMULUI	76
8 SCORURI DE RISC SOCIAL ȘI DE MEDIU	82
Anexa A. Bibliografie	86
Anexa B: Legislație de mediu	87

## LISTA TABELELOR ȘI FIGURILOR

Tabel 1: Poziționarea PpR la nivelul programului de guvernare (subliniat cu gri).....	15
Tabel 2: Principiile de bază ale ESSM .....	20
Tabel 3: Părți interesate implicate în coordonarea asistenței comunitare .....	35
Tabel 4: Tipuri de informații disponibile pentru pacienți .....	45
Tabel 5: Evaluarea sistemului de gestionare a impactului social.....	71
Tabel 6: Contribuții la Planul de Acțiune al Programului .....	79
Figura 1: Organizarea sistemului de sănătate în România .....	30
Figura 2: Viziunea schimbării în Strategia pentru sănătate 2014-2020.....	47

**ABREVIERI**

AJSP	Autoritatea Județeană de Sănătate Publică
ALPM	Agenție locală pentru protecția mediului
AM	Autorizație de mediu
AMP	Asistență medicală primară
ANM	Administrația Națională de Metrologie
ANMF	Asociația Națională a Medicilor de Familie
ANR	Agenția Națională a Romilor
APM	Agenția pentru Protecția Mediului
BJR	Biroul județean pentru romi
BM	Banca Mondială
BNT	Boli netransmisibile
CE	Comisia Europeană
CJAS	Casa Județeană de Asigurări de Sănătate
CNAS	Casa Națională de Asigurări de Sănătate
CNSMF	Centrul Național pentru Studii în Medicina de Familie
CPSS	Centrul de politici și servicii de sănătate
DLI	Indicator de tragere
EAC	Europa și Asia Centrală
EIM	Evaluarea impactului asupra mediului
EISM	Evaluarea impactului social și de mediu
EM	Evaluare de mediu
EMC	Educație medicală continuă
ESM	Evaluare strategică de mediu
ESSM	Evaluarea sistemului social și de mediu
ETS	Evaluarea tehnologiilor de sănătate
FNAS	Fondul Național de Asigurări Sănătate
GLL	Grup de lucru local
GNM	Garda Națională de Mediu
GR	Guvernul României
HG	Hotărâre de guvern
HPV	Virusul papilom uman
IGSU	Inspectoratul General pentru Situații de Urgență
INSP	Institutul Național de Sănătate Publică
IT	Tehnologia informației
MAP	Ministerul Apelor și Pădurilor
MDRAP	Ministerul Dezvoltării și Administrației Publice
MEN	Ministerul Educației Naționale
MF	Medic de familie
MFP	Ministerul Finanțelor Publice
MG	Medic generalist
MM	Ministerul Mediului

MMJS	Ministerul Muncii și Justiției Sociale
MO	Monitorul Oficial al României
MOP	Manual de operare al Proiectului
MP	Metri pătrați
MS	Ministerul Sănătății
MSR	Mediator de sănătate pentru romi
OG	Ordonanță de guvern
OM	Ordin al Ministrului
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
ONAC	Oficiul Național pentru Achiziții Centralizate
ONG	Organizație neguvernamentală
OUG	Ordonanță de urgență a Guvernului
PAP	Plan de acțiune al programului
PGM	Plan de gestionare de mediu
PIB	Produs intern brut
PNAM	Plan național de acțiuni de mediu
PO	Politică operațională
PP	Program sau Plan
PpR	Program pentru rezultate
RFI	Raport de finalizare a implementării
RM	Raport de mediu
S&M	Social și de mediu
SAS	Serviciu de asistență socială
SMD	Studiu despre minorități și discriminare
SNIR	Strategia Guvernului României de incluziune a cetățenilor români aparținând minorității rome 2015-2020
SNMF	Societatea Națională de Medicina Familiei
SNSPMPDS	Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar
SRC	Servicii rambursabile de consultanță
SSR	Serviciul de soluționare a reclamațiilor
SUEMD	Studiul Uniunii Europene privind minoritățile și discriminarea
TR	Termeni de referință
UE	Uniunea Europeană
UIP	Unitate de implementare a proiectului
USD	Dolari SUA

## SUMAR EXECUTIV

Constatările Evaluării Sistemului Social și de Mediu (ESSM) au confirmat prezența unor sisteme și mecanisme curente la nivelul Guvernului României, care au scopul de a evita și reduce riscurile asociate Programului, de a promova un proces decizional informat și de a acorda atenția corespunzătoare accesului echitabil la beneficiile Programului, în special pentru grupurile vulnerabile. Aceste puncte forte includ: un cadru legal cuprinzător pentru asigurarea accesului echitabil, inclusiv la serviciile de asistență medicală primară (AMP); existența unor mecanisme instituționale pentru diferite părți interesate, în vederea includerii perspectivelor acestora în configurarea Programului, inclusiv procedurile de petiționare la nivel național și local și comisiile interministeriale; un Program privind mediatorii sanitari preocupați de problemele de sănătate ale persoanelor de etnie Romă ce a demonstrat deja succese semnificative și un potențial ridicat de extindere la o scară mai largă.

Programul pentru Rezultate în domeniul sănătății din România (denumit în continuare Program) își propune să genereze beneficii sociale substanțiale, în special prin eforturile de a îmbunătăți gradul de acoperire al serviciilor de asistență medicală primară (AMP) pentru populațiile subdeservite, incluzând aici persoanele neacoperite de asigurare și cele aflate în sărăcie, și persoanele care locuiesc în așezări care nu dispun de serviciile unui medic de familie sau au o densitate redusă a medicilor de familie raportată la populația rezidentă. Cu toate acestea, riscul social asociat Programului este **ridicat** datorită potențialelor obstacole care ar putea limita accesul persoanelor subdeservite la servicii de AMP. În primul rând, o mare parte a grupurilor vulnerabile, precum persoanele de etnie Romă (dar fără a se limita la acestea) întâmpină dificultăți în utilizarea medicinei de familie, ca urmare a lipsei actelor de identitate și a certificatelor de naștere necesare înscrierii pe listele medicilor. În al doilea rând, accesarea serviciilor de AMP de către aceste persoane poate fi descurajată de anumite percepții privind tratamentul la care sunt supuse de către furnizorii de servicii medicale, percepții legate de lipsa de respect sau toleranța și înțelegerea diferențelor culturale. În al treilea rând, accesul persoanelor vârstnice sau a celor cu dizabilități la serviciile medicilor de familie, în special în zonele îndepărtate și cele rurale, poate fi afectat negativ ca urmare a creșterii volumului de muncă pentru medicii de familie, generate de măsurile aferente Programului. În ultimul rând, persoanele care sunt slab acoperite de servicii medicale, în special persoanele cu un grad de alfabetizare redus sau care locuiesc în zone rurale și izolate, prezintă riscul de a rămâne neinformate cu privire la extinderea sistemului de asigurare medicală și îmbunătățirea serviciilor din pachetul de bază, evitând în continuare accesarea serviciilor de AMP. Aceași problemă se aplică și sistemelor de petiționare și colectare a feedback-ului, care ar putea furniza informații cu privire la îmbunătățirea accesului la servicii de AMP pentru aceste persoane.

Programul este conceput pentru a atenua mai multe dintre aceste riscuri. Extinderea serviciului de asistență medicală comunitară (AMC) în cadrul Programului și consolidarea colaborării cu AMP va contribui la îmbunătățirea accesului la serviciile medicale primare și comunitare pentru grupurile insuficient deservite. Ministerul Sănătății va angaja asistenți medicali comunitari și mediatorii sanitari romi și îi va trimite în comunități pentru a oferi intervenții comunitare. Protocoalele și liniile directe vor fi elaborate pentru a ghida munca de zi cu zi și colaborarea cu medicii de familie, iar instruirile vor fi asigurate pentru a asigura conformitatea acestora cu protocoalele. Aceste măsuri vor face CHC mai accesibilă și / sau atractivă pentru grupurile vulnerabile, inclusiv pentru romi, prin: i) creșterea raportului dintre asistenții medicali comunitari și mediatorii sanitari romi pentru membrii comunității, astfel încât aceștia să poată oferi îngrijiri medicale comunitare mai rapid și mai regulat și ii) îmbunătățind calitatea și eficacitatea muncii efectuate de lucrătorii din domeniul sănătății comunitare, deoarece acestea se vor baza acum pe standarde și protocoale formalizate. Ca parte a efortului său de a îmbunătăți colaborarea dintre CHC și AMP și pentru a facilita accesul la AMP, comunitățile vizate vor beneficia de educație și asistență medicală din partea asistenților medicali comunitari și a mediatorilor sanitari romi în navigarea în sistemul de sănătate, în special AMP.

În ceea ce privește descurajarea accesului la AMP, datorată practicilor percepute ca fiind lipsite de respect și de sensibilitate la diversitatea culturală, Programul propune participarea furnizorilor de asistență medicală primară și comunitară la sesiuni de instruire privind abordarea diferitelor culturi și minorități etnice, acolo unde este cazul. Planificarea strategică de eliminare a acestor limitări în ceea ce privește furnizarea serviciilor de AMP, realizată în baza evaluării nevoilor de la nivelul comunității, împreună cu mobilizarea unor resurse umane suplimentare în cadrul AMC, vor contribui, totodată, la reducerea riscurilor de diminuare a accesului la AMP pentru persoanele vârstnice sau cele cu dizabilități, ca urmare a creșterii volumului de lucru pentru medicii de familie. În cele din urmă, pentru a spori gradul de conștientizare privind acoperirea extinsă a asigurării de sănătate și a serviciilor AMC la care au acces, programul va include campanii de informare publică și va monitoriza gradul de conștientizare a populației în această privință.

Pentru a maximiza beneficiile Programului, ESSM recomandă 1) adaptarea eforturilor de informare publică la nevoile de informare și comunicare ale publicului țintă pentru a spori gradul de conștientizare a populației cu privire la beneficiile de care dispun și la mecanismele de feedback pe care le pot utiliza; 2) asigurarea unui sistem prin care informațiile ce privesc asistența medicală primară să fie puse la dispoziția publicului în formate accesibile, pentru a spori gradul de conștientizare cu privire la acoperirea și domeniul de aplicare a serviciilor incluse în pachetul de bază, într-un mod continuu și dincolo de eforturile inițiale de informare publică; 3) instituirea unei sistem de monitorizare periodică a utilizării serviciilor de AMP și a percepțiilor beneficiarilor legate de aceste servicii, pentru a identifica schimbări în numărul de beneficiari înregistrați la furnizorii de AMP, precum și orice alte provocări cu privire la accesibilitatea acestora la serviciile de AMP; și 4) monitorizarea numărului de potențiali pacienți pe care asistenții sociali i-au îndrumat înspre obținerea cărților de identitate, necesare înregistrării la medicii de familie.

Concluziile ESSM confirmă faptul că sistemul de protecție a mediului, instituit la nivelul Guvernului României și aplicabil Programului pentru Rezultate, este cuprinzător în ceea ce privește cadrul de reglementare aferent gestionării deșeurilor medicale. Rezultatele evaluării au identificat un nivel general satisfăcător de punere în practică și de aplicare corectă a normelor actuale privind gestionarea deșeurilor medicale, inclusiv la nivelul AMP.

Riscurile Programului în ceea ce privește mediul sunt considerate moderate, întrucât extinderea serviciilor de AMP nu implică o creștere considerabilă a deșeurilor medicale, în comparație cu valorile actuale.

### *Gestionarea deșeurilor medicale*

Extinderea facilităților de AMP în zonele rurale și izolate, ca parte a Programului, nu va produce un impact negativ semnificativ, atâta timp cât unitățile de AMP vor continua să aibă acces regulat la sistemele funcționale de gestionare a deșeurilor medicale. În acest sens, România are un cadru de reglementare funcțional, instituit în baza normei tehnice privind gestionarea deșeurilor medicale rezultate din serviciile medicale, emisă de Ministerul Sănătății (MS) la data de 12.03.2012 și publicată în Monitorul Oficial la 01.01.2013. Această normă face referire la gestionarea deșeurilor rezultate din activitățile medicale pentru toate serviciile medicale și reglementează modul în care se efectuează colectarea separată pe categorii, ambalaje, depozitare temporară, transport, tratare și eliminare a deșeurilor medicale, acordând o atenție deosebită deșeurilor periculoase, pentru a preveni contaminarea mediului și deteriorarea sănătății publice. Entitatea care generează deșeurile medicale este responsabilă cu gestionarea corespunzătoare a acestora. Unitățile de AMP generează în medie, ca urmare a activităților medicale, mai puțin de 300 de kg de deșeuri periculoase în fiecare an, o cantitate cu potențial redus de producere a unui impact negativ asupra mediului. Totodată, această cantitate este integral gestionabilă în baza cadrului normativ existent.



De asemenea, catalogarea riscului ca fiind moderat se datorează și existenței unui sistem integrat de gestionare a deșeurilor la nivelul României, care implică obligativitatea furnizorilor de servicii medicale de a contracta operatori sanitari autorizați pentru fiecare categorie de deșeuri. Cantitatea medie de deșeuri medicale raportată la zi/lună nu va crește semnificativ ca parte a Programului; ca urmare, nu se așteaptă modificări majore la nivelul contractelor existente pentru gestiunea deșeurilor medicale. Cu toate acestea, pentru noile facilități de AMC din zonele rurale sau izolate, create în cadrul Programului, ar trebui să se confirme existența contractelor de colectare a deșeurilor medicale, semnate cu operatori sanitari specializați.

Una dintre prioritățile esențiale în ceea ce privește protecția mediului în cadrul sectorului sănătății, inclusiv asistența primară și comunitară, este legată de aplicarea constantă a cadrului de reglementare aferent gestionării deșeurilor medicale. Riscul principal, în cadrul acestui Program, este legat de o aplicare insuficientă a cadrului de reglementare existent, descris în anexele ESSM, cu accent pe aplicarea normei tehnice emise de MS, menționate în paragraful anterior. În vederea respectării corespunzătoare a reglementărilor din domeniul gestionării deșeurilor medicale, există câteva aspecte care trebuie adresate:

- Nevoia creșterii nivelului de conștientizare privind aspectele ce țin de prevenirea sau atenuarea riscurilor asociate cu generarea de deșeuri medicale la nivelul asistenței medicale primare și comunitare;
- Dezvoltarea sistemelor de gestionare a deșeurilor medicale la nivelul AMP în zonele rurale, care fac obiectul principal al Programului, necesare atenuării riscurilor ce țin de eliminarea neadecvată a deșeurilor periculoase și nepericuloase;
- Actualizarea contractelor cu operatori sanitari autorizați pentru colectarea și eliminarea corespunzătoare a fiecărei categorii de deșeuri medicale, la nivelul unităților de AMP din zonele rurale asupra cărora Programul se concentrează.

În zonele rurale și îndepărtate, unde Programul își concentrează mare parte a eforturilor, serviciile AMP trebuie să ia în considerare aplicarea constantă a reglementărilor legale privind gestionarea deșeurilor medicale, pentru a evita potențialele riscuri de eliminare necorespunzătoare în cadrul depozitelor neautorizate.

#### *Adaptarea sistemului de sănătate la schimbările climatice și la evenimentele meteorologice extreme*

România este expusă efectelor schimbărilor climatice și unui număr crescut de evenimente meteorologice extreme (valuri de căldură, secetă, inundații, furtuni etc.), iar nivelul conștientizării, educației de bază și a măsurilor de protecție furnizate la nivelul facilităților de asistență medicală primară sunt insuficiente și ineficiente. Amenințările generate de evenimente extreme pot afecta și agrava problemele de sănătate; în consecință, sistemul de sănătate trebuie să fie pregătit pentru a explica posibilele consecințe la nivelul populației, în special în ceea ce privește grupurile vulnerabile. Acesta este un aspect care trebuie luat în considerare și în zonele rurale și îndepărtate/izolate. O abordare proactivă va crea la nivelul populației capacitatea de a preveni și de a se adapta unor astfel de situații.

Programul va susține creșterea accesului la servicii medicale, acces esențial în cazul dezastrelor naturale și a riscurilor de epidemii la nivelul populației, generate de schimbările climatice. Această componentă a Programului va contribui astfel la creșterea gradului de reziliență la efectele schimbărilor climatice la nivelul populației, care va avea acces la servicii de asistență medicală și informații necesare combaterii acestor efecte.

Deși în România există politici publice bine stabilite pentru promovarea sănătății umane, țara încă nu este suficient de pregătită pentru a face față gamei de probleme asociate cu consecințele schimbării climatice.

Schimbările climatice și numărul crescut de incidente datorate evenimentelor meteorologice extreme (valuri de căldură, secetă, inundații, furtuni etc.) necesită o decizie clară privind adaptarea sistemelor, în acest caz fiind vorba de sănătatea umană în general și de grupurile vulnerabile în special. În ciuda unui risc semnificativ de expunere la astfel de evenimente naturale, în principal în rândurile grupurilor vulnerabile, dar și în rândul comunităților afectate, nivelurile de conștientizare, educație elementară și măsuri de protecție furnizate de serviciile de asistență medicală primară încă nu sunt suficiente. Problemele esențiale identificate prin Evaluarea Sistemului de Mediu, inclusiv atenuarea riscurilor și dezvoltarea de capacitate, ar putea fi abordate prin implementarea de acțiuni de mediu, așa cum sunt definite în PAP sau/și în unele DLI-uri.

Unul din obiectivele comune în ceea ce privește sănătatea și mediul, în cadrul Strategiei naționale Privind Schimbările Climatice și Creșterea Economică Bazată pe Emisii Reduse de Carbon (HG 739/2016) este să protejeze sănătatea cetățenilor de impactul evenimentelor meteorologice extreme. În conformitate cu această prevedere, au fost propuse acțiuni preventive pentru gestionarea acestor evenimente extreme, cum ar fi dezvoltarea unui sistem național de prevenire, monitorizare și răspuns pentru evenimentele și riscurile asociate asupra sănătății publice, asigurarea stocurilor critice, instruirea personalului și mecanisme instituționale de coordonare și conlucrare între actorii publici și privați cu responsabilități în cazul unor astfel de evenimente.

# 1 CADRUL DE REFERINȚĂ AL PROGRAMULUI

## 1.1 Context

### Contextul național

**România este încadrată în categoria țărilor cu venit mediu-ridicat, având un nivel al venitului național brut pe cap de locuitor de 9.970 USD și o populație de aproximativ 19,7 milioane în 2017.** Populația este în scădere, cu o rată medie anuală de 0,6% începând cu 1990, datorită fertilității scăzute și a ratei ridicate de mortalitate prematură, precum și din cauza nivelului ridicat de migrație. Aceste cauze au dus la o structură demografică relativ îmbătrânită a populației. Procentul de populație vârstnică dependentă – sau numărul de persoane cu vârsta peste 65 de ani ca procent din populația de vârstă activă – este de 27 %.

**Aderarea României la Uniunea Europeană (UE) a contribuit la transformări socioeconomice și politice semnificative.** De la momentul aderării în 2007, România a beneficiat considerabil de libera circulație a capitalului și a forței de muncă și de accesul la fonduri europene, asociate cu statutul de membru. Aderarea la UE a creat premisele unor schimbări fundamentale în societate și a permis modernizarea asociată cu piețele și instituțiile UE. Uniunea Europeană a devenit o ancoră pentru prosperitatea României și a stimulat procesul de convergență a veniturilor cu celelalte state membre. Produsul intern brut (PIB) al țării pe cap de locuitor (raportat la puterea de cumpărare) a crescut de la 30 la sută din media UE-28 în 1995 la aproximativ 61 la sută în 2017. Peste 70 la sută din exporturile românești merg în UE, care este și principala sursă de investiții în țară. Progresul social și politic a însoțit aceste transformări.

**În ciuda progreselor din plan economic, România se confruntă în continuare cu o provocare semnificativă în ceea ce privește obiectivele de dezvoltare, ca urmare a disparităților sociale și spațiale mari în ceea ce privește incluziunea socială.** Creșterea economică a României din ultimii ani (7% în 2017 și 4,1 % în 2018), determinată de consum, investiții și exporturi, a determinat o scădere a nivelului de sărăcie din zonele rurale și urbane începând cu anul 2014. În același timp, în anul 2016, rata sărăciei în zonele rurale a rămas de șase ori mai ridicată decât în orașele mari și de peste două ori mai mare decât în orașele mai mici și în suburbii. Discrepanța dintre urban și rural, în ceea ce privește venitul net mediu echivalat, este a doua cea mai mare din UE, venitul mediu în urban fiind cu aproape 50% mai mare decât venitul mediu în rural. Rata sărăciei variază și ea semnificativ de la regiune la regiune, nivelul sărăciei în unele județe din regiunea de nord-est fiind de mai mult de zece ori mai ridicată decât în București.

### Contextul sectorului de sănătate

#### *Evoluția stării de sănătate la nivelul populației*

**În ciuda progresului considerabil de la momentul aderării la UE, România se situează pe poziții inferioare în comparație cu alte state membre în ceea ce privește starea de sănătate la nivelul populației.** Deși indicatorii privind starea de sănătate au înregistrat progrese în ultimele două decenii, aceștia se situează mult sub media UE, existând disparități geografice semnificative. Speranța de viață în condiții bune de sănătate în România se situează la 57,9 ani în cazul femeilor și la 58,6 de ani în cazul bărbaților, având un nivel mai scăzut decât media UE, respectiv de 61,5 de ani pentru femei și 61,4 de ani pentru bărbați. În plus, statisticile la nivel național ascund decalaje semnificative în ceea ce privește starea sănătății: de exemplu, rata mortalității în zonele rurale este de 15,4 decese la 1.000 de locuitori, comparativ

cu 11,7 decese în zonele urbane.<sup>1</sup> În ceea ce privește rata mortalității evitabile prin asistență medicală, România înregistrează cel mai ridicat nivel din UE în ceea ce privește femeile, și ocupă locul al treilea la nivelul bărbaților. Aceste cifre semnalează oportunitățile de îmbunătățire a stării de sănătate a populației, prin asigurarea serviciilor medicale de bază și a intervențiilor în domeniul sănătății publice.

Rata mortalității materne a înregistrat în 2014 un nivel de 31 de decese la 100.000 de nașteri vii, situându-se printre cele mai ridicate valori în rândul statelor membre UE. Mortalitatea maternă în România este de 15 ori mai mare în rândul femeilor de etnie romă comparativ cu femeile non-rome.<sup>2</sup> Ratele de vaccinare au scăzut și sunt semnificativ sub mediile UE. În 2017, 87% din copii din România au beneficiat de administrarea unei doze de vaccin împotriva rujelei înainte de a împlini vârsta de un an, comparativ cu media UE de 94 %.

În plus, un studiu realizat în 2010, având la bază un eșantion reprezentativ, a determinat faptul că mai mult de jumătate din adulții de etnie romă cu vârste de peste 45 de ani au dizabilități sau suferă de boli cronice; peste 60% din bărbați și femei suferă de carii, iar aproximativ jumătate din adulți sunt supraponderali sau obezi<sup>3</sup>.

Femeile din România se confruntă cu un risc ridicat în ceea ce privește cancerul de col uterin, având cea mai mare incidență și rată de mortalitate a acestui tip de cancer în UE. În 2012, incidența cancerului de col uterin a ajuns la 34,9%, iar rata mortalității în urma cancerului a atins 14,2%, în comparație cu ratele din UE, de 11,3% și, respectiv, 3,7% (Observatorul European de Cancer, 2012). Cancerul de col uterin este considerat ca fiind principala cauză a deceselor la femeile cu vârste cuprinse între 15 și 44 de ani la nivel național. Printre motivele care pot explica aceste procente ridicate se numără diagnosticarea târzie, datorată unor factori precum oportunitățile limitate de screening, și rate scăzute de vaccinare. În 2014, aproximativ jumătate din femeile din România, cu vârste cuprinse între 20 și 69 de ani și având domiciliul în orașele mari, au relatat că nu au făcut niciodată un test Papanicolau. Această proporție era încă și mai ridicată în cazul femeilor din orașe mici și suburbii (62,5 la sută) și din zonele rurale (73,3 la sută). În 2008, guvernul a introdus o campanie de vaccinare HPV, vizând fetele cu vârste cuprinse între 10 și 11 ani, însă doar 2,5 la sută din cele 110.000 de fete eligibile au fost vaccinate. Printre motivele care au stat la baza acestei rate scăzute s-au numărat temerile de riscurile asociate cu vaccinul și percepția negativă a mamelor în legătură cu acest vaccin<sup>4</sup>.

Femeile din zonele rurale, fie aparținând minorităților sau înregistrând venituri mici, au un grad crescut de vulnerabilitate în ceea ce privește cancerul de col uterin. Un studiu calitativ a determinat faptul că participarea femeilor rome la programul național de screening pentru cancerul de col uterin în 2012 a fost mai redusă în zonele rurale decât în zonele urbane (Andreassen et al. 2017)<sup>5</sup>. Studiul a constatat și că principalul obstacol a fost însuși sistemul de screening, care, conform studiului, nu a fost adaptat la publicul țintă, subliniind și îndoielile în rândul femeilor rome cu privire la includerea lor în acest program, concepțiile eronate privind necesitatea asigurării medicale pentru a participa la programul de screening și temerile privind discriminarea și respingerea în cadrul procesului. Un alt studiu asupra programului național de screening a descoperit diferențe semnificative între femeile din zonele rurale și cele din zonele urbane în ceea ce privește cunoștințele și gradul de acceptare în legătură cu testul Papanicolau (Grigore et al. 2017).

<sup>1</sup>Institutul Național de Statistică. România. 2015.

<sup>2</sup>Romania Gender Assessment. 2018. World Bank Group

<sup>3</sup> 'Roma health mediation in Romania'. Case study. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013. Roma Health Case Study Series, No. 1.

<sup>4</sup> Romania Gender Assessment. 2018. World Bank Group

<sup>5</sup> Andreassen et al. 2017. Controversies about cervical cancer screening: A qualitative study of Roma women's (non)participation in cervical cancer screening in Romania'. Social Science & Medicine 183 48e55.

Principalul motiv invocat de femeile din mediul urban pentru neparticiparea la program a fost lipsa de timp (38,1%), în timp ce motivul principal în zonele rurale a fost lipsa resurselor financiare (49,2%)<sup>6</sup>.

### *Accesul la servicii medicale*

România alocă mai puțin de 5% din PIB domeniului sănătății comparativ cu o medie de aproximativ 10% în restul țărilor membre UE. Alocarea bugetară este principala sursă de finanțare, reprezentând 78% din cheltuielile curente cu sănătatea și este compusă în mare parte din contribuții la sistemul de asigurare de sănătate și transferuri guvernamentale. În timp ce cheltuielile guvernamentale cu sănătatea au crescut în România în perioada 2013- 2017, cheltuiala per cap de locuitor, de 983 EUR, a fost mult sub media UE28 de 2.773 EUR în 2017, și de cinci ori mai mică decât cheltuiala ponderată per cap de locuitor în statele UE15<sup>7</sup>. Practica de plăți informale pentru asistența medicală spitalicească este larg răspândită și contribuie la povara financiară a pacienților<sup>8</sup>.

Deși asigurarea de sănătate este obligatorie, în principiu, doar aproximativ 86% din populație este asigurată, 14% din populație nefiind acoperită de asigurarea de sănătate. Sunt excluse în mod notabil grupurile vulnerabile (în special persoanele care nu dețin documente de identitate, fapt care le îngreunează procesul de înscriere pe listele medicilor de familie<sup>9</sup>), persoanele care lucrează în agricultură<sup>10</sup>, populația de etnie romă, persoanele angajate ”neoficial” în sectorul privat, șomerii sau liber profesioniștii care nu sunt înregistrați pentru a beneficia de ajutor de șomaj sau ajutor social. Disparitățile în ceea ce privește accesul la servicii de sănătate înregistrează un nivel ridicat. În 2016, doar 66% din populația din mediul rural era asigurată comparativ cu 86% în zonele urbane. În plus, Studiul privind minoritățile și discriminarea în UE (MIDIS II, 2016) a evidențiat faptul că doar 54% din populația romă era asigurată în sistemul de asigurări de sănătate de bază sau alte tipuri de asigurare. Acest procent nu s-a îmbunătățit comparativ cu studiul anterior din 2011<sup>11</sup>. Totodată, 13,2% din populația încadrată în chintila de venit inferioară a raportat nevoi de sănătate nesatisfăcute, comparativ cu doar 4,8% pentru populația din chintila de venit superioară<sup>12</sup>.

Există două tipuri de probleme ce contribuie la disparități în ceea ce privește accesul la asistența medicală: 1) numărul limitat de medici de familie și 2) barierele socio-culturale în ceea ce privește accesul și utilizarea serviciilor de sănătate.

Zonele subpopulate și cele rurale au un număr mai mic de medici de familie comparativ cu zonele urbane, contribuind la disparitățile geografice în ceea ce privește accesul la asistența medicală. Două sute

<sup>6</sup> Romania Gender Assessment. 2018. World Bank Group

<sup>7</sup> UE15 face referire la cele 15 state membre ale UE înaintea aderării a zece țări candidate la 1 mai 2004; UE13 sunt țările care au aderat la UE începând cu 2004; și UE28 sunt toate statele membre ale UE.

<sup>8</sup> State of Health in the EU. Romania Country Health Profile 2017.

<sup>9</sup> Conform unui sondaj realizat de Punctul Național de Contact pentru Romi în 2016, la nivelul Prefecturilor din România, peste 5600 de persoane nu dețineau un certificat de naștere, iar aproape 160 000 de persoane nu dețineau un act de identitate, situație care reprezintă un obstacol în calea accesării serviciilor sociale, inclusiv a celor de sănătate. Sursa: [www.fonduri-ue.ro/pncr/1804-anunt-23-03-2016](http://www.fonduri-ue.ro/pncr/1804-anunt-23-03-2016), accesat la 15 aprilie 2019

<sup>10</sup> Această categorie include lucrătorii agricoli care desfășoară activități independente și lucrătorii zilieri, care sunt angajați zilnic, și care nu contribuie la sistemul de asigurări de sănătate, ca urmare a realizării veniturilor.

<sup>11</sup> Romania Gender Assessment. 2018. World Bank Group

<sup>12</sup> Serviciile medicale de urgență tind să fie ineficiente atunci când utilizatorii apelează la acestea ca la o alternativă pentru asistența medicală primară, deoarece în cadrul acestor servicii nu primesc o examinare completă, sfaturi privind prevenirea și promovarea sănătății, sau consulturi pentru verificarea ulterioară a stării de sănătate

unsprezece autorități ale administrației publice locale<sup>13</sup>, peste 90% dintre fiind în zone rurale, nu au un medic de familie la momentul elaborării acestui raport.

Populația romă se confruntă cu o serie de obstacole în privința accesării serviciilor de asistență medicală, cum ar fi lipsa documentelor de identitate (care împiedică oamenii să se înscrie oficial la un medic de familie), lipsa asigurării medicale, costurile ridicate ale procedurilor medicale, plățile informale, libertatea pe care o au medicii de familie în a accepta sau a refuza înscrierea unui pacient și existența practicilor discriminatorii în sistemul medical, precum segregarea în saloanele de maternitate, redirectionarea pacienților către alte cadre medicale, perioade de timp separate pentru primirea pacienților romi, de obicei spre sfârșitul orelor de program și utilizarea unui limbaj peiorativ.<sup>14</sup>

Pe lângă accesul în sine, persoanele rome au menționat nemulțumirea legată de calitatea vizitelor la medicii de familie din cauza contactului fizic limitat în timpul consultului medical, a lipsei de implicare a pacientului în decidera tratamentului, a utilizării de proceduri medicale agresive, a furnizării de informații insuficiente privind tratamentele prescrise și a necesității de a aștepta mult mai mult timp decât persoanele non-rome pentru a primi asistență medicală, uneori până la o zi întreagă. Calitatea percepută ca scăzută a interacțiunii cu cadrele medicale reprezintă un factor descurajator major în privința solicitării ajutorului medical, mai ales în cazul problemelor minore<sup>15</sup>.

În sfârșit, constatările unui studiu din 2014 asupra medicilor de familie au dezvăluit că numai 20% dintre medicii de familie implementează activități de educare și promovare a sănătății îndreptate către persoanele cu vârsta de 70 de ani și peste. Numai 5,5 la sută dintre medicii de familie consultă pacienții din centrele pentru bătrâni în timpul unei săptămâni normale de lucru.<sup>16</sup>

## 1.2 Descrierea Programului pentru Rezultate (PpR) în domeniul sănătății din România

Pentru a facilita convergența economică și socială cu UE, România și-a luat angajamentul de a realiza reformele structurale și instituționale necesare pentru a avea o societate mai sănătoasă, inclusivă, productivă și rezistentă. Aceste recomandări au identificat acțiuni cheie pentru a adresa barierele instituționale ale asigurării de sănătate universale, inclusiv finanțarea scăzută, utilizarea ineficientă a resurselor în sectorul de sănătate și furnizarea serviciilor orientate către îngrijirea spitalicească și reducerea obstacolelor de natură socio-economică întâmpinate de grupurile vulnerabile (inclusiv comunitățile Roma) în accesarea serviciilor medicale<sup>17</sup>.

**Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 are șapte Obiective Generale (OG), fiecare dintre acestea identificând acțiunile prioritare specifice fiecărui obiectiv.** Primele trei OG-uri vizează inițiativele în domeniul sănătății dedicate populației, în vederea îmbunătățirii sănătății materne și a copiilor, reducerii poverii bolilor transmisibile și reducerii poverii bolilor netransmisibile. Cel de-al patrulea OG se axează pe

<sup>13</sup> Cel puțin 90% dintre aceste autorități sunt în zonele rurale, iar numărul APL-urilor care nu dispun de serviciile unui medic de familie, se pot situa oriunde între 211 și 300.

<sup>14</sup> 'Roma health mediation in Romania'. Case study. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013. Roma Health Case Study Series, No. 1.

<sup>15</sup> Roma health mediation in Romania'. Case study. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013. Roma Health Case Study Series, No. 1.

<sup>16</sup> Evaluarea structurii și furnizării de asistență medicală primară în România'. 2012. Biroul Regional al OMS pentru Europa

<sup>17</sup> European Commission. Council recommendation on the 2018 National Reform Programme of Romania and delivering a Council opinion on the 2018 Convergence Programme of Romania. 2018.

Angajarea asistenților medicali comunitari a contribuit la rezolvarea acestor obstacole, oferind sfaturi și orientări mai precise la nivelul comunităților locale. Programul de mediere sanitară pentru comunitățile Roma este, de asemenea, conceput pentru a aborda aceste obstacole socio-culturale.



asigurarea accesului la servicii de sănătate eficace și de calitate, inclusiv în rândul populațiilor defavorizate. Ultimele trei OG implică măsuri transversale pentru un sistem de sănătate mai durabil, inclusiv politica în domeniul farmaceutic, soluțiile eSănătate și dezvoltarea infrastructurii de sănătate (Tabelul 2).

**Limita PpR la nivelul programului de guvernare are trei dimensiuni.** În primul rând, PpR se va axa pe asistența medicală primară la nivelul serviciilor de sănătate și pe politica în domeniul farmaceutic, cât și pe procesul decizional bazat pe date în cadrul măsurilor transversale. Orientarea resurselor Programului către aceste domenii va contribui la extinderea acoperirii AMP și la îmbunătățirea eficienței sistemului de sănătate – aspecte ce sunt esențiale pentru reducerea mortalității cauzate de boli în România. În al doilea rând, PpR va avea acoperire la nivel național în conformitate cu programul de guvernare. Totuși, eforturile în cadrul PpR în ceea ce privește nivelul de acoperire al AMP vor fi intensificate în rândul populațiilor subdeservite, având în vedere barierele de accesare a serviciilor de asistență medicală. În final, conform angajamentului de a continua punerea în aplicare a programului de guvernare până în 2030, PpR va sprijini în următorii patru ani implementarea Strategiei naționale în domeniul sănătății.

**Tabel 1: Poziționarea PpR la nivelul programului de guvernare (subliniat cu gri)**

<b>Inițiativele din domeniul sănătății dedicate populației</b>	OG 1: Îmbunătățirea sănătății mamei și a copilului
	OG2: Reducerea morbidității și mortalității cauzate de bolile transmisibile
	OG 3: Reducerea morbidității și mortalității cauzate de bolile netransmisibile
<b>Servicii de sănătate</b>	OG 4: Asigurarea accesului egal la servicii de sănătate de calitate, în mod special în rândul populațiilor defavorizate, inclusiv asistență medicală primară și comunitară
<b>Măsuri transversale</b>	OG 5: Îmbunătățirea durabilității și predictibilității sistemului de sănătate, inclusiv prin intermediul politicii în domeniul farmaceutic
	OG 6: Accelerarea utilizării tehnologiei informației și de comunicare moderne sau a eSănătate
	OG 7: Dezvoltarea infrastructurii de sănătate, inclusiv a rețelelor de spitale

**Pe baza Strategiei naționale în domeniul sănătății (2014-2020), Programul propus se axează pe următoarele trei domenii, pentru care Guvernul a solicitat sprijinul Băncii, iar implicarea Băncii va avea cel mai probabil un impact semnificativ:** (i) o acoperire mai bună a AMP pentru populațiile subdeservite; (ii) reorientarea sistemului de sănătate bazat pe asistență spitalicească înspre o asistență medicală primară eficientă; și (iii) îmbunătățirea eficienței fiscale prin adresarea factorilor determinanți de cost critici.

### **Sfera de rezultate 1: O acoperire mai bună a AMP pentru populațiile subdeservite**

Această arie de rezultate vizează îmbunătățirea nivelului de acoperire al AMP pentru populațiile subdeservite, prin adresarea barierelor fizice, financiare și sociale cu care se confruntă aceste comunități.

- Pentru a adresa barierele fizice ce împiedică accesul la AMP, Programul va susține extinderea asistenței medicală comunitară și va consolida coordonarea acesteia cu AMP. Strategia Națională de Sănătate a identificat asistența medicală comunitară ca fiind o modalitate cost-eficace de a

asigura acces la servicii de bază în zonele rurale și pentru populațiile subdeservite. Ministerul Sănătății va angaja asistenți medicali comunitari și mediatori sanitari pentru comunitățile Roma și îi va mobiliza la nivelul comunității pentru a oferi intervenții adaptate contextului local. În acest sens, vor fi elaborate protocoale și ghiduri necesare organizării acestui tip de intervenție și colaborării cu medicii de familie, iar sesiunile de instruire vor asigura conformitatea cu aceste protocoale. Pentru a îmbunătăți guvernanta asistenței medicale comunitare și a AMP, MS va constitui o unitate pentru a asigura integrarea la nivel instituțional a unei planificări strategice pentru serviciile de asistență medicală primară și comunitară, și pentru a îmbunătăți supervizarea implementării în parteneriat cu autoritățile locale.

- Pentru a adresa barierele sociale cu care se confruntă grupurile vulnerabile, comunitățile vizate (inclusiv comunitățile marginalizate) vor beneficia de educație sanitară și de suport pentru a utiliza sistemul de sănătate, în mod special AMP. Desfășurându-și munca în centrul comunității, asistentele medicale comunitare și mediatorii sanitari pentru comunitățile de Romi vor identifica barierele sociale specifice și vor contribui la soluționarea acestora. Furnizorii de servicii de asistență medicală primară și comunitară din aceste comunități vor fi de asemenea instruiți și monitorizați cu privire la modul în care aceștia pot interacționa mai eficient cu diferite minorități etnice sau culturale, acolo unde este cazul. Ghidurile aferente acestor instruirii vor fi dezvoltate, în funcție de necesități, ca parte a unor protocoale de promovare a sănătății la nivelul asistenței medicale comunitare și a unor linii directoare în ceea ce privește colaborarea dintre AMC, AMP și autoritățile publice locale.
- Pentru a adresa barierele financiare asociate AMP, Guvernul a anunțat recent inițiativa de a extinde pachetul de bază la nivelul persoanelor neasigurate din România. Acest aspect va implica modificarea cadrului legal în domeniul sănătății, pentru a putea furniza acest beneficiu persoanelor neasigurate. În plus, bugetul de stat și contractul cadru încheiat de medicii de familie cu CNAS<sup>18</sup> vor fi revizuite în consecință pe baza costului estimat, permițând materializarea acestui beneficiu. De asemenea, sunt propuse campanii de informare privind drepturile și beneficiile care derivă din aceste măsuri. Efectele acestor informări și accesul la AMP va fi monitorizat în cadrul Programului, iar mecanismele de petiționare/feedback vor fi de asemenea îmbunătățite pentru a asigura accesul populației la serviciile de asistență medicală primară.

Aceste măsuri vor crea premisele pentru o AMC mai accesibilă și/sau mai apropiată pentru grupurile vulnerabile, inclusiv pentru persoanele de etnie Romă, prin: i) creșterea raportului dintre asistenții medicali comunitari și mediatorii sanitari romi pentru membrii comunităților locale, astfel încât aceștia să poată oferi îngrijiri medicale comunitare mai rapid și mai regulat și ii) îmbunătățirea calității și eficacității muncii efectuate de lucrătorii din domeniul AMC, ca urmare a instituționalizării unor standarde și protocoale la nivelul ramurii.

## **Sfera de rezultate 2: Reorientarea sistemului de sănătate bazat pe asistență spitalicească înspre o asistență medicală primară eficientă**

<sup>18</sup> Contractul-cadru este guvernat de Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și definește tipurile de servicii acoperite asigurarea medicală și mecanismele de plată care se aplică diferiților furnizori pentru un anumit grup de beneficiari. Introducerea de noi grupuri de beneficiari (de exemplu, pachetul de bază al AMP pentru cei neasigurați) va necesita o modificare a legii. Cu toate acestea, modificările aduse conținutului specific al serviciilor și anumitor parametri ai mecanismelor de plată ale furnizorilor (de exemplu, nivelul taxelor și plafoanelor pentru volumul de daune rambursate) pot avea loc prin procesul său anual de actualizare. Contractul-cadru este actualizat și semnat anual.



Această sferă de rezultat vizează reorientarea sistemului de sănătatea bazat pe asistență spitalicească înspre o asistență medicală primară eficientă, prin adresarea constrângerilor instituționale care stau la baza funcționării actuale: investiții insuficiente în AMP, nealinierea stimulentei în cadrul mecanismului actual de plată al furnizorilor de către CNAS, restricțiile de reglementare privind domeniul de aplicare a serviciilor din AMP. Pentru a reorienta sistemul de sănătate înspre o asistență medicală primară eficientă, Guvernul se angajează să realizeze o serie de inițiative pentru ca AMP să fie cuprinzătoare, accesibilă pe scară largă și eficace.

Una dintre inițiative presupune revizuirea pachetului de servicii oferite în cadrul AMP, mai exact, extinderea numărului de servicii din cadrul pachetului de bază, pentru a include, printre altele, prescrierea de analize și medicamente pentru controlul celor mai prevalente boli netransmisibile, extinderea accesului pentru persoanele neasigurate și alte populații defavorizate la AMP, sau îmbunătățirea serviciilor de prevenție pentru adulți și copii prin vizite periodice. Ghidurile clinice vor fi modificate de către MS, în baza unui proces de consultare cu asociațiile medicilor, pentru a extinde domeniul de aplicare al serviciilor în AMP, astfel încât să includă inițierea și coordonarea de îngrijiri pentru diabetul zaharat, astm, boli pulmonare obstructive cronice, boli psihiatrice și dureri cronice, inclusiv prescrierea tratamentului aferent și a analizelor de diagnostic necesare. Aceste modificări normative se vor regăsi în pachetul serviciilor de bază de la nivelul AMP, disponibil atât persoanelor asigurate cât și celor neasigurate.

Pentru a crește cererea de servicii de AMP, CNAS își propune, de asemenea, să revizuiască mecanismele de plată a furnizorilor, pentru a stimula medicii de familie să îmbunătățească calitatea serviciilor furnizate. În practică, CNAS va plăti medicii de familie pentru furnizarea serviciilor din cadrul noului pachet de servicii pentru AMP, de exemplu, inițierea tratamentului pentru diabetul zaharat. Totodată, CNAS va utiliza mixul de mecanisme precum plata per capita (ajustată în funcție de vârstă și sex), plata per serviciu și plata în funcție de performanță (plata efectuată atunci când sunt atinse criteriile de performanță prestabilite), și va ajusta condițiile de plată specifice (de ex.: plata per capita, limita pentru volumul plății per serviciu) în baza bunelor practici internaționale și adaptarea acestora la contextul național.

Lipsa acută de investiții în AMP va fi adresată în cadrul Programului prin intermediul unei abordări cu două componente. În primul rând, alocarea din bugetul CNAS pentru AMP va fi semnificativ majorată în următorii patru ani, în concordanță cu creșterea utilizării AMP ca urmare a extinderii domeniului de aplicare și a accesului. Acest lucru va îmbunătăți în mod semnificativ fluxurile de fonduri pentru cabinetele de medicină de familie. În al doilea rând, va fi constituită o schemă de ajutor de stat, pentru a asigura sprijin financiar care să susțină înființarea cabinetelor de medicină de familie în zonele care nu sunt deservite de AMC în prezent. Totodată, aceasta va pune la dispoziția cabinetelor de medicină de familie împrumuturi fără dobândă pentru a îmbunătăți calitatea îngrijirii, incluzând aici achiziționarea echipamentelor necesare, formare, transport și realizarea unor îmbunătățiri minore la nivelul cabinetelor. Schema de ajutor de stat va fi mai întâi implementată sub forma unui proiect pilot, urmând ca aceasta să fie ulterior extinsă la aproximativ 20% din cabinetele de medicină de familie din România.

### **Sfera de rezultate 3: Eficientizarea cheltuielilor în domeniul sănătății prin adresarea determinantilor critici în materie de costuri**

Această sferă de rezultate vizează îmbunătățirea eficienței cheltuirii în domeniul sănătății prin adresarea factorilor de cost critici, incluzând aici cheltuielile ridicate cu produsele farmaceutice și consumabilele medicale, și cheltuielile ineficiente ce pot fi identificate prin utilizarea eficientă a informației.

Pentru a controla mai bine cheltuielile cu produsele farmaceutice și consumabilele medicale, Programul se va axa pe aplicarea efectivă a achizițiilor centralizate și a politicilor în domeniul farmaceutic. Acest lucru va permite rafinarea practicilor și politicilor curente (institute prin intermediul Ordonanței de Urgență nr. 71/2012; politici care s-au dovedit eficiente în reducerea costurilor în alte state europene, cu valori ale economiilor situate între 10% și 30%) și prin consolidarea capacității instituționale de a pune în aplicare aceste politici. Alte direcții propuse includ modificarea metodologiilor de calcul a costurilor, stabilirea costurilor cu asistența medicală în funcție de categoria de furnizori de servicii, îmbunătățirea transparenței cheltuielilor publice prin utilizarea rapoartelor anuale elaborate de către CNAS și MS, utilizarea mecanismelor de partajare a riscurilor și reglementări cost-volum pentru toate medicamentele noi având costuri ridicate și revizuirea listei pozitive de medicamente pentru a asigura cost-eficacitatea.

Programul prevede un sistem informatic național avansat în domeniul sănătății care va asigura integrarea, standardizarea și interoperabilitatea sub-sistemelor existente, pentru a facilita accesul la informații și pentru a permite un proces decizional bazat pe dovezi, incluzând aici monitorizarea respectării angajamentelor. Prin aplicarea analizei de date de ultimă generație, vor putea fi identificate și prevenite cheltuielile ineficiente din mai multe domenii, ca de exemplu, asistența medicală ce nu este necesară (trimiteri, vizite, analize de laborator etc.), nerespectarea bunelor practici, dublarea serviciilor, rețete de medicamente neoptimizate (de ex.: utilizarea unui volum mai mic de medicamente generice comparativ cu estimarea inițială), utilizarea ineficientă a infrastructurii și a echipamentelor medicale, productivitatea scăzută a forței de muncă, centre de cost ridicate detectabile (de ex.: populația cu un număr mare de reinternări, centre care supra-prescriu), erori (de ex.: codificare, servicii necesare ce nu pot fi corelate cu condițiile medicale) și fraude.

Bugetul Programului pentru următorii patru ani are o valoare estimată de 4,8 miliarde USD, din care finanțarea BIRD va avea o valoare de 570 de milioane USD, reprezentând 11,9% din bugetul Programului. Categoriile de cheltuieli specifice incluse în Program sunt cele reprezentând bunuri și servicii, costurile cu salariile și cheltuielile de capital. Activitățile din cadrul Programului vor fi finanțate din bugetele CNAS, MS și MFP. În ceea ce privește CNAS, Programul va include cheltuieli pentru serviciile de medicină de familie și administrarea CNAS. În cazul MS, Programul va face referire la categorii de cheltuieli aferente asistenței medicale comunitare, AMP și administrării activităților respective. În plus, Programul va include o cotă din bugetul MFP aferent ONAC.

### **1.2.1 Principalele agenții de implementare și partenerii principali**

Implementarea programului va fi coordonată la nivel național, utilizând instituțiile și practicile de monitorizare existente. La nivel național, MS va asigura supravegherea generală a Programului, va facilita luarea deciziilor strategice și va asigura coordonarea între diferiții actori implicați în timpul implementării Programului. Ministerul Finanțelor Publice, Ministerul Sănătății și CNAS vor fi responsabili în comun pentru coordonarea și monitorizarea activităților de zi cu zi la nivel național, îndrumarea tehnică și implementarea efectivă a Programului. În plus, pentru a susține asumarea Programului la nivelul MS, grupuri tehnice de lucru (TWG) vor fi stabilite pentru a oferi sprijin în ceea ce privește aspectele tehnice.

La nivel local, autoritățile publice locale, sub coordonarea Ministerului Dezvoltării Regionale și a Administrației Publice, și Direcțiile de Sănătate Publică (DSP), aflate sub coordonarea Ministerului Sănătății, vor fi implicate în implementarea programului de asistență medicală comunitară și a schemei de ajutor de stat. În baza Ordonanței de Urgență nr. 18/2017, DSP-urile vor supraveghea implementarea asistenței medicale comunitare la nivel local, inclusiv colaborarea cu medici de familie.

### 1.2.2 Descrierea experienței anterioare a MS în relație cu Banca Mondială

Din 1991, Banca Mondială este un partener cheie în România în furnizarea de sprijin pentru reformele țării în sectorul sănătății. Sprijinul său pentru investiții prin finanțarea de proiecte în sectorul de sănătate a cuprins: Proiectul de reabilitare a serviciilor de sănătate (1991); Proiectul de reformă a sectorului de sănătate (2000) și al Doilea proiect de reformă în sectorul de sănătate (2004); Reforma sectorului de sănătate – Proiectul de îmbunătățire a calității și eficienței sistemului de sănătate (2014). Ca urmare, între 2007 și 2013, Guvernul României (GR) a modernizat serviciile de maternitate și a implementat cu succes o reformă esențială în serviciul de urgențe medicale. Această reformă a cuprins dezvoltarea secțiilor de urgență din spitale, implementarea telemedicinii în serviciile de urgență și dezvoltarea Serviciului Mobil pentru Urgență, Reanimare și Descarcerare. De asemenea, GR a elaborat un plan de raționalizare a spitalelor și s-a implementat un instrument intermediar de evaluare a tehnologiilor medicale pentru a implementa accesul bazat pe dovezi la tehnologii esențiale. Din 2014, GR s-a bazat pe colaborarea sa cu Banca Mondială pentru raționalizarea rețelei de spitale, consolidarea asistenței în ambulator și îmbunătățirea guvernancei și administrării în sectorul de sănătate<sup>19</sup>.

De asemenea, Banca Mondială s-a implicat într-un dialog de politici continuu pe tema reformelor în sectorul de sănătate din România, prin Împrumutul pentru Politici de Dezvoltare cu Opțiune de Amânare a Tragerii (DPL-DDO), care a cuprins măsuri semnificative în domeniul sănătății. Banca a mai fost implicată activ și în dialoguri pe politici de sănătate cu GR ca parte a programelor Fondului Monetar Internațional și ale Comisiei Europene. Aceste dialoguri s-au concentrat pe domenii precum: domeniul de cuprindere al pachetului de bază de servicii medicale, revizuirea listei de medicamente rambursabile, implementarea Evaluărilor Tehnologiilor de Sănătate, introducerea de asigurări suplimentare private de sănătate și îmbunătățirea colectării de venituri pentru sistemul public de asigurări de sănătate<sup>20</sup>.

Unitatea de Management de Proiect a Ministerului Sănătății (MS) a dezvoltat experiență în implementarea de activități realizate prin finanțarea de proiecte de investiții a Băncii Mondiale. Raportul de Finalizare a Implementării (RFI) pentru al Doilea Proiect de Reformă în Sectorul de Sănătate atestă că proiectul a avut un impact substanțial în ceea ce privește dezvoltarea instituțională, atât la nivel local, cât și la nivel național. Proiectul a mărit semnificativ capacitatea MS de a planifica și de a gestiona sistemul de sănătate. O atenție deosebită s-a acordat raționalizării serviciilor de sănătate și formării de capacitate de evaluare a tehnologiilor de sănătate. De asemenea, proiectul a consolidat capacitatea națională de a gestiona două dintre principalele zone ale sistemului de sănătate: serviciile de urgență și serviciile pentru mamă și copil, adică obstetrică și neonatologie. De asemenea, GR a elaborat și/sau a adoptat mai multe documente fundamentale, inclusiv strategia privind asistența medicală primară, care a fost aprobată în cadrul Strategiei de Reformă a Sectorului de Sănătate pentru exercițiul de finanțare 2014-2020 al UE. RFI mai indică și că proiectul a consolidat capacitatea administrației locale de a implementa reforme în sectorul de sănătate<sup>21</sup>.

<sup>19</sup> REFORMA SECTORULUI DE SĂNĂTATE ÎN ROMÂNIA – PROIECTUL DE ÎMBUNĂTĂȚIRE A CALITĂȚII ȘI EFICIENȚEI SISTEMULUI DE SĂNĂTATE (P145174). Document de evaluare a Proiectului. 2014. Banca Mondială

<sup>20</sup> RAPORT DE EVALUARE A PERFORMANȚEI PROIECTULUI. ÎMPRUMUTUL PENTRU DEZVOLTARE DE POLITICI ÎN ROMÂNIA CU OPȚIUNE DE TRAGERE ÎNTÂRZIATĂ (BIRD-81760) 20 iunie 2017. Grup independent de evaluare.

<sup>21</sup> RAPORT DE FINALIZARE A IMPLEMENTĂRII ȘI REZULTATE. PROIECTUL DE REFORMĂ ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII ÎN SPRIJINUL CELEI DE A DOUA FAZE A PROGRAMULUI DE REFORMĂ ÎN SECTORUL DE SĂNĂTATE. 19 iunie 2014. Banca Mondială

## 1.3 Sinteza evaluării sistemelor sociale și de mediu și principalele concluzii

### 1.3.1. Context

Acest Raport privind evaluarea sistemelor sociale și de mediu (ESSM) a fost elaborat pentru Programul pentru rezultate în sănătate din România (PpR)<sup>22</sup>. Raportul este o evaluare cuprinzătoare a: 1) sistemelor existente în România pentru gestionarea efectelor de mediu și sociale (definite ca beneficii, impacturi și riscuri) care sunt asociate cu setul propus de investiții din cadrul Programului pentru rezultate în sănătate din România și 2) capacitatea instituțională a guvernului de a planifica, monitoriza și raporta cu privire la măsurile de gestionare a efectelor asupra mediului și a asupra factorilor sociali.

Constatările raportului sunt menite să asigure că programele susținute prin finanțarea PpR sunt implementate într-un mod care maximizează potențialele beneficii de mediu și sociale și evită, reduce la minim sau atenuază impactul și riscurile sociale și de mediu. Concluziile acestui raport furnizează informații necesare elaborării Planului de Acțiune al Programului (PAP), plan care își propune susținerea Guvernului în acoperirea lacunelor semnificative din sistemele existente de gestionare a efectelor sociale și de mediu, în conformitate cu principiile de sustenabilitate ale PpR (a se vedea Tabelul 2).

**Tabel 2:** Principiile de bază ale ESSM

---

<sup>22</sup> PpR este unul din instrumentele de finanțare ale Băncii Mondiale. Printre caracteristicile sale unice se numără: 1) conectarea tragerii de fonduri cu realizarea anumitor rezultate de program, 2) sprijinirea clienților în îmbunătățirea eficienței și eficacității programelor lor de dezvoltare pentru a obține rezultate tangibile și sustenabile, 3) consolidarea capacității instituționale și a proceselor și procedurilor necesare pentru ca programele să atingă rezultatele dorite și 4) asigurarea utilizării corespunzătoare a finanțării Băncii Mondiale și a abordării aspectelor sociale și de mediu ale Programului.

**Principiul de bază 1: Principiul general privind gestionarea socială și de mediu.** Scopul acestui principiu esențial este să promoveze sustenabilitatea socială și de mediu în conceptul Programului, să evite, să reducă la minim sau să atenueze impactul advers și să promoveze un proces decizional bazat pe informații în legătură cu impactul social și de mediu al Programului.

**Principiul de bază 2: Habitate naturale și resurse culturale fizice.** Acest principiu esențial intenționează să evite, să reducă la minim sau să atenueze impactul advers al Programului asupra habitatelor naturale și asupra resurselor culturale fizice.

**Principiul de bază 3: Siguranța publică și siguranța lucrătorilor.** Acest principiu este menit să protejeze siguranța publică și siguranța lucrătorului împotriva potențialelor riscuri asociate cu: (i) construirea și/sau exploatarea de facilități sau alte practici operaționale în cadrul Programului; (ii) expunerea la substanțe chimice toxice, deșeuri periculoase și alte materiale periculoase în cadrul Programului și (iii) reconstrucția sau reabilitarea infrastructurii amplasate în zone expuse la pericole naturale.

**Principiul de bază 4: Achiziția de terenuri.** Acest principiu esențial intenționează să gestioneze achizițiile de terenuri și pierderea accesului la resursele naturale într-un mod care să evite sau să reducă la minim dislocarea și să asigure asistență persoanelor afectate pentru îmbunătățirea, sau cel puțin pentru refacerea mijloacelor lor de trai și a standardelor de viață.

**Principiul de bază 5: Comunitățile indigene și grupurile vulnerabile.** Acest principiu esențial intenționează să acorde considerația cuvenită adecvării culturale a beneficiilor Programului și accesului echitabil la acestea, acordând o atenție specială drepturilor și intereselor comunităților indigene și nevoilor sau îngrijorărilor grupurilor vulnerabile.

**Principiul de bază 6: Conflictul social.** Acest principiu esențial intenționează să evite exacerbarea conflictelor sociale, mai ales în statele fragile, în zonele post-conflict sau în zonele care fac obiectul unor dispute teritoriale.

## Metodologie

Metodologia pentru elaborarea acestui Raport de ESSM a presupus: 1) o revizuire a documentelor, informațiilor și surselor de date existente și 2) consultări cu diferite părți interesate.

**A. Analiza documentelor și informațiilor disponibile.** Această componentă a inclus o analiză detaliată a politicilor naționale și a cadrului legal în domeniul sănătății, asistenței sociale, incluziunii sociale a grupurilor vulnerabile și mediului. De asemenea, s-a concentrat pe rapoarte elaborate de instituțiile naționale și locale și de organisme europene și internaționale, care au informat echipa proiectului despre progresul înregistrat în reformele anterioare, neajunsurile și acțiunile pentru îmbunătățirea cadrului existent în care este implementat Programul.

Analiza cadrului legal a cuprins o serie largă de legi din domeniul gestionării deșeurilor, schimbărilor climatice, gestionării riscului de dezastre, sănătate și securitate, sănătate publică, mecanisme de reclamare, egalitatea între genuri, anti-discriminare, politici sociale etc. În ceea ce privește analiza instituțională, rolurile și responsabilitățile instituțiilor asociate au fost identificate pe baza unei analize a actelor juridice și a documentelor strategice actuale care au propus dezvoltarea cooperării inter-instituționale<sup>23</sup>. Rapoartele instituțiilor publice relevante, ale Comisiei Europene, ale organizațiilor financiare internaționale și ale altor

<sup>23</sup> Incluzând *Strategia națională de sănătate 2014-2020*, *Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020*, *Strategia de incluziune a cetățenilor români aparținând minorități rome*

organizații au furnizat și ele informații echipei, cu privire la performanța cadrului instituțional actual în gestionarea efectelor sociale și de mediu ale Programului<sup>24</sup>.

**B. Consultări și diseminare:** Au fost derulate consultări cu principalele agenții de implementare a Programului, Ministerul Sănătății, Ministerul Finanțelor și Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Alte instituții care au fost consultate în acest proces au fost Institutul Național pentru Sănătate Publică, Școala Națională de Sănătate Publică de la Universitatea Babeș Bolyai, Școala Națională pentru Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar, Ministerul Justiției Sociale, Colegiul Medicilor din România, Societatea Națională a Medicilor de Familie, Direcțiile Județene de Sănătate Publică, Asociația Națională pentru Protecția Pacienților, Coaliția Asociațiilor Pacienților cu boli cronice – COPAC (19 organizații), Fundația Renașterea pentru Sănătatea Femeii, Asociația E-Romja pentru drepturile femeilor Rome și alte ONG-uri care reprezintă interesele persoanelor de etnie Romă. Municipalityțile, cabinetele medicilor de familie, asistenții comunitari și mediatorii sanitari au fost de asemenea consultați în timpul vizitelor în teren în următoarele comunități rurale și urbane în zonele dezavantajate și insuficient deservite din sud-estul României: Țândărei, Bărbulești, Ceamurila, Jurilovca, Kogălniceanu, Crișan, Mila 23, Caraorman, Sfântu Gheorghe. De asemenea, echipa de ESSM a convocat o consultare cu Grupul de Dialog și Cooperare pentru Incluziunea Romilor în legătură cu rezultatele Programului, la 28 martie 2019 (la întâlnire au fost prezente nouă organizații ale romilor: Fondul de Educație pentru Romi, Danrom, CRIS, Centrul Romilor pentru Politici de Sănătate - Sastipen, Centrul de Resurse pentru Comunitățile de Romi, Romani CRISS, Nevo Parudimos, Asociația Romilor Marginalizați din Botoșani).

### 1.3.2. Riscuri și aspecte sociale asociate Programului

Această secțiune prezintă o imagine de ansamblu asupra riscurilor sociale asociate cu acest Program, care sunt susținute de principiul de bază 1 al ESSM, Principiul de bază privind gestionarea efectelor sociale și de mediu și principiul de bază 5, privind Populațiile indigene și grupurile vulnerabile. Cel dintâi își propune să promoveze sustenabilitatea socială și de mediu în conceptul Programului, să evite, să reducă la minim sau să atenueze impacturile adverse și să promoveze un proces decizional bazat pe informații în privința impactului social și de mediu al Programului. Cel din urmă intenționează să acorde considerația corespunzătoare adecvării culturale a beneficiilor Programului și accesului echitabil la acestea, acordând o atenție specială drepturilor și intereselor Populațiilor Indigene și nevoilor sau preocupărilor grupurilor vulnerabile. Principiul esențial 4, Achiziția de terenuri, nu este relevant în acest context, deoarece Programul va susține doar renovarea minoră a facilităților existente din sistemul AMP, cum ar fi zugărvit, amenajarea pardoselilor, izolarea ferestrelor și a ușilor. Ca urmare, nu se preconizează un impact asupra bunurilor private sau asupra mijloacelor de trai. Aceste lucrări de construcție au ca scop renovarea și repararea spațiilor existente care deservesc unitățile de AMP, iar efectele de mediu asociate cu acestea sunt limitate și includ, de regulă: praf, zgomot, sănătatea și securitatea persoanelor responsabile cu lucrările și evacuarea deșeurilor rezultate.

Constatările ESSM au confirmat faptul că Guvernul României (GR) dispune de sisteme și mecanisme pentru a evita și reduce riscurile sociale asociate Programului, incluzând aici: un cadru legal cuprinzător pentru asigurarea accesului echitabil, inclusiv la serviciile AMP; existența unor mecanisme instituționale pentru diferite părți interesate, în vederea includerii perspectivelor acestora în designul Programului, inclusiv procedurile de petiționare la nivel național și local; și un Program privind mediatorii sanitari preocupați de problemele de sănătate ale persoanelor de etnie romă ce a demonstrat deja succese semnificative și un potențial ridicat de a fi extins la o scară mai largă.

<sup>24</sup> Cum ar fi: Raportul de implementare a Strategiei Naționale de Sănătate 2014-2020, Raportul de activitate al CNAS 2017, Raportul de activitate al MS 2017, Raportul de activitate al MMJS 2017.



Programul își propune să genereze beneficii sociale substanțiale, în special prin eforturile de a îmbunătăți gradul de acoperire al serviciilor de asistență medicală primară (AMP) pentru populațiile subdeservite, incluzând aici persoanele neacoperite de asigurare și cele aflate în sărăcie, și persoanele care locuiesc în așezări care nu dispun de serviciile unui medic de familie sau au o densitate redusă a medicilor de familie raportată la populația rezidentă. Pentru a adresa barierele fizice ce împiedică accesul la AMP, Programul va susține extinderea asistenței medicală comunitară și va consolida coordonarea acesteia cu AMP. Strategia Națională de Sănătate a identificat asistența medicală comunitară ca fiind o modalitate cost-eficace de a asigura acces la servicii de bază în zonele rurale și pentru populațiile defavorizate. Pentru a adresa barierele sociale cu care se confruntă grupurile vulnerabile, comunitățile vizate (inclusiv comunitățile marginalizate) vor beneficia de educație sanitară și de suport pentru a utiliza sistemul de sănătate, în mod special AMP. Desfășurându-și munca în centrul comunității, asistentele medicale comunitare și mediatorii sanitari pentru comunitățile de Romi vor identifica barierele sociale specifice și vor contribui la soluționarea acestora. Pentru a adresa barierele financiare asociate AMP, Guvernul a anunțat recent inițiativa de a extinde pachetul de bază la nivelul persoanelor neasigurate din România. Acest aspect va implica modificarea cadrului legal în domeniul sănătății, pentru a putea furniza acest beneficiu persoanelor neasigurate. În plus, bugetul de stat și contractul cadru încheiat de medicii de familie cu CNAS<sup>25</sup> vor fi revizuite în consecință pe baza costului estimat.

Cu toate acestea, riscul social asociat Programului este **ridicat** datorită potențialelor obstacole care ar putea limita accesul persoanelor subdeservite la servicii de AMP. În primul rând, o mare parte a grupurilor vulnerabile, precum persoanele de etnie Romă (dar fără a se limita la acestea) întâmpină dificultăți în utilizarea medicinei de familie, ca urmare a lipsei actelor de identitate și a certificatelor de naștere necesare înscrierii pe listele medicilor. În al doilea rând, accesarea serviciilor de AMP de către aceste persoane poate fi descurajată de i) concepțiile, credințele și atitudinile persoanelor de etnie Romă în ceea ce privește sănătatea, comportamentul sănătos și bolile (de exemplu, anumite valori, precum noțiunile de puritate și impuritate sunt larg răspândite în rândul persoanelor de etnie Romă, și pot explica evitarea contactului cu anumite materiale sau persoane<sup>26</sup>), și ii) practicile discriminatorii din partea doctorilor și a altor specialiști în domeniul medical în ceea ce privește populația de etnie Romă, inclusiv faptul că timpul de așteptare este mai mare decât în cazul populației non-Roma pentru a beneficia de servicii medicale și disponibilitatea redusă de a furniza informații cu privire la tratament. Aceste acțiuni sunt raportate ca fiind un impediment major în accesarea serviciilor de asistență medicală, în special în ceea ce privește problemele de sănătate minore<sup>27</sup>. În al treilea rând, accesul persoanelor vârstnice sau a celor cu dizabilități la serviciile medicilor de familie, în special în zonele îndepărtate și cele rurale, poate fi afectat negativ ca urmare a creșterii volumului de muncă pentru medicii de familie, generate de măsurile aferente Programului. În ultimul rând, persoanele care sunt slab acoperite de servicii medicale, în special persoanele cu un grad de alfabetizare redus sau care locuiesc în zone rurale și izolate, prezintă riscul de a rămâne neinformate cu privire la extinderea sistemului de asigurare medicală și îmbunătățirea serviciilor din

<sup>25</sup> Contractul-cadru este guvernat de Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și definește tipurile de servicii acoperite asigurarea medicală și mecanismele de plată care se aplică diferiților furnizori pentru un anumit grup de beneficiari. Introducerea de noi grupuri de beneficiari (de exemplu, pachetul de bază al AMP pentru cei neasigurați) va necesita o modificare a legii. Cu toate acestea, modificările aduse conținutului specific al serviciilor și anumitor parametri ai mecanismelor de plată ale furnizorilor (de exemplu, nivelul taxelor și plafoanelor pentru volumul de daune rambursate) pot avea loc prin procesul său anual de actualizare. Contractul-cadru este actualizat și semnat anual.

<sup>26</sup> Pim de Graaf, Danica RotarPavlič, Erika Zelko, MargaVintges, Sara Willems, and LiseHanssens. 'Primary care for the Roma in Europe: Position paper of the European forum for primary care'. 2016.

<sup>27</sup> Roma health mediation in Romania'. Case study. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013. Roma Health Case Study Series, No. 1.

pachetul de bază, evitând în continuare accesarea serviciilor de AMP. Aceași problemă se aplică și sistemelor de petiționare și colectare a feedback-ului, care ar putea furniza informații cu privire la îmbunătățirea accesului la servicii de AMP pentru aceste persoane.

Programul este conceput pentru a atenua mai multe dintre aceste riscuri. Extinderea serviciului de asistență medicală comunitară (AMC) în cadrul Programului și consolidarea colaborării cu AMP va contribui la îmbunătățirea accesului la serviciile medicale primare și comunitare pentru grupurile insuficient servite. Ministerul Sănătății va angaja asistenți medicali comunitari și mediatori sanitari romi și îi va trimite în comunități pentru a oferi intervenții comunitare. Protocoalele și liniile directoare vor fi elaborate pentru a ghida munca de zi cu zi și colaborarea cu medicii de familie, iar instruirile vor fi asigurate pentru a asigura conformitatea acestora cu protocoalele. Aceste măsuri vor face CHC mai accesibilă și / sau atractivă pentru grupurile vulnerabile, inclusiv pentru romi, prin: i) creșterea raportului dintre asistenții medicali comunitari și mediatorii sanitari romi pentru membrii comunității, astfel încât aceștia să poată oferi îngrijiri medicale comunitare mai rapid și mai regulat și ii) îmbunătățind calitatea și eficacitatea muncii efectuate de lucrătorii din domeniul sănătății comunitare, deoarece acestea se vor baza acum pe standarde și protocoale formalizate. Ca parte a efortului său de a îmbunătăți colaborarea dintre CHC și AMP și pentru a facilita accesul la AMP, comunitățile vizate vor beneficia de educație și asistență medicală din partea asistenților medicali comunitari și a mediatorilor sanitari romi în navigarea în sistemul de sănătate, în special AMP.

În ceea ce privește descurajarea accesului la AMP, datorată practicilor percepute ca fiind lipsite de respect și de sensibilitate la diversitatea culturală, Programul propune participarea furnizorilor de asistență medicală primară și comunitară la sesiuni de instruire privind abordarea diferitelor culturi și minorități etnice, acolo unde este cazul. Ghidurile aferente acestor instruiri vor fi dezvoltate, în funcție de necesități, ca parte a unor protocoale de promovare a sănătății la nivelul asistenței medicale comunitare și a unor linii directoare în ceea ce privește colaborarea dintre AMC, AMP și autoritățile publice locale. Planificarea strategică de eliminare a acestor limitări în ceea ce privește furnizarea serviciilor de AMP, realizată în baza evaluării nevoilor de la nivelul comunității, împreună cu mobilizarea unor resurse umane suplimentare în cadrul AMC, vor contribui, totodată, la reducerea riscurilor de diminuare a accesului la AMP pentru persoanele vârstnice sau cele cu dizabilități, ca urmare a creșterii volumului de lucru pentru medicii de familie. În cele din urmă, pentru a spori gradul de conștientizare privind acoperirea extinsă a asigurării de sănătate și a serviciilor AMC la care au acces, programul va include campanii de informare publică și va monitoriza gradul de conștientizare a populației în această privință.

### 1.3.3 Riscuri și aspecte de mediu asociate cu Programul

**Programul nu include obiective explicite în ceea ce privește protecția mediului.** Rezultatele acestui raport indică existența unui set de legi și a unui sistem de reglementare de mediu, relevante pentru acțiunile Programului, în conformitate cu prevederile și directivele Băncii Mondiale în ceea ce privește finanțarea programelor orientate către rezultate. Programul are potențialul de a avea un impact pozitiv asupra sectorului de sănătate în ceea ce privește protecția mediului. Printre beneficii se numără un acces mai bun, în general, la servicii de asistență primară de calitate și eficiente, inclusiv în zonele insuficient servite. Cu toate acestea, ar putea exista un potențial impact negativ asociat cu Programul, din cauza unei generări crescute de deșeuri medicale și de poluare la sursă, datorită numărului potențial mai mare de unități de asistență primară care furnizează servicii medicale.

România are o legislație cuprinzătoare privind protecția mediului, care este pe deplin aliniată la legislația UE și, prin urmare, sistemele existente pot face față activităților propuse în primele două sfere ale rezultatelor programului. Sferele de rezultate identificate în cadrul Programului și DLI-urile asociate nu recomandă activități/acțiuni care ar putea avea un impact advers semnificativ asupra mediului, sensibile, diverse sau fără precedent. Întrucât Programul va susține lucrări minore de reabilitare a facilităților de



AMP (schimbarea pardoselilor, izolarea ferestrelor, lucrări de reparații, zugravire), nu există impacturi legate de afectarea proprietăților private sau a mijloacelor de trai ale populației.

Lucrările de construcții interioare la scară mică pentru renovarea unităților AMP existente și impacturile de mediu conexe vor fi limitate și vor include în mod normal: praf, zgomot, siguranța pe șantier și gestionarea deșeurilor. Vor fi generate în principal deșeurile rezultate din înlocuiri (de ex.: ferestre, pardoseli) și/sau demolare rezultate în urma renovării unităților AMP. În această etapă, cantitatea de deșeurile ce va fi generată nu poate fi estimată deoarece schema de ajutor de stat este un mecanism de finanțare bazat pe cerere; în schimb, având în vedere scara foarte mică a acestor intervenții, cantitatea estimată de deșeurile rezultate în urma renovării poate fi gestionată în mod corespunzător în conformitate cu practicile și normele în domeniu. Deșeurile ce conțin azbest, dacă este cazul, vor fi gestionate conform REACH (Regulamentul privind înregistrarea, evaluarea, restricționarea și autorizarea substanțelor chimice), normelor privind prevenirea și reducerea poluării mediului cu azbest.

Toate impacturile mai sus menționate trebuie să fie atenuate cu succes prin aplicarea bunelor practici în domeniul ingineriei și construcțiilor, iar măsurile de atenuare și monitorizare vor fi prevăzute în contractele de lucrări încheiate de către Beneficiari.

Proiectul nu va furniza sprijin pentru construirea de clădiri noi, ci doar pentru îmbunătățirea celor existente, pe aceeași amprentă.

Contractele și devizul estimativ includ prevederi privind depozitarea corespunzătoare a deșeurilor de construcții (molozi), inclusiv a materialelor periculoase ce pot rezulta. În plus, administrația municipală va trebui să stabilească locațiile pentru transportarea și tratarea ulterioară a acestora și va trebui să definească o rută de transport. Reglementările existente impun, iar documentele de achiziție vor specifica, faptul că nici un material inacceptabil din punct de vedere al mediului nu poate fi utilizat (de ex.: este eligibilă doar vopseala pe bază de latex, acrilic, epoxid pe bază de apă, din uretan pe bază de apă). Legislația în vigoare prevede faptul că toate deșeurile rezultate din renovarea unităților vor fi gestionate de către operatori autorizați de deșeurile și vor fi recuperate sau depozitate într-o manieră ecologică și astfel de deșeurile vor fi depuse în depozite de deșeurile autorizate.

Normele privind calitatea aerului, managementul corespunzător al deșeurilor și prevenirea poluării fonice a mediului, cât și legislația în domeniul sănătății și siguranței la locul de muncă trebuie să fie respectate. Toate aceste activități pot face obiectului controlului realizat de către administrația municipală, autoritățile de mediu, sau alte autorități cu atribuții în domeniul sănătății și siguranței.

Având în vedere acoperirea geografică și natura activităților Programului, nu vor fi declanșate OP 7.50 privind Apele Internaționale sau OP 7.60 privind Teritoriile Dispute.

Adecvarea generală a sistemelor de mediu, a cadrului instituțional și legal privind gestionarea deșeurilor medicale la nivelul asistenței primare a fost confirmată în cadrul evaluării. Sistemul de clasificare a deșeurilor medicale, planurile de gestionare a deșeurilor medicale și programele de formare ad-hoc sunt practicate la scară largă și există o supraveghere regulată a eficienței și performanței gestionării interne a deșeurilor medicale din partea instituțiilor abilitate (mediu, sănătate, Curtea Conturilor, etc.). Creșterea numărului de facilități de AMP, ca urmare a acțiunilor Programului, în special în zonele rurale și slab acoperite, poate prezenta o serie de impacturi negative, dacă aceste facilități nu dispun de acces regulat și performant la serviciile de gestionare a deșeurilor medicale.

- Deși România are politici publice pentru promovarea sănătății umane, aceasta nu este suficient de bine pregătită pentru a face față gamei de probleme asociate cu consecințele schimbărilor climatice.

Schimbările climatice și incidența evenimentelor extreme (valuri de căldură, secetă, inundații, furtuni etc.) impun o determinare clară pentru a adapta sistemele, în acest caz sănătatea umană în general, și în mod special grupurile vulnerabile. În ciuda unui risc semnificativ de expunere la astfel de evenimente în principal în cazul grupurilor vulnerabile, cât și în rândul comunităților afectate, nivelurile de conștientizare, educație și măsurile de protecție furnizate de către serviciile AMP sunt în continuare insuficiente și ineficiente. Prin intermediul DLI 1, DLI 2, DLI 3 și DLI 6, Programul va îmbunătăți accesul populației la serviciile de sănătate, care sunt critice în cazul dezastrelor naturale cauzate de schimbările climate sau epidemiilor de boli exacerbate de schimbările climatice. Acest aspect va aduce beneficii în mod special grupurilor vulnerabile din comunități precum persoanele în vârstă, persoanele cu dizabilități, copiii, femeii, minoritățile etnice și persoanele cu venituri reduse: DLI 1 va asigura stimulentele pentru a atinge un nivel de acoperire de 100% al serviciilor ATM în toate comunitățile și va îmbunătăți eficacitatea furnizării serviciilor AMP, va îmbunătăți nivelul de răspuns în cazul condițiilor meteorologice extreme și va preveni impactul nociv prin prevenirea deceselor cauzate de valuri de căldură și agravarea afecțiunilor cronice (precum afecțiuni cardiovasculare și boli respiratorii). Drept urmare, va consolida capacitatea de adaptare prin accesul comunității la servicii ATM și va crește nivelul de utilizare al asistenței medicale.

- DLI 2 va îmbunătăți și mai mult accesul la servicii ATM, în special la nivelul comunităților defavorizate, prin extinderea domeniului de aplicare al serviciilor, inclusiv servicii integrate. Sprijinind acest tip de asistență medicală integrată, angajații din sectorul sănătății publice vor educa populația cu privire la aspectele de mediu. În plus, Programul va furniza prim ajutor imediat populației în cazul evenimentelor meteorologice extreme (precum inundații și cutremure) în zonele subdeservite. În plus, asistentele comunitare și medicii de familie vor contacta grupurile vulnerabile care nu pot avea acces la asistență medicală în unitățile specializate pe durata fenomenelor meteorologice extreme.
- DLI 3 va extinde domeniul de aplicare și serviciile AMP prin creșterea bugetului alocat acestora. Acesta va contribui la sprijinul acordat pentru îmbunătățirea nivelului de adaptare la schimbările climatice al întregii populații, care va avea un nivel de acces mai ridicat la informații adecvate și asistență medicală, inclusiv pe durata fenomenelor meteorologice.
- DLI 6 va sprijini constituirea unui sistem de date interoperabil care conectează datele de la toate tipurile de furnizori (asistente comunitare, medici de familie, spitale), institute de sănătate publică, și MS. Acest lucru va asigura posibilitatea ca țara să realizeze studii epidemiologice privind influența efectelor schimbărilor climate asupra sănătății și dezvoltarea metodologiilor pentru a prognoza problemele de sănătate majore corelate cu efectele schimbărilor climatice.

Prin intermediul DLI 4 și 7, Programul va sprijini măsurile de atenuare pentru a crea un mediu adaptabil la schimbările climatice:

- DLI 4 va asigura un stimulente pentru ca medicii de familie din România să îmbunătățească infrastructurile orientate către evenimentele climatice și să integreze măsurile de eficiență energetică în activitatea de renovare a unităților medicale. Acest stimulente va sprijini cheltuielile cu renovarea unităților și echipamentele, conform standardelor UE privind Acordul de la Paris din 2015 și cerințele aplicabile unităților și serviciilor medicale, în special conform actualizărilor în domeniul eficienței energetice și gestionării corespunzătoare a deșeurilor. Drept urmare, Programul va contribui la reducerea emisiilor de dioxid de carbon (CO<sub>2</sub>) generate de către sector și va îmbunătăți eficiența energetică, în conformitate cu strategia Programului European privind Schimbările Climatice.
- DLI 7 va sprijini achiziționarea centralizată de produse și dispozitivelor medicale, utilizând o abordare inteligentă pentru mediu în vederea reducerii amprentei de carbon a proceselor de producție.

Aspectele cheie identificate de către Evaluarea Sistemului de Mediu, inclusiv atenuarea riscurilor/dezvoltarea capacității, pot fi adresate prin implementarea acțiunilor, în maniera definită în PAP.

### Prezentare generală a efectelor deșeurilor medicale

Principalul punct sensibil din punct de vedere al mediului în sectorul de sănătate și în special în domeniul asistenței medicale primare și comunitare este legat de gestionarea deșeurilor medicale. Printre riscurile asociate cu aceasta și nevoile de diminuare a acestor riscuri se numără:

- Nivelul limitat de cunoștințe privind prevenirea și/sau atenuarea efectelor în ceea ce privește generarea de deșeuri medicale la nivelul asistenței medicale primare și comunitare;
- Punerea în practică și respectarea reglementărilor din domeniul gestionării deșeurilor medicale, la nivelul AMP în zonele rurale, nu este pe deplin eficace;
- Riscurile potențiale legate de eliminarea necorespunzătoare a deșeurilor periculoase și nepericuloase în locații neautorizate, în special în zonele rurale și izolate;

Unitățile spitalicești de stat și private generează anual aproximativ 20.000 tone de deșeuri medicale, reprezentând aproximativ 3% din toate deșeurile periculoase colectate în România<sup>28</sup>. Din această cantitate, unitățile de AMP generează, în medie, 300 kg de deșeuri periculoase pe an, ca urmare a activităților medicale. Deșeurile medicale sunt definite în legislația română (Ordinul MS nr. 1226 din 3 decembrie 2012), incluzând deșeurile periculoase și nepericuloase generate de activitățile medicale. Sunt în vigoare norme speciale pentru deșeurile medicale periculoase, pentru a preveni contaminarea mediului și pentru a nu dăuna sănătății umane. Separarea deșeurilor este obligatorie în toate unitățile medicale (mari, medii și mici), iar procedurile de monitorizare sunt deja elaborate.

Deșeurile medicale periculoase sunt clasificate după cum urmează:

- deșeuri anatomopatologice – includ țesut uman, bucăți umane generate de laboratoarele de autopsie, cadavre, fetoși și placentă;
- deșeuri infecțioase – includ toate deșeurile ce conțin sau au intrat în contact cu sânge sau viruși (seringi, ace, lame de bisturiu, lame de ras, mănuși, linii perfuzii)
- deșeuri ascuțite – includ acele și seringile hipodermice, lame de bisturiu, lame de ras etc;
- deșeuri chimice și farmaceutice – includ vaccinurile expirate, medicamentele, substanțele utilizate produse de laboratoare, ambalaje ale substanțelor chimice periculoase, medicamente etc,
- surse de radiații ce sunt schimbate periodic.

Deșeurile nepericuloase sunt deșeurile asimilate cu deșeuri menajere.

Colectarea selectivă, transportul și tratamentul specializate și neutralizarea sistemelor complexe sunt implementate și funcționale. Riscurile Programului aferente gestionării deșeurilor medicale sunt acoperite în mod rezonabil de sistemele existente, însă vor necesita eforturi pentru a adresa provocările suplimentare ce rezultă din extinderea serviciilor AMP. Creșterea numărului de unități de asistență primară, de centre integrate de asistență comunitară și de lucrători comunitari, precum și procedurile suplimentare care sunt propuse în cadrul acestui Program poate duce la creșterea cantității de deșeuri medicale produse la nivelul acestor unități. Asistenții medicali comunitari efectuează proceduri medicale limitate (de ex. injecții) și, astfel, generează cantități limitate de deșeuri medicale. Însă în prezent nu există un serviciu dedicat anume

<sup>28</sup>NIPH, 2015, menționat la <http://www.ecologic.rec.ro/articol/read/reciclare-recuperare/15057/>

pentru asistența medicală comunitară, iar deșeurile medicale de la asistenți sunt transferate în sistemele de colectare ale cabinetelor de medicină de familie.

Pot apărea riscuri de eliminare inadecvată în cazurile în care nu există cabinete de medicină de familie la nivelul comunității unde își desfășoară activitatea asistentul (peste 200 unități administrative nu au acoperire cu cabinete de medicină de familie în prezent, conform MS) sau acolo unde relația dintre medicii de familie și asistenții comunitari nu este funcțională.

Colectarea selectivă a deșeurilor medicale este obligatorie și este responsabilitatea fiecărei unități sanitare. Această colectare este standardizată și include containere dedicate, etichetate cu deșeurile medicale anume care se gestionează. Transportarea deșeurilor medicale este realizată de o companie autorizată de transport, care efectuează transportul în condițiile cerințelor stricte privind siguranța și ambalarea, impuse de Reglementările privind transportul de deșuri periculoase pe drumurile publice, în concordanță cu A.D.R. (Acordul European privind transportul internațional de deșuri periculoase pe cale rutieră). Eliminarea de la unitățile medicale trebuie să se facă periodic, de către operatori de salubritate speciali, autorizați. Ridicarea deșeurilor medicale trebuie să se facă la intervale mai scurte decât în prezent. Trebuie impuse măsurile preventive.

Tratarea deșeurilor medicale cu dezinfectanți chimici poate să ducă la eliberarea de substanțe chimice în mediu, dacă acele substanțe nu sunt manipulate, depozitate și eliminate într-un mod corespunzător din punct de vedere al mediului. Metodele de eliminare a deșeurilor medicale trebuie să asigure distrugerea rapidă și completă a factorilor cu un impact potențial dăunător pentru mediu și sănătate. Conform legii, eliminarea deșeurilor este abordată prin două proceduri: incinerare și sterilizare. Incinerarea deșeurilor este practică pe larg, însă incinerarea necorespunzătoare sau incinerarea unor materiale nepotrivite duce la eliberarea de agenți de poluare în aer și la generarea de reziduuri sub formă de cenușă. Materialele incinerate care conțin sau care sunt tratate cu clor pot să genereze dioxine și furani, care sunt carcinogeni pentru om și au fost asociați cu o serie de efecte adverse asupra sănătății. Incinerarea metalelor grele sau a materialelor cu conținut ridicat de metal (în special plumb, mercur și cadmiu) poate duce la răspândirea de metale toxice în mediu. Măsurile pentru asigurarea gestionării în siguranță și adecvat din punct de vedere al mediului pentru deșeurile medicale pot împiedica impactul advers asupra sănătății și a mediului, pe care îl pot avea astfel de deșuri, inclusiv emisia neintenționată în mediu a unor pericole chimice sau biologice, inclusiv microorganisme rezistente la medicamente, astfel protejând sănătatea pacienților, a cadrelor medicale și a publicului general.

Măsurile de consolidare instituțională au potențialul de a crește capacitatea actorilor implicați în ceea ce privește reducerea riscurilor și provocărilor ce țin de protecția mediului.

### **Adaptarea sistemului de sănătate la schimbările climatice și la evenimentele meteorologice extreme**

Deși România are politici publice bine stabilite pentru promovarea sănătății umane, încă nu este suficient de pregătită să facă față unei serii de probleme asociate cu consecințele schimbărilor climatice. Principalele probleme identificate de Evaluarea Sistemului de Mediu, inclusiv atenuarea riscurilor și formarea de capacități, pot fi abordate prin implementarea unor aspecte de mediu, așa cum se definește în PAP și/sau prin unele DLI-uri.

Unul dintre obiectivele comune în ceea ce privește sănătatea și mediul în cadrul *Strategiei naționale privind schimbările climatice și creșterea economică bazată pe emisii reduse de carbon* este protejarea sănătății cetățenilor de impactul evenimentelor meteorologice extreme. În conformitate cu această prevedere, au fost propuse acțiuni preventive pentru gestionarea acestor evenimente extreme, cum ar fi dezvoltarea unui sistem național de prevenire, monitorizare și răspuns pentru evenimentele și riscurile asociate asupra

sănătății publice, asigurarea stocurilor critice, instruirea personalului și mecanisme instituționale de coordonare și conlucrare între actorii publici și privați cu responsabilități în cazul unor astfel de evenimente.

Evenimentele meteorologice extreme, precum inundațiile, furtunile, valurile de căldură și seceta pot avea consecințe severe pentru populație și în special pentru grupurile cele mai vulnerabile, care sunt mult mai expuse din cauza condițiilor proaste de locuit și a interacțiunii reduse cu sistemele de alertare. În plus, amenințările generate de evenimentele extreme pot fi agravate de sistemul de sănătate, care poate avea puncte slabe nu numai în ceea ce privește avertizarea timpurie și vigilența, ci și capacitatea de răspuns. Consecințele dezastrelor necesită o reacție rapidă și bine coordonată pentru a proteja sănătatea comunităților afectate.

Raportul ESSM, în variantele în limba Română și Engleză, a fost diseminat către public prin site-ul Băncii Mondiale la data de 14 iunie 2019. Raportul va fi finalizat după analizarea comentariilor furnizate în timpul consultării publice, planificată pentru data de 21 iunie 2019 și va fi făcut public pe paginile de internet ale Ministerului Sănătății și Băncii Mondiale.

Structura raportului în secțiunile de mai jos este următoarea: Capitolul 2 prezintă principalele părți interesate din sectorul de sănătate și alte părți interesate în legătură cu aspectele sociale și de mediu ale Programului; Capitolele 3 și 4 descriu sistemele de gestionare a efectelor sociale și de mediu ale Programului. Capitolul 5 se ocupă de evaluările de capacitate și performanță instituțională ale Programului privind aspectele sociale și de mediu. Capitolul 6 furnizează o evaluare a sistemului Programului, Capitolul 7 enumeră recomandările și contribuțiile aferente Planului de Acțiune al Programului, iar Capitolul 8 se referă la Evaluarea de Risc Social și de Mediu ale Programului.

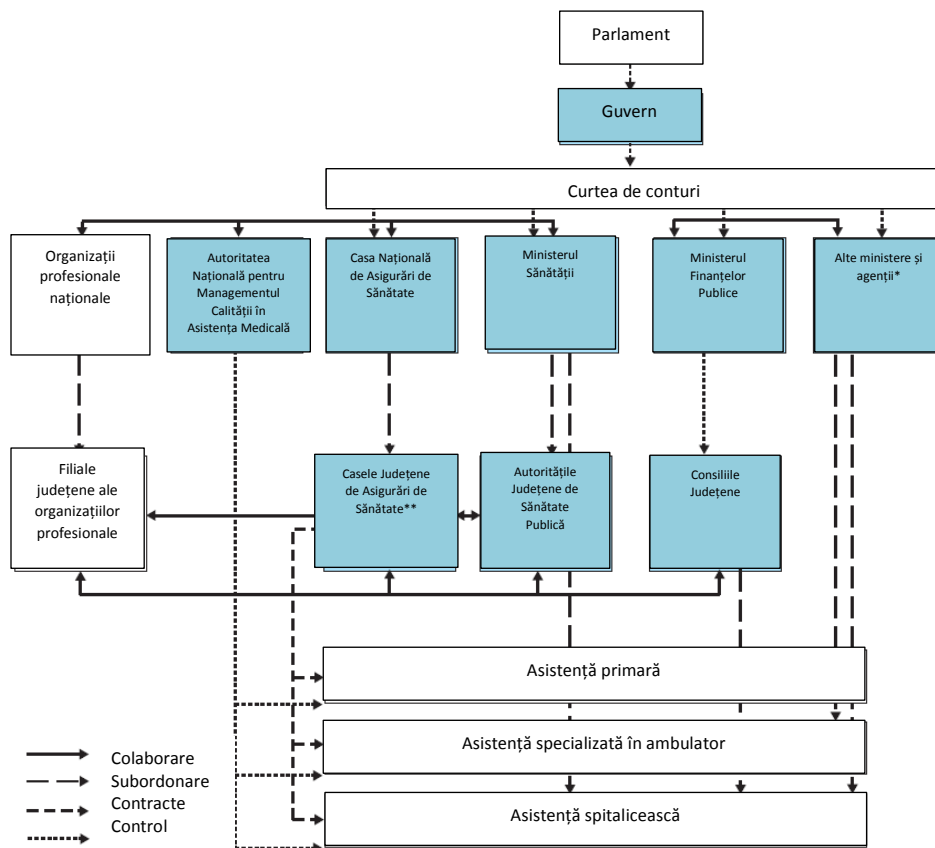
## 2 ANALIZA PĂRȚILOR INTERESATE

Printre părțile interesate relevante pentru implementarea Programului pentru Rezultate în domeniul sănătății se numără entități care sunt asociate cu sistemul de sănătate al României, cu asigurarea incluziunii sociale (femei și populația Roma) și monitorizarea și managementul aspectelor de mediu.

### 2.1 Părțile interesate din sistemul de sănătate

Sistemul de sănătate din România este organizat pe două niveluri: nivel național și nivel județean. Nivelul național răspunde de stabilirea și realizarea obiectivelor generale și de asigurarea principiilor fundamentale ale politicii guvernului în domeniul sănătății. Nivelul județean răspunde de asigurarea furnizării serviciilor conform regulilor stabilite la nivelul central (a se vedea figura 2).

Figura 1: Organizarea sistemului de sănătate în România



Sursa: Analiza sistemului de sănătate din România 2016



### 2.1.1 Entități la nivel național

Principalele instituții la nivel național sunt: Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), Institutul Național de Sănătate Publică și organizațiile profesionale. Parlamentul are o poziție cheie în procesul de politici publice, reprezentând puterea legislativă și exercitând controlul asupra activităților guvernului. Ministerul Finanțelor Publice supraveghează resursele financiare colectate și cheltuite pentru serviciile de sănătate și joacă un rol cheie în reformele sectorului de sănătate, atunci când acestea implică schimbări la nivelul finanțării publice. Curtea de Conturi controlează formarea, administrarea și utilizarea resurselor financiare ale statului în sectorul public. Ministerul Transporturilor, Ministerul Apărării Naționale, Ministerul de Interne și Ministerul Justiției și Serviciul Român de Informații joacă și ele un rol în sistemul de sănătate, prin operarea propriilor lor sisteme de sănătate, paralele, precum și prin cooperarea inter-sectorială.

*Ministerul Sănătății.* Ministerul Sănătății este autoritatea administrativă centrală în sectorul de sănătate. Răspunde de administrarea sistemului și de cadrul de reglementare al acestuia, inclusiv reglementarea sectorului farmaceutic, precum și politicile și serviciile de sănătate publică, inspecție sanitară și Contractul Cadru, care reglementează achiziția de servicii de sănătate. De asemenea, Ministerul are sarcina monitorizării și evaluării sănătății populației, furnizării de educație pentru sănătatea publică și promovarea sănătății, politica de resurse umane și anumite investiții în infrastructură. Din 2010, autoritățile locale au preluat de la Ministerul Sănătății unele funcții și competențe în domeniul sănătății (a se vedea mai jos)<sup>29</sup>.

*Casa Națională de Asigurări de Sănătate.* CNAS este o instituție publică autonomă care administrează și reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate. Constituită în 1999, aceasta decide cu privire la alocarea resurselor din FNAS către CJAS-uri, stabilește obiectivele anuale pentru propriile sale activități și pentru activitățile CJAS-uri, supraveghează și coordonează activitatea CJAS-uri (are puterea să emită norme de implementare obligatorii pentru toate CJAS-urile) și decide cu privire la alocarea resurselor între diferitele tipuri de asistență. De asemenea, împreună cu MS, elaborează Contractul Cadru, care, împreună cu normele aferente, definește pachetul de beneficii la care au dreptul asigurații, precum și mecanismele pentru plata furnizorilor.

*Autoritatea Națională pentru Managementul Calității în Sănătate.* Autoritatea Națională pentru Managementul Calității în Sănătate a fost creată în anul 2015. Printre sarcinile acesteia se numără: elaborarea, în colaborare cu Ministerul Sănătății, a Strategiei Naționale pentru Asigurarea Calității în Sistemul de Sănătate, elaborarea de propuneri legislative pentru a asigura armonizarea cu reglementările internaționale, acreditarea furnizorilor de formare și de consultanță tehnică în domeniul managementului calității în sănătate, evaluarea, reevaluarea și acreditarea furnizorilor de servicii de sănătate, monitorizarea existenței unor standarde de calitate corespunzătoare la nivelul unităților de asistență la toate nivelurile de asistență și efectuarea de activități de cercetare în domeniul calității serviciilor de sănătate.

*Institutul Național pentru Sănătate Publică.* Institutul Național pentru Sănătate Publică are mandat pentru:<sup>30</sup> prevenirea, supravegherea și controlul bolilor netransmisibile, monitorizarea stării de sănătate, promovarea sănătății și educația pentru sănătate, efectuarea de evaluări privind sănătatea profesională, monitorizarea sănătății în raport cu mediul, elaborarea de reglementări de sănătate publică, gestionarea sănătății publice și dezvoltarea unor anumite servicii de sănătate publică<sup>31</sup>.

<sup>29</sup> Vlădescu C, Scîntee SG, Olsavszky V, Hernández-Quevedo C, Sagan A. Romania: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2016; 18(4):1–170.

<sup>30</sup> [https://www.insp.gov.ro/organizare\\_insp/hg1414.pdf](https://www.insp.gov.ro/organizare_insp/hg1414.pdf)

<sup>31</sup> Vlădescu C, Scîntee SG, Olsavszky V, Hernández-Quevedo C, Sagan A. Romania: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2016; 18(4):1–170.

### 2.1.2 Asociațiile profesionale la nivel național

*Colegiul Medicilor* joacă un rol important în înregistrarea obligatorie a medicilor și un rol consultativ în politicile de sănătate. Colegiul este responsabil cu autorizarea medicilor, programele de educație medicală continuă (EMC) și calitatea asistenței (în principal prin intermediul reclamațiilor de malpraxis).

*Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)* este asociația profesională națională a medicilor de familie, cu filiale în aproape toate județele țării. Este implicată în proiecte de dezvoltare profesională și este principala organizație de sprijin (*advocacy*) în asistența primară. Lucrează în strânsă cooperare cu Asociația Națională Patronală în Medicina de Familie și cu Colegiul Medicilor în negocierea contractelor pentru medicii primari.

*Federația Națională a Patronatelor/Antreprenorilor în Medicina de Familie (FNPAMF)*, care reunește *Asociațiile Patronale în Medicina de Familie din România*, are ca țintă dezvoltarea serviciilor de medicină de familie, sprijinirea formării în gestionarea cabinetelor și reprezentarea profesiei în relația cu autoritățile, sindicatele și organizațiile internaționale.

*Ordinul Asistenților Medicali și Moașelor* are un rol similar cu cel al Colegiului Medicilor din România. Prin lege, asistentele medicale și moașele sunt obligate să se înscrie în Ordin pentru a își putea practica profesia. Ordinul are două roluri principale: să monitorizeze modul în care se practică meseria de asistent medical și de moașă și să contribuie la elaborarea de politici privind aceste două profesii. Ordinul reprezintă și asistenții medicali comunitari.

*Centrul Național de Studii pentru Medicina de Familie (CNSMF)* a fost înființat în 2001, ca organizație relativ mică (54 de formatori în medicina de familie), cu scopul de a cultiva profesionalismul în asistența primară. S-a implicat în chestiuni profesionale, deoarece medicii de familie/medicii generalişti au simțit că dezvoltarea profesională în medicina de familie nu este abordată suficient de alte entități, de obicei dominate de medici cu alte specializări. Lucrând îndeaproape cu alte organizații internaționale, Fundația CNSMF a furnizat medicilor de familie/medicilor generalişti o viziune coerentă și proiecte pilot care au contribuit la îmbunătățirea calității asistenței și la consolidarea statutului asistenței primare și al medicinei de familie<sup>32</sup>.

### 2.1.3 Entități la nivel județean

Reprezentanții autorităților de sănătate la nivel județean sunt: autoritățile județene de sănătate publică (AJSP), Casele Județene de Asigurări de Sănătate (CJAS), consiliile județene și filialele județene ale asociațiilor profesionale.

*Autoritățile județene de sănătate publică.* Există 42 de AJSP, câte una în fiecare dintre cele 41 de județe plus una în municipiul București. În principal, acestea răspund de îndeplinirea funcțiilor Ministerului Sănătății în legătură cu sănătatea populației la nivel local, inclusiv: monitorizarea stării de sănătate a populației, dezvoltarea, implementarea și evaluarea de programe de sănătate publică, organizarea de activități de promovare a sănătății și prevenție, precum și controlarea și evaluarea ofertei de servicii de asistență și funcționarea și organizarea furnizorilor de servicii de sănătate<sup>33</sup>. AJSP-urile asigură îndrumarea

<sup>32</sup> Vlădescu C, Scîntee SG, Olsavszky V, Hernández-Quevedo C, Sagan A. Romania: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2016; 18(4):1–170.

<sup>33</sup> Vlădescu C, Scîntee SG, Olsavszky V, Hernández-Quevedo C, Sagan A. Romania: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2016; 18(4):1–170.



tehnică și metodologică pentru lucrătorii comunitari la nivel local și sprijină administrațiile locale în planificarea serviciilor comunitare de sănătate și promovarea campaniilor de sănătate publică.

*Casele județene de asigurări de sănătate.* Există 43 de CJAS-uri, inclusiv Casa de Asigurări de Sănătate a municipiului București și o casă de asigurări pentru angajații Ministerului Apărării, Ministerului Afacerilor Interne și Ministerului Justiției și ai agențiilor din domeniul securității naționale. CJAS-urile răspund în principal de încheierea contractelor cu furnizorii de servicii de sănătate la nivel local și monitorizarea acestor contracte și a anumitor aspecte legate de calitatea furnizării serviciilor.

*Consiliile județene.* Consiliile județene sunt organismele alese ale administrației locale. Din 2010, autoritățile locale (administrația locală și consiliile județene) au preluat de la Ministerul Sănătății unele responsabilități în domeniul sănătății, inclusiv gestionarea și administrarea majorității spitalelor publice, precum și funcții de reglementare în domenii care au impact asupra sănătății, precum salubritatea și gestionarea deșeurilor<sup>34</sup>.

*Institutul Național de Sănătate Publică* își implementează activitățile prin patru centre naționale<sup>35</sup> și șase centre regionale de sănătate publică<sup>36</sup>. Institutul este o agenție specializată a Ministerului Sănătății, care furnizează sprijin științific, tehnic și metodologic pentru elaborarea de politici în sănătate. Acesta dezvoltă și desfășoară studii de sănătate publică, elaborează norme și metodologii, produce rapoarte și coordonează diferite programe de sănătate publică.

#### 2.1.4 Asistența medicală primară

Asistența medicală primară face obiectul specializării de medicină de familie (doctori de familie și asistente asociate cabinetelor de medicină a familiei).

*Medicii de familie/Medicii generalişti.* Ca o condiție generală pentru a practica, toți furnizorii de asistență medicală primară din România trebuie să fie organizați într-una din următoarele patru structuri juridice: cabinet individual, cabinet de grup, birou medical asociat sau societate comercială medicală cu răspundere limitată (Ordonanța Nr.124 /1998 publicată în *Monitorul Oficial* Nr. 568; august 2002).

Norma oficială recomandată în contractul cadru cu privire la numărul de pacienți pe medic de familie/medic generalist este de 1800 (din aprilie 2010). Însă în unele zone, lista cabinetului poate fi mai lungă, dacă nu există medici de familie/medici generalişti noi care să deschidă un cabinet. După cum s-a menționat mai sus, numărul minim de pacienți pentru medicii de familie/medicii generalişti care au contract cu CNAS este 1000 (deși este posibil ca temporar să fie mai scăzut, în special în zonele defavorizate unde sunt stabilite limite particulare). Un număr de peste 2200 de pacienți a fost descurajat prin aplicarea de puncte regresive peste acest număr. Normele privind alte cadre de asistență medicală primară nu au fost disponibile.

Cu excepția urgențelor, în mod oficial, pacienții trebuie să viziteze medicul de familie/medicul generalist la care sunt înscrși înainte de a putea fi tratați de un medic specialist sau de orice doctor care lucrează în sistemul public. Pacienții pot să meargă la medici din sectorul privat fără trimitere și cu plata pe loc. Rolul

<sup>34</sup> 'Analiza sistemului de sănătate din România'. Sisteme de sănătate în tranziție. Observatorul european de sisteme și politici de sănătate. Vol. 18 nr. 4 2016

<sup>35</sup> Acestea sunt: a) Centrul Național pentru Controlul Bolilor Transmisibile (CNSCBT); b) Centrul Național pentru Monitorizarea Riscurilor în Mediul Comunitar (CNMRMC); c) Centrul Național pentru Evaluarea și Promovarea Sănătății (CNEPSS). d) Centrul Național pentru Statistică și Informatică în Sănătatea Publică (CNSISP)

<sup>36</sup> Acestea sunt: a) Centrul Regional de Sănătate Publică București (CRSPB); b) Centrul Național de Sănătate Publică Cluj (CRSPC); c) Centrul Regional de Sănătate Publică Iași (CRSPI); d) Centrul Regional de Sănătate Publică Timișoara (CRSPT); e) Centrul Regional de Sănătate Publică Târgu Mureș (CRSPM); f) Centrul Regional de Sănătate Publică Sibiu (CRSPS).

de filtru al medicului de familie/medicului generalist a fost consolidat în 1999, prin introducerea plăților pe loc pentru internarea în spital fără trimitere de la medicul de familie/medicul generalist. Medicii, atât cei din spitale, cât și cei din ambulator, sunt obligați în mod oficial să trimită medicului de familie/medicului generalist care a trimis pacientul un rezumat al procedurilor medicale, diagnosticul și recomandările de tratament (o „scrisoare medicală”)<sup>37</sup>.

*Asistenții medicali comunitari.* Asistenții medicali comunitari sunt prezenți în sistemul medical românesc încă din perioada interbelică. În perioada socialistă, aceștia se concentrau în principal pe sănătatea mamei și copilului. În urma reformelor din perioada de tranziție, rețeaua a fost desființată, apoi readusă în 2002, printr-un program al MS, care țintea grupurile cele mai vulnerabile cu intenția de a asigura accesul la asistența medicală elementară. Asistenții medicali comunitari furnizează servicii medicale preventive și curative la nivel de individ, pentru persoanele vulnerabile, asigurate sau neasigurate, precum și servicii de sănătate comunitară. Persoanele din rețeaua existentă de 1556 asistenți sunt formate ca asistenți medicali generali și lucrează în cadrul unităților de asistență socială din administrațiile publice urbane și rurale. Munca lor implică și coordonarea cu asistenții sociali, mediatorii sanitari (acolo unde există comunități de romi) și medicii de familie la nivel local. Printre sarcinile asociate cu această funcție, cele mai importante sunt:

- cartografierea populației la nivelul comunității locale în ceea ce privește factorii determinanți ai sănătății și identificarea gospodăriilor cu risc de vulnerabilitate și/sau risc medical-social comunitar, fiind acordată prioritate copiilor, femeilor însărcinate;
- identificarea persoanelor care nu sunt înregistrate pe listele medicilor de familie și sprijin pentru includerea acestora pe listele medicilor de familie;
- raportarea, la medicul de familie, a persoanelor vulnerabile din punct de vedere fizic și social care necesită acces la servicii medicale de prevenție sau curative
- participarea la implementarea programelor și acțiunilor de sănătate naționale, județene și locale în comunitatea locală, cu adresare îndeosebi pentru persoanele vulnerabile din punct de vedere medical, social sau economic;
- furnizarea de servicii medicale de prevenție și promovarea comportamentelor pro-sănătate la copii, femei însărcinate și mame (măsurarea tensiunii arteriale, greutateii, etc.)
- furnizarea de servicii de profilaxie primară, secundară și terțiară pentru membrii comunității (recomandări privind igiena personală, dieta, vaccinările disponibile);
- informarea, educarea și sensibilizarea membrilor comunității în privința unui stil de viață sănătos
- administrarea de tratamente medicale în limitele competențelor profesionale, conform rețetelor prescrise de medicul de familie sau de medicul specialist.

### 2.1.5 Asistența medicală comunitară

Asistența medicală comunitară este asigurată la nivelul comunităților de către asistente medicale comunitare, mediatorii sanitari pentru comunitățile Roma și moașe.

<sup>37</sup> Evaluarea structurii și furnizării asistenței primare în România'.2012. Biroul Regional al OMS pentru Europa

*Asistentele medicale comunitare* sunt specializate ca asistente medicale generaliste. Sistemul educațional actual nu presupune o specializare separată pentru această poziție.

*Mediatorii sanitari pentru comunitățile Roma.* Mediatorii sunt angajați ca parte a programului național de mediere sanitară și sarcinile acestora includ:

- realizarea legăturii dintre membri comunităților Roma și furnizorii de servicii medicale;
- colectarea de date privind starea sănătății la nivelul comunităților Roma;
- creșterea accesului persoanelor de etnie Romă la sistemul public de servicii medicale;
- asigurarea educației sanitare la nivelul comunității;
- participarea în campaniile de sănătate publică.

Mediatorii sanitari sunt responsabili cu stabilirea unui climat al încrederii reciproce și îmbunătățirea comunicării între membrii comunităților Roma și personalul medical. Mediatorii colectează, de asemenea, date privind femeile însărcinate, lăuze și copii și date privind imunizarea și vizitele medicale ale copiilor cu vârste între 0 și 7 ani. Pentru a spori accesul la serviciile de asistență medicală, mediatorii ajută la înscrierea nou-născuților pe listele medicilor de familie și promovează avantajele asigurării medicale și mijloacele de obținere a calității de asigurat. Mediatorii sunt însărcinați cu sensibilizarea cu privire la planificarea familială, îngrijirea sănătății copilului, nutriția, alăptarea și igiena. De asemenea, mediatorii contribuie la mobilizarea membrilor comunității în vederea participării în cadrul campaniilor de sănătate publică (de exemplu, cele cu privire la vaccinare sau boli cronice), identificarea cazurilor de tuberculoză și a bolilor transmisibile și informarea medicilor despre apariția unor focare de boli transmisibile sau intoxicații în cadrul comunității<sup>38</sup>. Dovezile calitative sugerează că implicarea mediatorilor sanitari a avut un impact pozitiv asupra accesului populației Roma la asistența medicală. Cu toate acestea, dovezile cantitative pentru a susține această afirmație nu sunt disponibile în absența unor statistici în acest domeniu.

*Moașele.* Evoluția moaștitului în România a înregistrat un declin considerabil de la 50,5 moașe la 100 000 de persoane în 1990 la doar 16,3 în 2013. Moașele sunt angajate în sistemul medical ca asistente medicale în cadrul departamentelor de ginecologie și obstetrică. România are trei facultăți care oferă educație moașelor, iar începând cu anul 2014, moașele își pot deschide propriul cabinet. La începutul programului de asistență medicală comunitară, când accentul era pus pe sănătatea mamei și copilului, primele asistente comunitare au fost persoane care ocupaseră poziții de moașe înaintea reformelor din anii 90. În cadrul sistemului național de asistență medicală comunitară, o singură persoană este încadrată cu funțita de moașă<sup>39</sup>.

Tabelul de mai jos indică principalii actori implicați în asigurarea și coordonarea serviciului de asistență medicală comunitară, incluzând Unitatea de Incluziune Socială din cadrul Ministerului Sănătății, Ministerul Muncii și Justiției Sociale (MMJS), Ministerul Educației Naționale, Direcțiile de Sănătate Publică și Autoritățile Publice Locale (APL).

**Tabel 3: Părți interesate implicate în coordonarea asistenței comunitare**

Nivel administrativ	Autorități principale	Principalele responsabilități în managementul social
---------------------	-----------------------	--

<sup>38</sup> Roma health mediation in Romania'. Case study. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013. Roma Health Case Study Series, No. 1.

<sup>39</sup> [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/317240/Hit-Romania.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/317240/Hit-Romania.pdf?ua=1), Romania Health System Review, WHO, 2016, accessed 8 May 2019

Central	Ministerul Sănătății – Unitatea de Incluziune Socială	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reglementează domeniul de activitate al asistenței comunitare;</li> <li>- Asigură coordonarea tehnică și metodologică, monitorizarea și evaluarea rețelei;</li> <li>- Stabilește obiectivele strategice la nivel național și extinderea treptată a rețelei</li> <li>- Consultă și stabilește nevoile de formare în asistența comunitară;</li> <li>- Elaborează standarde de costuri pentru sector, împreună cu Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice, Ministerul Muncii și Justiției Sociale și Ministerul Educației;</li> <li>- Elaborează îndrumări și standarde de practică în domeniul asistenței comunitare</li> <li>- Elaborează instrumente pentru planificarea, monitorizarea, raportarea și evaluarea în domeniul asistenței comunitare</li> <li>- Susține înființarea de centre comunitare integrate (cu servicii de asistență medicală comunitară, mediere sanitară și educațională, asistență socială, în conformitate cu prevederile OG nr. 18/2017)</li> <li>- Participă la elaborarea de mecanisme și prevederi inter-instituționale pentru furnizarea de servicii integrate medicale și social-educative</li> <li>- Colaborează cu alte instituții și ONG-uri care implementează proiecte în domeniul asistenței comunitare;</li> <li>- Susține utilizarea datelor culese la nivel local pentru a furniza informații în procesul decizional, în privința riscului social în legătură cu asistența socială, asociat cu accesibilitatea persoanelor vulnerabile;</li> </ul>
	Ministerul Muncii și Justiției Sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cartografierea furnizorilor existenți de servicii comunitare (sociale, medicale, educaționale și de ocupare a forței de muncă);</li> <li>- Participarea la un grup de lucru care stabilește cadrul instituțional pentru serviciile comunitare integrate, împreună cu MS și cu Ministerul Educației;</li> <li>- Elaborarea de modele sustenabile pentru serviciile comunitare integrate;</li> <li>- Plan de formare pentru asistenții sociali pentru a pregăti furnizarea integrată a serviciilor;</li> <li>- Reglementarea rolului asistenților sociali în cadrul echipelor integrate;</li> <li>- Elaborarea și coordonarea planului național pentru angajarea de asistenți sociali la autoritățile locale;</li> </ul>
	Ministerul Educației	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participarea la grupul de lucru care stabilește cadrul instituțional pentru serviciile comunitare integrate, împreună cu MS și cu MMJS;</li> <li>- Sprijinirea dezvoltării la nivel național a consilierilor educaționali și a mediatorilor educaționali pentru populația romă;</li> <li>- Asigurarea coordonării metodologice, formării, monitorizării și evaluării personalului educațional din echipele integrate;</li> </ul>
Județean	Autoritățile Județene de Sănătate Publică	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asigură îndrumarea tehnică și metodologică a furnizorilor comunitari la nivel de județ</li> <li>- Asigură sprijinul tehnic (de ex. evaluarea nevoilor, prioritizare etc.)</li> <li>- Sprijină administrațiile locale în planificarea serviciilor medicale comunitare</li> <li>- Promovează campanii de sănătate publică pentru grupurile vulnerabile;</li> </ul>
Local	Administrațiile publice locale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planifică activitatea de servicii de asistență comunitară la nivel local, inclusiv evaluarea nevoilor, integrarea cu serviciile sociale, angajarea asistenților și a mediatorilor</li> <li>- Identifică problemele medicale și sociale ale membrilor comunității, în special a celor din grupurile vulnerabile</li> <li>- Monitorizează și evaluează activitatea furnizorilor de servicii medicale comunitare</li> <li>- Facilitează colaborarea între personalul de asistență medicală comunitară și personalul de servicii sociale, centrele de sănătate mintală, medicii de familie, spitalele, CDPH</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asigură sprijin logistic pentru serviciile de asistență comunitară de sănătate (birouri, echipamente, transport, acces la internet, calculatoare, telefon);</li> <li>- Sprijină nevoile de transport ale beneficiarilor de asistență medicală comunitară;</li> <li>- Încheie un contract cadru cu medicii de familie din unitatea lor administrativă</li> </ul>
--	--	--

Alți actori interesați care ar putea fi angajați în procesul de dezvoltare, coordonare și evaluare a serviciului de asistență medicală comunitară includ Școala Națională de Sănătate Publică (de ex. elaborarea de îndrumări, formare, instrumente de monitorizare, definirea indicatorilor de rezultat etc.), Institutul Național de Sănătate Publică (de ex. colectarea de date la nivel de comunitate), asociațiile profesionale și organizațiile Romilor.

### 2.1.6 ONG-urile și organizațiile pacienților

*ONG-urile* se concentrează de obicei pe furnizarea de servicii punctuale de sănătate și servicii sociale, de exemplu în domenii precum promovarea sănătății, sănătate reproductivă, planificare familială, HIV/SIDA și asistență comunitară. O serie de ONG-uri sunt implicate în asistența la domiciliu și asistența paliativă, în cadrul unor contracte cu CJAS. Centrul Romilor pentru Politici de Sănătate se concentrează pe promovarea politicilor de sănătate și a acțiunilor în comunitățile de romi din toată țara.

*Asociațiile de pacienți* au și ele influență, prin dreptul lor oficial de a participa la ședințele comisiilor consultative speciale ale Ministerului Sănătății. De asemenea, Ministerul poartă consultări cu principalele organizații-umbrelă ale pacienților precum Colegiul Pacienților, Asociația pentru Protejarea Pacienților, Uniunea Națională a Organizațiilor Persoanelor Afectate de HIV (UNOPA), Federația Asociațiilor pentru Cancer, Federația Asociațiilor pentru Diabet și Alianța Națională a Asociațiilor pentru Boli Rare. În 2015 s-a constituit Comunitatea Asociațiilor de Pacienți<sup>40</sup>, care cuprinde în prezent 235 de organizații din România. Sunt în curs de elaborare protocoale pentru monitorizarea de către Organizațiile de Pacienți a implementării Contractelor Cadru între CNAS și furnizorii de servicii medicale.

*Reprezentarea pacienților* în procesele decizionale are loc prin consiliile administrative ale CNAS și CJAS. Pacienții sunt reprezentați în Consiliul Administrativ al FNAS de către reprezentanți de la sindicate, patronate și Consiliul Național al Vârstnicilor. Dar având în vedere că numai 33% din salariații din România sunt membri de sindicate<sup>41</sup>, aceștia fiind în cea mai mare parte angajați din sectorul public, reprezentarea nu reflectă neapărat o distribuție uniformă la nivelul tuturor salariaților din România, cu atât mai puțin a persoanelor care nu sunt angajate.

## 2.2 Părți interesate pentru incluziunea romilor

### 2.2.1 Entități guvernamentale

Principalele instituții responsabile cu implementarea Strategiei de Incluziune a Romilor la nivel central sunt: Ministerul Fondurilor Europene, Ministerul Educației Naționale, Ministerul Muncii și Justiției Sociale, Ministerul Sănătății, Ministerul Dezvoltării Regionale, Ministerul Culturii, Ministerul Finanțelor

<sup>40</sup> <http://caspa.ro/home/>, vizitat la 5 aprilie 2019

<sup>41</sup> Vlădescu C, Scîntee SG, Olsavszky V, Hernández-Quevedo C, Sagan A. Romania: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2016; 18(4):1–170.

Publice, Secretariatul General al Guvernului, Agenția Națională a Romilor, Departamentul pentru Relații Interetnice și Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării. La nivel local, instituțiile responsabile sunt: Prefecturile prin Birourile Județene pentru Romi, autoritățile publice locale și serviciile publice descentralizate.

Printre aceste instituții, Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii și Justiției Sociale și Agenția Națională a Romilor, Birourile Județene pentru Romi, APL sau alte servicii publice descentralizate, sunt sau ar putea fi relevante pentru acest Program.

*Ministerul Muncii și Justiției Sociale.* Acest minister coordonează, monitorizează și evaluează implementarea politicilor sociale care au legătură cu drepturile copiilor, problemele familiilor, persoanele cu dizabilități, vârstnici, victimele violenței domestice, grupurile vulnerabile, persoanele cu risc de sărăcie și excluziune socială. La nivel local, autoritățile județene și municipale au responsabilități comune și individuale în legătură cu diferite categorii de grupuri vulnerabile și cu furnizarea de asistență primară și asistență socială specializată.

*Agenția Națională a Romilor.* Mandatul acestei Agenții este să supravegheze politicile și strategia GR privind protecția drepturilor minorității rome. În plus, pe lângă celelalte funcții pe care le are, Agenția Națională a Romilor (ANR) colaborează cu alte organisme ale administrației publice, cu ONG-uri ale romilor și cu reprezentanți ai minorității rome pentru a evalua nevoile comunităților rome și a coordona implementarea programelor de sprijin ale acestora, implementează activități de partajare de informații, formare de capacitate și implicare, accesibile pentru comunitatea romă și evaluează impactul programelor cu finanțare externă pentru promovarea incluziunii romilor<sup>42</sup>.

### 2.2.2 ONG-uri și grupuri de lucru

Unele dintre cele mai proeminente coaliții de ONG-uri sunt: 1) Federația Democrată a Romilor, formată din cinci cele mai active ONG-uri ale romilor (Agenția Împreună, Romano Butiq, Sastipen, Partida Romilor Pro Europa, Amare Romentza) și 2) Consiliul Consultativ al Agenției Naționale a Romilor, format din mai multe ONG-uri ale romilor și pro-romi active la nivel național; 3) Coaliția pentru Nediscriminare – o structură neguvernamentală informală pentru lobby și reprezentare (*advocacy*), care cuprinde 10 organizații active în domeniul drepturilor omului în România și 4) Coaliția de Fonduri Structurale ONG.

Grupurile de lucru care reprezintă interesele romilor cuprind grupurile care au fost constituite în cadrul ministerelor, de exemplu Grupul de Lucru pentru Desegregare și grupurile de lucru de la Președinția Română (de exemplu, România Educată)<sup>43</sup>.

## 2.3 Părți interesate pentru gestionarea problemelor de gen

### 2.3.1 Entități guvernamentale

În România, egalitatea de gen este responsabilitatea a două instituții principale: Direcția pentru Șanse Egale între Bărbați și Femei de la Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Vârstnicilor și Consiliul Național Anti-discriminare. Departamentul pentru Șanse Egale între Femei și Bărbați „răspunde de

<sup>42</sup> <http://www.anr.gov.ro/>

<sup>43</sup> ,Raport de monitorizare al societății civile privind implementarea Strategiei Naționale pentru Integrarea Romilor în România'. 2018. Directoratul General pentru Directoratul General pentru Justiție și Consumatori



elaborarea, coordonarea și aplicarea strategiilor și politicilor guvernamentale în domeniul șanselor egale între bărbați și femei și exercitarea competențelor de stat în strategie și reglementare în acest domeniu.

### 2.3.2 ONG-uri

Anumite probleme de sănătate specifice femeilor au dus la crearea de asociații specializate concentrate pe promovarea sănătății femeii în domenii legate de cancerul la sân, cancerul ovarian și cancerul cervical. Activitatea acestora cuprinde campanii educaționale și de promovare, precum și reprezentarea pacienților femei în consultările cu autoritățile din domeniul sănătății din România. Câteva exemple de ONG-uri de acest fel sunt:

- Fundația Renașterea pentru Sănătatea Femeilor<sup>44</sup> – care lucrează prin campanii de sensibilizare, educație pentru sănătate și parteneriate pentru promovarea sănătății; fundația a fost creditată de Parlament cu titlul de organizație de utilitate publică și a fost implicată activ în campanii pentru prevenirea cancerului la sân;
- Coaliția pentru Sănătatea Femeilor<sup>45</sup>, inițiată de Fundația Renașterea, reunește 10 organizații de pacienți și lucrează la promovarea programelor de screening național și susținerea campaniilor de media în scopuri educaționale pe teme de sănătatea femeilor;
- Asociația Donna pentru Sănătatea Femeilor<sup>46</sup> promovează acțiunile de prevenție în domeniul cancerului la sân;
- Asociația Primul Pas<sup>47</sup> - furnizează servicii femeilor însărcinate, mamelor singure, consiliere post-avort.

Alte organizații, precum Centrul Romilor pentru Politici de Sănătate – Sastipen au elaborat și ele proiecte specifice concentrate pe sănătatea femeilor rome.

## 2.4 Părți interesate în domeniul protecției mediului

Această secțiune furnizează o prezentare a părților interesate care sunt implicate în managementul de mediu în România și care sunt relevante pentru cele două dimensiuni legate de mediu ale acestui Program: gestionarea deșeurilor medicale și adaptarea la schimbările climatice.

*Ministerul Sănătății* proiectează strategii, politici, planuri și reglementări specifice ca răspuns la nevoile de mediu (de ex. ca răspuns la indicatorul de sănătate din Planul Național de Gestionare a Deșeurilor, sau Articolul 52 din Legea nr. 211 / 2011 privind regimul deșeurilor). MS coordonează activitățile în cadrul responsabilităților sale privind sănătatea, inclusiv cele din domeniul mediului și al priorităților asociate precum: deșeurile medicale, apă potabilă de calitate, măsuri de adaptare ca reacție la evenimente naturale extreme etc. Ministerul Sănătății asigură coordonarea tehnică și medicală în privința monitorizării, raportării și evaluării informațiilor colectate despre mediu. MS cooperează cu asociații profesionale și cu ONG-uri pentru o implementare transparentă în cadrul responsabilităților sale inter-instituționale comune privind sănătatea și mediul, precum: deșeuri medicale, apă potabilă de calitate, măsuri de adaptare ca reacție la evenimente naturale extreme etc.

*Ministerul Mediului* proiectează și promovează reglementări care se ocupă de gestionarea deșeurilor, inclusiv cele relevante pentru sectorul de sănătate, precum deșeurile medicale; acest lucru este stipulat în

<sup>44</sup> <http://fundatiarenasterea.ro>, accesat la 15 aprilie 2019

<sup>45</sup> <https://www.coalitiapentrusanatateafemeii.ro>, accesat la 15 aprilie 2019

<sup>46</sup> <http://www.asociatiadonna.ro/>, accesat la 15 aprilie 2019

<sup>47</sup> <http://www.primulpas.org/>

reglementările de mediu, unde sunt trasate acțiuni specifice pentru MS. Ministerul proiectează și promovează reglementări care se ocupă de gestionarea deșeurilor, inclusiv deșeurile medicale, pentru care măsurile sunt definite în responsabilitatea MS și a altor ministere și instituții la nivel central. De asemenea, pregătește Strategiile Naționale de Gestionare a Deșeurilor, precum și Planurile Naționale de Gestionare a Deșeurilor și este implicat în principal în elaborarea de legislație privind gestionarea deșeurilor pentru toate sectoarele. Planurile Regionale de Gestionare a Deșeurilor sunt elaborate de ALPM-uri, în cooperare cu autoritățile locale ale fiecăruia din cele 41 de județe și ale Bucureștiului.

În plus, MM răspunde de coordonarea gestionării deșeurilor la nivel național, aplicarea fiind asigurată la nivel local de Agențiile Locale de Protecția Mediului (ALPM) în cooperare cu autoritățile locale, direcțiile locale de sănătate publică și operatorii de salubritate. Garda Națională de Mediu a României (GNM) și Agenția Națională de Protecția Mediului (ANPM) își asumă responsabilitatea pentru a asigura gestionarea deșeurilor în conformitate cu normele privind protecția mediului.

MM și ALPM-urile au sarcina să reglementeze autorizațiile de mediu, să avizeze și să supravegheze gestionarea deșeurilor, precum și să înregistreze și să colecteze informații și date. La nivel local, autorizațiile de mediu pentru toate activitățile care generează deșeurii și pentru toți operatorii care asigură servicii municipale privind deșeurile sunt emise de ALPM-uri.

Pe baza acestui cadru, alte autorități elaborează și promovează propria lor legislație asociată cu sănătatea și mediul. Pentru aceste reglementări, organismele respective cer avizul Ministerului Mediului și/sau al subordonațiilor teritoriale ai acestuia. MM asigură și coordonarea tehnică și metodologică, în sensul monitorizării, raportării și evaluării, și transmite anual un raport către Guvernul Român, privind starea gestionării deșeurilor și conformarea cu reglementările europene și naționale în domeniul gestionării deșeurilor.

*Ministerul Apelor și Pădurii* coordonează activitatea integrării cerințelor privind planificarea strategică, managementul apelor și hidrologia, hidrogeologia în alte politici sectoriale, în conformitate cu cerințele și standardele europene și internaționale. Principalele direcții de activitate relevante pentru obiectivul acestei analize sunt: gestionarea riscului de inundații, siguranța barajelor, siguranța digurilor și planificarea bazinelor hidrografice.

*Agenția Națională de Protecția Mediului (ANPM)* planifică, monitorizează și autorizează activitățile din toate sectoarele, din punctul de vedere al aspectelor de mediu. Această Agenție își implementează strategiile, politicile și reglementările la nivel național, regional și local. La nivel local, activitatea este efectuată prin Agențiile locale de Protecția Mediului (ALPM), care asigură asistență și efectuează procedurile legale asociate cu autorizațiile de mediu, inclusiv pentru gestionarea deșeurilor la nivelul serviciilor și facilităților medicale.

*Institutul Național de Sănătate Publică (INSP)* are sarcina de a monitoriza și de a supraveghea starea de sănătate în legătură cu factorii poluanți din mediu necesitatea de o aplicare mai bună și necesitatea de a ține seama de caracterizarea riscurilor și de modalitățile de a comunica potențialele riscuri de mediu către populație. Aceasta este o responsabilitate în cadrul sferei de responsabilități a Institutului Național de Sănătate Publică, în strânsă colaborare cu autoritățile centrale și locale care răspund de sănătate și de starea mediului la nivel național și sub-național. Este necesară intensificarea abordării preventive, a gradului de pregătire și a capacității de răspuns la problemele și amenințările de mediu, inclusiv cele asociate cu schimbările climatice care apar, pentru a răspunde corespunzător la nevoile identificate.

Centrele regionale de sănătate publică, care asigură coordonarea regională și execuția la nivel profesional a Institutului, sunt: a) Centrul Regional de Sănătate Publică București (CRSPB); b) Centrul Regional de



Sănătate Publică Cluj (CRSPC); c) Centrul Regional de Sănătate Publică Iași (CRSPI); d) Centrul Regional de Sănătate Publică Timișoara (CRSPT); e) Centrul Regional de Sănătate Publică Târgu Mureș (CRSPM); f) Centrul Regional de Sănătate Publică Sibiu (CRSPS).

*Garda Națională de Mediu (GNM)* și inspectoratele teritoriale subordonate acesteia reprezintă organismul specializat al administrației publice centrale, cu personalitate juridică, finanțat integral din bugetul de stat, subordonat Ministerului Mediului și însărcinat cu controlul conformării unităților cu autorizațiile de reglementare și cu controlul poluărilor accidentale. Garda Națională de Mediu este un organism de control care poate lua măsura de a sancționa, suspenda sau închide orice activitate dacă pot apărea poluări și/sau daune din punct de vedere al mediului. Acest organism și inspectoratele sale teritoriale răspund de asigurarea controlului implementării profesionale, uniforme și integrate a politicii Guvernului de aplicare a legislației naționale armonizate cu legislația comunitară în domeniul protecției mediului.

*Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS)* și organismele sale teritoriale, Casele Județene de Sănătate, reprezintă principalul sistem de finanțare a asigurărilor de sănătate ale cetățenilor, care asigură accesul la un pachet de bază de servicii, fiind obligatoriu și funcționând ca un sistem unitar. CNAS participă la stabilirea obiectivelor programelor de sănătate publică, în colaborare cu Ministerul Sănătății Publice, Colegiul Medicilor din România, reprezentanți ai factorilor de elaborare a politicilor, spitale și clinici universitare, unități de cercetare, organizații neguvernamentale, sindicate și patronate, ministere și instituții centrale cu propria lor rețea sanitară. CNAS elaborează norme metodologice pentru implementarea contractului cadru, în consultare cu Colegiul Medicilor din România, Colegiul Farmaciștilor din România, Colegiul Stomatologilor din România, Ordinul Asistenților Medicali, Ordinul Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor din România, precum și cu organizații reprezentative și organizații patronale în domeniul medical, până la 15 decembrie al anului curent pentru anul următor, aprobate de MO. CNAS elaborează previziuni, strategii, studii și analize privind dezvoltarea, exploatarea, eficiența și performanța Sistemului de Asigurări de Sănătate în România în vederea îmbunătățirii acestuia.

*Direcțiile Județene de Sănătate Publică (DJSP)* furnizează în principal îndrumări tehnice și metodologice pentru furnizorii de servicii comunitare de sănătate la nivel local. Aceste direcții asigură și sprijinul tehnic (de ex. evaluarea nevoilor, prioritizare etc.) și sprijină administrațiile locale în planificarea serviciilor medicale comunitare. Promovează campanii de sănătate publică pentru grupurile vulnerabile.

La nivel regional și local, toate organismele centrale menționate au reprezentanți, precum APM-urile locale, pentru a furniza asistență și a desfășura proceduri în legătură cu autorizarea de mediu, inclusiv pentru gestionarea deșeurilor la nivelul serviciilor medicale sau al cabinetelor de medicină de familie. Procesul de documentare pentru elaborarea ESSM a presupus vizite în teren în două localități în regiunea de sud a României, Bărbulești și Țândărei. Ca urmare a acestor vizite și interviuri cu personalul medical, s-a constatat prezența contractelor cu operatori autorizați în ceea ce privește gestionarea deșeurilor medicale. Totodată, a fost constatată periodicitatea cu care se ridică deșeurile colectate selectiv, existând o relativitate legată de perioadele de colectare, existând cazuri în care colectarea se realizează la perioade mari (cinci-șase luni).

Pe baza structurii instituționale guvernamentale, există comitete și comisii speciale, stabilite prin lege, operaționale în cazul în care se produc catastrofe naturale, evenimente extreme sau evenimente adverse. Un exemplu este Sistemul Național de Gestionare a Situațiilor de Urgență, care funcționează în baza Ordinului Ministerial nr. 1422/192 din 6 mai 2012 pentru aprobarea Reglementării pentru gestionarea situațiilor de urgență generate de inundații, fenomene meteorologice periculoase, accidente la construcțiile hidrotehnice, poluare accidentală a cursurilor de apă și poluare marină în zonele de coastă.

*Administrația Publică Locală* are responsabilități concrete în ceea ce privește mediul și sănătatea, activități

de planificare pentru situațiile de urgență asociate cu evenimente extreme de mediu, popularizarea măsurilor de adaptare ca urmare a schimbărilor climatice etc. Se ocupă de activități pentru sănătatea comunitară la nivel local, inclusiv evaluarea nevoilor, integrarea cu serviciile sociale, angajarea asistenților și a mediatorilor, identificarea problemelor medicale și sociale ale membrilor comunității, mai ales a celor din grupurile vulnerabile, monitorizarea și evaluarea activității furnizorilor de servicii comunitare de sănătate, facilitarea colaborării între personalul din serviciile comunitare de sănătate și personalul serviciilor sociale, centrele de sănătate mintală, medicii de familie, spitale etc.

*Comitetele Speciale Naționale de Urgență* au fost înființate în conformitate cu Ordinul Ministerial comun nr. 1422 / 192/2012 pentru aprobarea Reglementării privind gestionarea situațiilor de urgență în caz de inundații, fenomene meteorologice periculoase, accidente la construcțiile hidrotehnice și poluarea accidentală a cursurilor de apă și poluarea marină în zone de coastă. Anexa conține „REGLEMENTĂRILE privind gestionarea situațiilor de urgență în caz de inundații, fenomene meteorologice periculoase, accidente la construcțiile hidrotehnice, poluarea accidentală a cursurilor de apă și poluarea marină în zonele de coastă”.

*Administrația Națională de Meteorologie* este autoritatea națională în domeniul meteorologic din România, funcționând continuu din anul 1884. România este membru fondator al Organizației Meteorologice Internaționale și, începând cu anul 1947, membru al Convenției pentru înființarea Organizației Meteorologice Internaționale. Principalele responsabilități ale ANM sunt protejarea meteorologică a vieții și bunurilor, dezvoltarea sustenabilă și îmbunătățirea calității vieții și domenii precum meteorologia, cercetarea fundamentală, monitorizarea sistematică și completă a vremii, schimbul internațional de date și integrarea cu Monitorizarea Meteorologică Globală. România are o vastă experiență în monitorizarea și controlul evenimentelor extreme la nivel național, cu o istorie de 120 de ani de observare, previziuni și studii de caz efectuate de Serviciul Meteorologic Național. Savanții de la Administrația Națională de Meteorologie sunt implicați activ în prevenirea și atenuarea tuturor riscurilor naturale care afectează mediul și agricultura, precum și în diseminarea de previziuni specializate și de consultare pentru factorii decizionali și alți utilizatori finali (fermieri, cetățeni).<sup>48</sup> Un obiectiv general este dezvoltarea unui sistem de avertizare și a instrumentelor pentru evaluarea evenimentelor extreme (inundații și secetă) pentru a îmbunătăți gestionarea resurselor de apă și a împiedica riscul de dezastre.

Un alt rol important este atribuit *Ministerului Afacerilor Interne*, cu Departamentul pentru Situații de Urgență din cadrul acestuia, care răspunde de coordonarea națională a acțiunilor de prevenire și gestionare a situațiilor de urgență, asigurarea și coordonarea resurselor umane, materiale, financiare și de altă natură necesare pentru reinstaurarea normalității, inclusiv primul ajutor specializat și asistență medicală de urgență în Unitățile și Centrele de Asistență de Urgență. DSU coordonează Inspectoratul General pentru Situații de Urgență (IGSU) și Inspectoratul General pentru Aviație (cu privire la misiunile medicale); de asemenea, asigură coordonarea operațională a serviciilor de ambulanță în județe și în București pentru UPU/CPU și pentru serviciile publice de salvamont.

În general există o abordare comună și convergentă între ministere și alte autorități guvernamentale de la nivel central în raport cu sectorul de sănătate și cu sectorul de mediu, începând cu strategiile și politicile elaborate de fiecare dintre Ministerele Guvernului României. În prezent, Ministerul Mediului conduce pregătirea reglementărilor de mediu în sector și analizează alocarea de responsabilități specifice către celelalte autorități. În cadrul guvernamental actual, Ministerul Apelor și Pădurilor își are propriul său rol și propriile responsabilități în legătură cu gestionarea cursurilor de apă. Aceasta creează un cadru între MS și

<sup>48</sup> <http://www.inmh.ro/>

cele două ministere în ceea ce privește rolurile și inter-cooperarea, acest cadru incluzând și alte entități la nivel local.

Organizațiile neguvernamentale (ONG-uri) relevante pentru Program ar putea fi selectate pe baza programelor pe care le-au efectuat deja în domeniul mediului și sănătății<sup>49</sup>.

*Alianța Pacienților cu Boli Cronice din România* <https://aliantapacientilor.ro/><sup>50</sup>; Misiunea imediată a Alianței Pacienților cu Boli Cronice din România este să determine autoritățile să consulte permanent pacienții, în termeni reali, cu privire la modificările pe care intenționează să le facă la sistemul de asistență medicală și să facă drepturile pacienților cunoscute și respectate în România. Printre membrii acestei Alianțe se numără următoarele organizații<sup>51</sup>: Federația Asociațiilor de Cancer, Asociația Pacienților cu Boli Hepatice din România, Asociația pacienților cu boli autoimune din România, Asociația Națională a pacienților cu hemofilie din România etc.

*Organizația pentru Protecția Mediului*<sup>52</sup> este o platformă de mobilizare socială și voluntariat pentru protecția mediului. Este un instrument de comunicare atât cu autoritățile, cât și cu părțile interesate, pentru găsirea de soluții la problemele de mediu. Dezvoltarea acestei platforme are în vedere trei direcții principale: (i) facilitarea comunicării între ONG-uri și voluntari, prin promovarea acțiunilor, ideilor și inițiativelor asociațiilor locale; (ii) organizarea voluntarilor în grupuri de acțiune pentru cauzele pe care le susțin aceștia și (iii) promovarea soluțiilor de mediu identificate, pentru ca acestea să devină măsuri legislative.

---

<sup>49</sup> [http://www.cdep.ro/informatii\\_publice/ong2015.pe\\_com](http://www.cdep.ro/informatii_publice/ong2015.pe_com)

<sup>50</sup> <https://aliantapacientilor.ro/>

<sup>51</sup> <https://aliantapacientilor.ro/organizatii/>

<sup>52</sup> <https://www.protectiamediului.org/>

### 3. DESCRIEREA SISTEMULUI DE MANAGEMENT SOCIAL AL PROGRAMULUI

Nu există un cadru sau un sistem social general care să se aplice în mod particular sectorului medical din România, cadru care ar permite analizarea instituțiilor și reglementărilor în ceea ce privește asigurarea unui acces echitabil și incluziv la serviciile de AMP. Prin urmare, descrierea "sistemului de gestionare a efectelor sociale" pentru acest Program se bazează pe o analiză a cadrului legislativ și instituțional aferent sectorului sănătății, care este coroborată cu prioritățile GR în ceea ce privește incluziunea socială a grupurilor vulnerabile.

#### 3.1 Sănătate

##### 3.1.1 Cadrul legislativ

Printre principalele elemente de legislație cu relevanță pentru Program se numără Legea nr. 46/2003 cu privire la drepturile pacienților, Legea nr. 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal, Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și OG nr. 18/2017 privind asistența medicală primară. Anexa 2 conține o listă cu alte acte normative cu relevanță pentru domeniul sănătății și incluziunii sociale din România.

##### *Cadrul legislativ*

- Legea nr. 145/1997 privind asigurările sociale de sănătate a instituit contractul cadru care definește drepturile populației asigurate și condițiile de furnizare a asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aplicabile pentru toți furnizorii, inclusiv medicii de familie/medicii de medicină generală, precum și sistemul de plată și stimulente aferente acestor servicii.
- Legea privind drepturile pacienților, din 2003 și Legea privind prelucrarea datelor cu caracter personal, din 2004. Ambele legi conțin prevederi care obligă furnizorii să afișeze în unitățile medicale declarații privind drepturile pacienților și stabilesc obligația autorităților din domeniul sănătății de a emite rapoarte anuale de conformitate. Ambele legi stabilesc următoarele drepturi ale pacienților.
  - Dreptul de a fi informat. Pacienții au dreptul să fie informați cu privire la serviciile de sănătate disponibile, la calificările furnizorilor de asistență medicală și la reglementările privind funcționarea unităților medicale. De asemenea, pacienții trebuie să fie informați cu privire la starea lor de sănătate, în mod politic și într-un limbaj fără termeni tehnici.
  - Dreptul la consimțământ informat. Pacienții au dreptul să își dea consimțământul informat pentru serviciile medicale pe care le primesc și trebuie să li se explice consecințele refuzului tratamentului. De asemenea, trebuie obținut consimțământul pacientului pentru ca acesta să fie inclus în cercetări sau cursuri medicale. Dacă pacientul nu are capacitatea să fie implicat în procesul decizional, trebuie să se obțină consimțământul de la reprezentantul său legal.
  - Dreptul la confidențialitate. Pacienții au dreptul la protecția confidențialității informațiilor privind starea lor de sănătate, tratamentul primit și informațiile personale. De asemenea, pacienții au dreptul la confidențialitate privind viața lor de familie sau viața personală, în afară de cazul în care acest lucru interferează cu tratamentul sau le pune în pericol viața – a lor sau a altor persoane.

- Dreptul la asistență medicală. Pacienții au dreptul la asistență medicală, inclusiv asistență paliativă. Serviciile trebuie furnizate de personal acreditat sau de unități medicale, cât mai aproape posibil de mediul pacientului. Raționalizarea resurselor insuficiente trebuie făcută pe criterii medicale.

Tabelul 4 prezintă tipurile de informații care trebuie furnizate pacienților.

**Tabel 4: Tipuri de informații disponibile pentru pacienți**

Tip de informații	Unde sunt furnizate?	Ce tip de informații sunt furnizate?	Există obligația legală de a furniza aceste informații?
Informații privind beneficiile legale	Paginile de internet ale CNAS și ale CJAS-urilor	Gama de servicii incluse, inclusiv serviciile furnizate în străinătate	Legea 95/2006
Informații comparative privind calitatea furnizorilor (de ex. doctori)	Pagini de internet independente care furnizează informații privind serviciile de sănătate și furnizorii de servicii (de ex. <a href="http://www.doctorbun.ro">www.doctorbun.ro</a> )  Pagini de internet independente dedicate diferitelor teme de sănătate  (de ex. <a href="http://www.desprecopii.ro">www.desprecopii.ro</a> , <a href="http://www.kudika.ro">www.kudika.ro</a> )	Gama de servicii incluse și informații de contact  În principal opinii subiective ale pacienților	Nu  Nu
Informații comparative privind spitalele	n/a <sup>a</sup>	n/a	Nu
Informații comparative privind calitatea spitalelor	n/a <sup>b</sup>	n/a	Nu
Informații privind rezultatele clinice ale spitalelor	n/a	n/a	Nu
Informații privind timpul de așteptare la spital	n/a <sup>b</sup>	n/a	Nu
Accesul pacienților la propria fișă medicală	La nivel de furnizor	Informații despre diagnostic, tratament și costuri (la cerere)	Legea 95/2006, Legea 46/2003 privind drepturile pacienților
Informații interactive pe internet sau telefonice 24/7	Linia telefonică a Coaliției Organizațiilor Pacienților cu Boli Cronice din România ( <a href="http://www.copac.ro">http://www.copac.ro</a> )	Drepturile pacienților, importanța consultațiilor preventive, problemele pacienților privind accesul la servicii de sănătate	Nu
Informații privind satisfacția pacienților colectate (sistematic sau ocazional)	Chestionare utilizate de diferite spitale (nu există studiu la nivel național);  Formulare online	Opinii privind calitatea serviciilor; reclamații	Ordinul Ministerului Sănătății 146/2015 privind implementarea mecanismelor de feedback de la pacienți
Informații privind erorile medicale	n/a <sup>c</sup>	n/a	Legea 95/2006

Sursa: Analiza sistemului de sănătate din România, 2016

Principala evoluție din ultimii ani în ceea ce privește drepturile pacienților a fost transpunerea în legislația națională a legislației UE, inclusiv a Directivei 2011/24/UE a Parlamentului European și a Consiliului privind aplicarea drepturilor pacienților în asistența medicală transfrontalieră. Drepturile prevăzute în Carta Europeană a Drepturilor Pacientului sunt incluse și în legislația națională, inclusiv: dreptul la măsuri de prevenție, alegerea liberă, respect pentru timpul pacientului, respectarea standardelor de calitate, siguranță, inovare, evitarea suferinței și durerii necesare, tratament personalizat, reclamații și despăgubiri.

- Legea 95/2006 privind Reforma în domeniul sănătății. Această lege stabilește rolurile, responsabilitățile și cadrul instituțional pentru cabinetele de asistență medicală primară – serviciile pe care le furnizează, mecanismele de contractare și plată cu CNAS și cu CJAS-urile, cerințele profesionale pentru medicii de familie etc.
- Ordonanța de urgență 18/2017 privind asistența medicală comunitară. Această Ordonanță reglementează în mod detaliat rețeaua de asistență medicală comunitară, formată din asistenți comunitari, mediatori sanitari pentru romi și moașe. De asemenea, stabilește bazele pentru centrele comunitare integrate, căutând să stimuleze o mai bună integrare a diferiților furnizori medicali și sociali la nivel local<sup>53</sup>. De asemenea, legea este mult mai detaliată în comparație cu reglementările anterioare privind asistența comunitară și asigură baza pentru formare, monitorizare, îndrumări, protocoale de colaborare cu medicii de familie și cu alți furnizori etc.

### *Guvernanță*

Contractul cadru este principalul instrument legislativ care reglementează achiziția de servicii de sănătate. Acesta este elaborat de CNAS, în consultare cu reprezentanții furnizorilor de servicii, cu pacienții și cu societatea civilă. Este aprobat de Ministerul Sănătății și adoptat prin Hotărâre de Guvern. Contractul cadru conține o definiție a pachetului legal de beneficii și informații privind condițiile în care pacienții pot să obțină servicii, mecanismele de plată pentru furnizor, relația dintre furnizori și CJAS-uri, termenii contractuali (de ex. criteriile de calitate pentru furnizori), drepturile și obligațiile furnizorilor și transpunerea reglementărilor UE cu relevanță pentru furnizarea de servicii de sănătate.

Contractul cadru și normele acestuia formează baza pentru încheierea de contracte individuale între CJAS-uri și furnizorii de servicii de sănătate. Contractele trebuie să țină seama de următoarele criterii: numărul de rezidenți înscrși la medicii de familie, numărul de paturi de spital, durata medie a spitalizării (DMS), numărul de consultații etc. Aceste criterii sunt asociate cu nevoile populațiilor locale, dar și cu infrastructura și cadrele medicale existente. CJAS-urile monitorizează îndeplinirea contractelor. Toată activitatea CJAS-urilor este monitorizată și controlată de CNAS conform unui plan de control și monitorizare.

### *Planificarea resurselor umane*

Principalul act legislativ care reglementează organizarea și funcționarea furnizorilor de servicii de sănătate este Legea 95/2006. Ministerul Sănătății elaborează legislația secundară privind normele tehnice necesare pentru emiterea autorizațiilor pentru înființarea și funcționarea furnizorilor de servicii de sănătate și, împreună cu CNAS, legislația secundară privind furnizarea de servicii, inclusiv normele de calitate.

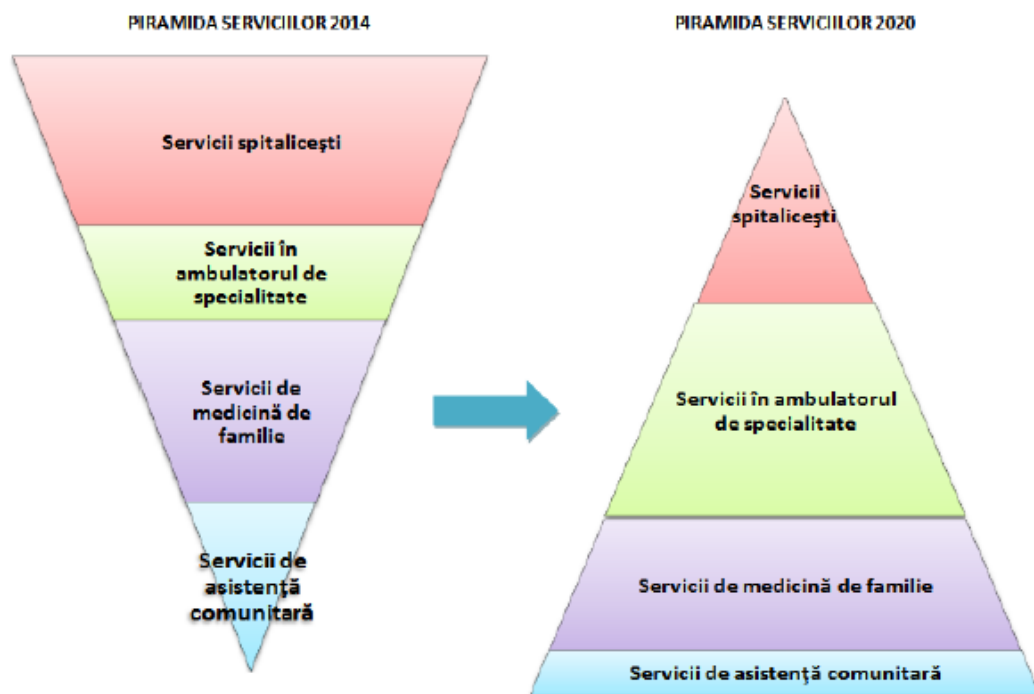
Ministerul Sănătății controlează, atât direct, cât și indirect, numărul de cadre de sănătate din sistem. Controlul direct este exercitat prin aprobarea numărului de posturi și a tipurilor de specialități medicale în unitățile medicale de stat. Controlul indirect este exercitat prin emiterea de reglementări în cooperare cu asociațiile profesionale, pentru a asigura o distribuție geografică mai bună a resurselor umane.

<sup>53</sup> [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_romania\\_english.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_romania_english.pdf)

Guvernul României a făcut eforturi succesive în reforma asistenței medicale primare. Un pas intermediar în profesionalizarea medicinei de familie și a asistenței primare a fost Legea reformei în domeniul sănătății din 2006, care a acoperit toate domeniile din sectorul sănătății și a inclus toată legislația anterioară adaptată ca parte a conformării cu acquis-ul comunitar. În același an, Comisia Prezidențială pentru Analiza și Elaborarea de Politici în Domeniul Sănătății Publice a publicat raportul intitulat *Un sistem de sănătate orientat pe nevoile cetățeanului*, descriind viziunea unei integrări orizontale a furnizorilor de servicii de sănătate, cu asistența primară ca element principal<sup>54</sup>.

### 3.1.2 Strategie

Figura 2: Viziunea schimbării în Strategia pentru sănătate 2014-2020



Sursa: Strategia Națională de Sănătate 2014-2020

În februarie 2012, MS a elaborat și a aprobat o strategie cuprinzătoare pentru dezvoltarea asistenței medicale primare în România<sup>55</sup> și un plan de acțiune aferent. Această strategie s-a concentrat pe rolul asistenței primare ca fiind cuprinzătoare, disponibilă, și responsabilă cu asigurarea continuității asistenței cu alți furnizori. Strategia națională pentru sănătate 2014-2020 continuă în aceeași linie, oferind o viziune națională integrată privind furnizarea de servicii medicale, care se concentrează pe restructurarea piramidei de servicii, actualmente ineficientă, și asigurarea treptată a unei cuprinderi mai vaste a nevoilor de sănătate ale populației prin servicii de sănătate furnizate la baza sistemului (servicii comunitare, servicii de asistență medicală furnizate de medicul de familie și asistență specializată în ambulator).

Ca parte din prioritatea acestei Strategii, de a asigura accesul la servicii de sănătate de calitate și eficiente din punct de vedere al costurilor, asistența medicală comunitară integrată și cuprinzătoare este identificată

<sup>54</sup> 'Analiza sistemului de sănătate din România'. Sisteme de sănătate în tranziție. Observatorul european de sisteme și politici de sănătate. Vol. 18 nr. 4 2016

<sup>55</sup> Cu sprijinul Proiectului de Reformă în sectorul de sănătate II (împrumut BIRD 47600)



ca fiind un mijloc eficient din punct de vedere al costurilor pentru a asigura acces la serviciile medicale de bază. Acest model de asistență comunitară va implica integrarea cu asistența primară, asistența medicală specializată, asistența școlară și serviciile sociale.

### 3.1.3 Resurse umane

În ciuda tendințelor de creștere, în 2013, numărul de medici și asistenți medicali la 100.000 locuitori era relativ scăzut în România: 248 doctori la 100 000 de persoane, în comparație cu 347 în UE și 581 asistenți medicali la 100 000 persoane în comparație cu 850 în UE. În 2013, 23,5% dintre medici erau specializați pe medicina de familie, ceea ce înseamnă mai puțin decât în 2010 (29%) și în neconcordanță cu eforturile de a consolida rolul asistenței primare<sup>56</sup>.

Rețeaua de asistenți medicali comunitari și mediatori sanitari pentru comunitățile Roma variază considerabil de la un județ la altul. Deși mediatoarele sanitare sunt prevăzute legal să deservească o comunitate de 700 de persoane, o evaluare independentă realizată pentru MS în 2012 arăta că numărul mediu de persoane raportat la o mediatoare sanitară în zonele analizate era de 1108<sup>57</sup>.

Similar, un asistent medical comunitar ar trebui să deservească 500 de persoane, conform normelor de standard de cost curente. Dat fiind că normele de aplicare aferente legislației asistenței medicale comunitare nu sunt aprobate (la momentul elaborării acestui raport), și, în consecință, planificarea resurselor umane pe plan local nu este reglementată, iar eforturile de a evalua nevoile la nivelul populației cât și sistemul de monitorizare al AMC sunt în stadii incipiente, numărul de persoane deservite de asistentele medicale comunitare nu este cunoscut. Întrucât aria de intervenție a acestor asistente ține de asigurarea serviciilor de bază pentru persoanele vulnerabile și cele cu boli cronice, prioritizarea muncii lor pe plan local trebuie realizată în baza unei analize socio-medicale. Un proiect pilot de monitorizare și raportare la nivelul asistenței comunitare este implementat de MS, poate constitui baza unei evaluări a gradului de încărcare curentă a resurselor umane disponibile și a unei planificări la nivelul APL-urilor, odată cu aprobarea normelor metodologice.

### 3.1.4 Cadru instituțional pentru asistența medicală comunitară

Prin Strategia Națională de Sănătate 2014-2020, Ministerul Sănătății a definit un obiectiv privind dezvoltarea de servicii de asistență medicală comunitară integrate și cuprinzătoare, în principal pentru populația din mediul rural și pentru grupurile vulnerabile, inclusiv populația romă. Centrele comunitare trebuie să integreze servicii medicale, sociale și educaționale la nivel local, creând echipe formate din asistent medical comunitar, asistent social, mediator educațional și mediator sanitar pentru comunitățile Roma. Principalele zone-țintă pentru centrele integrate sunt localitățile marginalizate, așa cum sunt definite în atlasele de marginalizare urbană și rurală<sup>58</sup>, cu scopul de a aborda reducerea sărăciei și incluziunea socială într-un mod integrat în aceste comunități.

Conceptul de centre comunitare integrate a fost modelat de schimbări ale cadrului legislativ privind asistența medicală comunitară, de strategii naționale în domeniile sănătății, incluziunii sociale și reducerii

<sup>56</sup> 'Analiza sistemului de sănătate din România'. Sisteme de sănătate în tranziție. Observatorul european de sisteme și politici de sănătate. Vol. 18 nr. 4 2016

<sup>57</sup> 'Medierea de sănătate pentru romi în România'. Studiu de caz. Copenhaga, Biroul Regional al OMS pentru Europa, 2013. Seria Studii de caz privind sănătatea romilor, nr. 1.

<sup>58</sup> Atlasul zonelor rurale marginalizate și al dezvoltării umane locale în România, Banca Mondială, 2016 și Atlasul zonelor urbane marginalizate, Banca Mondială, 2014

sărăciei, educației, precum și de aprobarea protocolului comun<sup>59</sup> al celor trei ministere de a dezvolta și a coordona implementarea acestor echipe. Cadrul instituțional la nivel central nu este încă prezent, însă un proiect recent, finanțat de UE, „Dezvoltarea și implementarea de servicii comunitare integrate pentru reducerea sărăciei și incluziune socială”<sup>60</sup>, desfășurat în perioada 2018-2022, va testa conceptul în 139 de așezări rurale și așezări urbane mici (administrații publice locale care au un grad de marginalizare peste medie și chiar sever).

Un alt proiect recent, „Consolidarea rețelei naționale de mediatori sanitari pentru populația romă”<sup>61</sup>, implementat în perioada 2014-2016, a avut ca rezultat crearea de 45 de centre medicale comunitare, formate din asistenți medicali comunitari și mediatori sanitari pentru comunitățile Roma în 45 de așezări rurale, concentrându-se pe sănătatea mamei și copilului, sănătatea reproductivă și tuberculoza rezistentă la medicamente multiple.

### 3.1.5 Calificări și formare pentru asistenți medicali și mediatorii sanitari

Formarea pentru asistenți durează trei ani în școlile sanitare (școli profesionale) după finalizarea liceului sau patru ani în colegiile universitare. Asistenții se pot specializa în mai multe discipline: laborator, sănătate publică și igienă, balneo-fizioterapie, radiologie, nutriție. Specializarea durează un an. Dezvoltarea profesională continuă a asistenților este validată la fiecare cinci ani, prin acumularea unui număr suficient de puncte de educație continuă. Dacă nu a fost obținut numărul minim de puncte, asistentul trebuie să dea examene de revalidare<sup>62</sup>.

Majoritatea mediatorilor sanitari sunt femei de etnie; acestea trebuie să fie absolvente de școală secundară. Cursurile de formare în medierea sanitară cuprind două module: 1) Formare teoretică: Modulul „Noțiuni de mediere sanitară”, furnizat de formatori de la Romani CRISS și 2) Formare practică și permanentă: Modulul „Educație pentru sănătate”, furnizat de coordonatorul de mediatori sanitari de la Autoritatea de Sănătate Publică. Însă cei mai mulți mediatori sanitari nu beneficiază de formare continuă. Conform unui studiu efectuat de Programul de Sănătate Publică al fundației Open Society, mediatorii sanitari pentru romi ar dori formare suplimentară în domenii precum sănătatea reproductivă, îngrijirea nou-născutului, cancer, legislația anti-discriminare și teme de management, precum cursuri de calculator sau scrierea de proiecte. De asemenea, nu există un sistem centralizat pentru a ține evidența programelor de formare și a cursurilor furnizate mediatorilor respectivi<sup>63</sup>.

### 3.1.6 Analiza comparativă și monitorizare

MS măsoară în mod regulat rezultatele în domeniul asistenței medicale pentru mamă și copil cu ajutorul a șase indicatori, derivați din Programele Naționale de Sănătate, respectiv numărul de: femei însărcinate înregistrate pentru monitorizare, copiii care primesc profilaxie cu fier, copiii care primesc profilaxie cu vitamina D, femei însărcinate cu risc de malformații și risc genetic testate pentru identificarea anemiei, femei însărcinate care primesc sprijin informațional și vaccinuri administrate<sup>64</sup>.

<sup>59</sup> [http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Legislatie/Asistenta-sociala-2018/Ordin\\_393\\_2017\\_la\\_18-01-2018.pdf](http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Legislatie/Asistenta-sociala-2018/Ordin_393_2017_la_18-01-2018.pdf), accesat la 20 martie 2019

<sup>60</sup> <http://www.ms.ro/2018/11/26/demararea-proiectului-pocu-122607-crearea-si-implementarea-serviciilor-comunitare-integrate-pentru-combaterea-saraciei-si-a-excluziunii-sociale/>, accesat la 10 aprilie 2019

<sup>61</sup> <https://insp.gov.ro/sites/2/>

<sup>62</sup> ‘Analiza sistemului de sănătate din România’. Sisteme de sănătate în tranziție. Observatorul european de sisteme și politici de sănătate. Vol. 18 nr. 4 2016

<sup>63</sup> Proiectul pentru sănătatea romilor Program de sănătate publică al Open Society. 2011. Fundația pentru o Societate Deschisă

<sup>64</sup> ‘Evaluarea structurii și furnizării de asistență primară în România’. 2012. Biroul Regional al OMS pentru Europa

CNAS colectează date lunare în format electronic privind rețetele de medicamente, serviciile furnizate și utilizarea resurselor, aferente fiecărui medic de medicină generală în parte. Datele privind consumul de medicamente în asistența primară sunt discutate de Colegiul Medicilor și companiile farmaceutice și sunt evaluate în fiecare an la negocierile privind contractul cadru, datele influențând nivelul de plată a medicamentelor.<sup>65</sup>

O dată la doi ani, Centrul Român pentru Politici de Sănătate (CRPS) măsoară satisfacția pacienților și/sau opiniile medicilor privind sistemul de asistență medicală. Rezultatele sunt discutate de obicei în ședințe deschise cu reprezentanții părților interesate precum Colegiul Medicilor, Ministerul Sănătății, CNAS și asociațiile pacienților<sup>66</sup>.

În ceea ce privește medierea sanitară comunitară, monitorizarea și evaluarea activităților mediatorilor sanitari sunt delegate direcțiilor județene de sănătate publică, organizațiile romilor fiind responsabile cu monitorizarea eficienței și condițiilor de lucru ale mediatorilor. Monitorizarea constă în principal în analizarea rapoartelor de activitate elaborate de mediatori și contra-semnate de medicii cu care colaborează aceștia.

Totuși, în mod obișnuit, medicii și reprezentanții direcțiilor județene de sănătate publică nu fac o verificare empirică a datelor furnizate de mediatori. De asemenea, rapoartele de activitate sunt în general formale și cantitative, folosind modele care nu permit o înregistrare precisă a tuturor activităților implementate în comunitate. Evaluarea activităților nu este comparativă și, de obicei, mediatorii sanitari nu primesc feedback. Ca urmare, abordarea actuală în ceea ce privește monitorizarea nu contribuie la standardizarea practicilor de mediere, ci oferă mediatorilor foarte mult spațiu de manevră în îndeplinirea sarcinilor<sup>67</sup>.

### 3.1.7 Gestionarea informațiilor

Principalul și cel mai vechi sistem de informații în domeniul sănătății este gestionat de Ministerul Sănătății prin Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică de la INSP. Sistemul colectează un volum foarte mare de date, în principal privind serviciile de sănătate și gradul de utilizare (ex. numărul de consultații medicale, zile de internare, durata medie a internării sau gradul de ocupare a paturilor) și date privind morbiditatea. Datele sunt publicate anual în rapoarte statistice și în buletine specifice (de ex. există un buletin privind cauzele deceselor), care sunt restricționate la nivelul unităților de asistență medicală și nu sunt disponibile public. Totuși, ele pot fi puse la dispoziția publicului în baza unei cereri. Datele sunt agregate la nivel de județ, iar agregarea reflectă diferite niveluri de asistență și grupuri de populație.

Accesul la datele dezagregate sau individuale este dificil la nivel național; de exemplu, nu se pot obține date privind activitatea și costurile furnizorilor individuali. Accesul la date dezagregate este dificil și la nivel județean, deoarece nu toate datele sunt disponibile public. De asemenea, furnizorii de servicii de sănătate care furnizează date nu primesc feedback și, ca urmare, furnizorii nu se pot compara cu ușurință cu alți furnizori și nu pot lua decizii pe baza acestor date.

CNAS gestionează SIUI (sistemul informatic unic integrat). Acesta colectează informații despre peste 26.000 furnizori de servicii de sănătate care au contracte cu CJAS-urile și despre 21 milioane de persoane asigurate. Datele cuprind informații medicale despre pacienți, precum date despre serviciile medicale primite, informații economice privind furnizorii și administrarea FNAS (de ex. costurile curente ale CJAS-

<sup>65</sup> Evaluarea structurii și furnizării de asistență primară în România'.2012. Biroul Regional al OMS pentru Europa

<sup>66</sup> Evaluarea structurii și furnizării de asistență primară în România'.2012. Biroul Regional al OMS pentru Europa

<sup>67</sup> 'Medierea de sănătate pentru romi în România'. Studiu de caz. Copenhaga, Biroul Regional al OMS pentru Europa, 2013.

Seria Studii de caz privind sănătatea romilor, nr. 1.

urilor). Datele sunt colectate și analizate de CJAS-uri și agregate și administrate la nivel central. În plus, există numeroase baze de date de informații, mai mici. Acestea au legătură cu programele naționale de sănătate sau cu diferite activități clinice și sunt independente unele de altele; de exemplu, Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în domeniul Sanitar colectează date clinice la nivel de pacient de la spitale. Aceste informații sunt folosite de CNAS pentru a face rambursările la spitale.

Nu există o politică coerentă în domeniul informațiilor din sănătate și, în ciuda unor investiții semnificative în tehnologii informatice și de comunicare moderne, nivelul de fragmentare a datelor și de duplicare a colectării de date este ridicat<sup>68</sup>.

### 3.1.8 Transparență și mecanisme de feedback

#### *Transparență*

MS are o secțiune dedicată pe pagina sa<sup>69</sup> pentru informarea populației privind drepturile pe care le are în cadrul sistemului de sănătate din România. Secțiunea cuprinde informații privind sistemul de asigurări, politici legate de medicamente, legislație, tratamente în alte țări, transparență decizională și alte informații utile.

#### *Proceduri de reclamații*

Deși legea privind drepturile pacienților și Ordinul Ministerului Sănătății nr. 386 descriu dreptul la tratament și informație, acestea nu stipulează aspectele procedurale privind organizarea sistemului de petiționare. Principalele canale prin care pacienții își pot exercita drepturile sunt departamentele de relații publice ale CJAS-urilor și Departamentele de Jurisdicție Profesională ale Colegiilor Județene ale Medicilor. Departamentele de relații publice ale CJAS-urilor prelucrează reclamațiile pacienților și comunică pacientului rezultatele. Acestea emit rapoarte lunare privind cererile de informații și reclamațiile depuse.

Departamentul de Jurisdicție Profesională al Colegiului Județean al Medicilor analizează reclamațiile în conformitate cu Codul Deontologic al Colegiului<sup>70</sup>. În 2016, Colegiul Medicilor a raportat un număr de 684 de plângeri înaintate de pacienți în relație cu actul medical. Reclamațiile sunt analizate și investigate de filiala locală a Colegiului, iar cazurile complexe sunt înaintate Comisiei Superioare de Disciplină de la nivel național. În 2016, un număr de 160 de petiții au ajuns la această Comisie, fiind aplicate 23 de sancțiuni, incluzând 3 cazuri de excludere din sistemul medical. Chirurgia a fost specializarea cu cele mai multe cazuri de petiții.

Pacienții pot să depună reclamații și direct la Ministerul Sănătății sau la DJSP-ul local, unde există departamente speciale care prelucrează reclamațiile. Atenția este concentrată în special pe măsura în care s-au respectat regulile și procedurile administrative. În sfârșit, pacienții pot să apeleze și la remedii juridice, prin instanțele civile (a se vedea Tabelul 4)<sup>71</sup>.

#### **Tabelul 5. Rezumatul căilor de reclamații și mecanismele de răspundere/despăgubire**

<sup>68</sup> 'Analiza sistemului de sănătate din România'. Sisteme de sănătate în tranziție. Observatorul european de sisteme și politici de sănătate. Vol. 18 nr. 4 2016

<sup>69</sup> <http://www.ms.ro/pacientii/>, accesat la 5 aprilie 2019

<sup>70</sup> Codul Deontologic al Medicilor, aprobat de Adunarea Națională a Colegiului Medicilor din România, în 4 noiembrie 2016

<sup>71</sup> 'Analiza sistemului de sănătate din România'. Sisteme de sănătate în tranziție. Observatorul european de sisteme și politici de sănătate. Vol. 18 nr. 4 2016

Spitalele sunt obligate să aibă un birou special responsabil cu colectarea și soluționarea reclamațiilor pacienților?	Nu sunt obligate, dar în cele mai multe instituții publice de asistență medicală și la CJAS-uri există departamente de relații publice care se ocupă de drepturile pacienților și de accesul la drepturi.
Există un Avocat al Poporului special pentru domeniul sănătății, responsabil cu investigarea și soluționarea reclamațiilor pacienților privind serviciile de sănătate?	Nu
Medicii și/sau alte cadre medicale sunt obligați să aibă o asigurare de răspundere?	Da, obligatorie pentru toți furnizorii (publici și privați) (conform Legii 95/2006); despăgubirea include costul cu procesul juridic (a se vedea mai jos), care este împărțit între pacient și furnizor
Se poate apela la remedii juridice prin intermediul instanțelor în cazul erorilor medicale?	Da (a se vedea secțiunea 2.8.2), dar procesul este dificil, iar acest lucru poate să descurajeze pacienții în utilizarea lui; limitele superioare de despăgubire sunt stabilite de CNAS în consultare cu reprezentanții asociațiilor profesionale ale asigurătorilor și ale furnizorilor de servicii de sănătate; vina furnizorului este stabilită de o comisie pentru monitorizarea cazurilor de malpraxis, care este compusă din reprezentanți ai AJSP-urilor, CJAS-urilor, filialelor județene ale asociațiilor profesionale ale furnizorilor de servicii de sănătate și un expert medical juridic
Există o bază pentru despăgubirea fără vină (când un pacient suferă o vătămare medicală care nu a fost cauzată din vina medicului)?	Da, instanța decide privind despăgubirea în cazul în care nu există vină
Dacă există un sistem de prejudicii, pot pacienții să obțină daune pentru pierderi economice și non-economice?	Da, instanța decide valoarea despăgubirilor pentru pierderile economice și pentru cele non-economice
Se pot iniția procese în masă împotriva furnizorilor de asistență medicală, companiilor farmaceutice etc.?	Da

Sursa: Analiza sistemului românesc de sănătate, 2016

La nivelul Ministerului este constituit un sistem de preluare și procesare a petițiilor, cu o platformă online care se poate folosi pentru a transmite o petiție și a urmări evoluția acesteia. În 2017 s-au înregistrat 6.700 petiții la nivelul Ministerului<sup>72</sup>, 4.854 dintre acestea fiind abordate în cadrul instituției, 1.572 transmise către alte organisme competente și 274 înregistrate ca neconforme. Petițiile includ: plângeri, cereri și sugestii și recomandări.

### *Sondarea opiniei publice*

Conform Ordinului MS nr. 146/2015, spitalele de stat trebuie să evalueze sistematic satisfacția pacienților privind serviciile de asistență medicală<sup>73</sup>. Sondajele aplicate la nivelul populației sunt o caracteristică obligatorie la nivelul fiecărei CJAS. În fiecare an, CJAS-urile aplică un sondaj<sup>74</sup> pe un eșantion de populație, pentru a evalua nivelul de satisfacție cu furnizorii de servicii medicale și pentru a evalua măsura în care beneficiarii își cunosc drepturile și cunosc serviciile care li s-au pus la dispoziție.

<sup>72</sup> Raportul anual de activitate al MS, <http://www.ms.ro/wp-content/uploads/2018/08/Raport-de-activitate-MS-2017-.pdf>, accesat la 5 aprilie 2019

<sup>73</sup> 'Analiza sistemului de sănătate din România'. Sisteme de sănătate în tranziție. Observatorul european de sisteme și politici de sănătate. Vol. 18 nr. 4 2016

<sup>74</sup> Au fost analizate mai multe rapoarte anuale de la diferite CJAS-uri. Rezultatele sunt prezentate în ceea ce privește satisfacția cu furnizorii medicali și informațiile privind serviciile furnizate în baza Contractului Cadru.

Interviurile neoficiale cu directorii de spitale despre rezultatele chestionarelor privind satisfacția pacienților arată că pacienții par să fie mulțumiți de serviciile de asistență medicală furnizate, dar nu și de atitudinea asistentelor medicale și a altor cadre, sau de cazare și hrană<sup>75</sup>.

### 3.1.9 Abordare holistică și trans-sectorială a sănătății

O abordare trans-sectorială a sănătății este inclusă în documentele strategice cheie: Planul Național de Dezvoltare 2014-2020, care abordează indirect cei mai importanți determinanți ai sănătății, inclusiv dezvoltarea economică, infrastructura de transport, mediul, incluziunea socială și standardele de viață; și Strategia Națională de Dezvoltare Durabilă 2013-2020-2030 (Guvernul României, 2008), care include o serie de activități care urmăresc reducerea pericolelor pentru mediu și îmbunătățirea sănătății umane și a bunăstării la nivelul societății.

În practică, la nivel național, principalele mecanisme de abordare și integrare a sănătății în cadrul politicilor naționale sunt: mandatul guvernului de a efectua o evaluare a impactului, inclusiv evaluarea impactului asupra sănătății, asociat propunerilor legislative și de a publica proiecte de propuneri legislative pentru consultarea societății civile; utilizarea consiliilor interministeriale, a comisiilor și a grupurilor de lucru ale experților care colaborează în probleme care implică mai multe ministere; și colaborarea dintre Ministerul Sănătății și CNAS și organizațiile profesionale.

Consiliile interministeriale asigură comunicarea și coordonarea între ministere și implementarea coerentă a politicilor intersectoriale. Există 13 consilii interministeriale permanente (stabilite prin Hotărârea Guvernului 750/2005), inclusiv Consiliul Interministerial pentru Sănătate, Protecția Consumatorului și Afaceri Sociale. Consiliile pot forma comisii interministeriale și grupuri de lucru care pot include reprezentanți ai altor instituții publice în calitate de membri și pot invita alți membri, inclusiv din mediul academic și din societatea civilă, atunci când este necesară o expertiză specifică.

La nivelul județean, intervențiile intersectoriale sunt asigurate prin colaborarea reprezentanților Ministerului Sănătății în teritoriu (DSP) cu consiliile județene, filialele județene ale asociațiilor profesionale și reprezentanții teritoriali ai altor ministere<sup>76</sup>.

## 3.2 Incluziunea socială

### 3.2.1 Cadrul legislativ

Tabelul 5 indică legile și instrumentele de reglementare care au legătură cu diferite aspecte ale incluziunii sociale și egalității de șanse în România și care au relevanță în contextul acestui Program.

#### Tabelul 6. Legislația privind incluziunea socială în România

<sup>75</sup> 'Analiza sistemului de sănătate din România'. Sisteme de sănătate în tranziție. Observatorul european de sisteme și politici de sănătate. Vol. 18 nr. 4 2016

<sup>76</sup> Romania Health System Review 2016'. Health Systems in Transition. The European Observatory on Health Systems and Policies. Vol. 18 No. 4 2016



Legea nr. 202/2002 privind egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați	Asigură baza legală pentru promovarea șanselor egale și a tratamentului egal între bărbați și femei și pentru eliminarea tuturor formelor de discriminare bazată pe gen în toate sferile vieții publice din România.
Legea nr. 448/2006 privind protejarea și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap (republicată în 2008)	Reglementează drepturile și obligațiile persoanelor cu handicap acordate în scopul integrării și includerii sociale a acestora.
Legea nr. 292/2011 privind asistența socială	Stabilește sistemul de incluziune și protecție socială din România. Definește rolurile și responsabilitățile la nivel central, județean și local și stabilește categoriile de persoane vulnerabile, mecanismele de monitorizare și tipurile de servicii care trebuie furnizate.
OUG 18/2017 privind asistența medicală comunitară, aprobată prin Legea nr. 180/2017	Definește cadrul legal și instituțional pentru asistența medicală comunitară, definește categoriile vulnerabile pe care le abordează Programul, responsabilitățile furnizorilor de servicii (asistenți medicali comunitari, mediatorii sanitari pentru romi, moașe), centrele comunitare integrate. Normele metodologice pentru implementarea acestei legi nu existau la momentul la care s-a făcut această evaluare.
Ordonanța de urgență nr. 162/2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății Publice către autoritățile administrației publice locale, cu modificările și completările ulterioare;	Definește implicarea instituțională și responsabilitățile autorităților publice locale în privința furnizării de servicii de asistență medicală la nivel local. Obiectivele privind asistența medicală la nivel de comunitate sunt în responsabilitatea autorităților locale, sub coordonarea Ministerului Sănătății și a Direcțiilor Județene de Sănătate Publică.
Ordinul Ministerului Sănătății și Familiei nr. 619/2002 pentru aprobarea ocupației de mediator sanitar și a Normelor tehnice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității mediatorilor sanitari, cu modificările și completările ulterioare.	Trasează cadrul pentru activitățile comunitare ale mediatorilor sanitari în comunitățile de romi.

### 3.2.2 Strategii

*Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei pentru 2015-2020.* Această Strategie prezintă un set structurat de măsuri de politici publice, necesare realizării obiectivelor stabilite prin strategia Europa 2020 pentru România. Documentul identifică următoarele grupuri vulnerabile principale: (1) Persoanele sărace, (2) Copiii și tinerii lipsiți de grija și sprijinul părintesc, (3) Vârștii singuri sau



dependenți, (4) Persoanele rome, (5) Persoanele cu dizabilități, (6) Alte grupuri vulnerabile<sup>77</sup>, (7) Persoanele care locuiesc în comunități marginalizate.

De asemenea, Strategia identifică și principalele probleme în raport cu incluziunea socială:

- Proporția mare de persoane ale căror venituri sunt scăzute și insuficiente pentru un trai decent, în comparație cu media din alte State Membre ale UE, inclusiv un mare număr de săraci activi în câmpul muncii;
- Diferențe majore între locuitorii din mediul rural și cei din mediul urban în ceea ce privește accesul la servicii sociale, ocuparea forței de muncă, asistență medicală, educație și locuințe corespunzătoare;
- Dificultăți în realizarea integrării sociale depline pentru anumite grupuri sociale din cauza apartenenței etnice, stării de sănătate, vârstei, mediului social sau familial.
- 

Prioritățile strategiei în domeniile specifice sunt rezumate după cum urmează:

**Sănătate.** Prioritizarea extinderii gradului de cuprindere al furnizorilor de servicii de asistență medicală de bază (medici de familie, asistenți medicali comunitari și mediatorii sanitari pentru romi) la nivel local în toată țara și instituirea de programe de screening pentru principalele patologii (de ex. cancer, diabet, HIV/SIDA etc.).

**Servicii sociale.** Sublinierea dezvoltării de echipe comunitare integrate de intervenție care să furnizeze servicii sociale (în educație, ocuparea forței de muncă, asistență medicală, protecție socială și alte servicii publice) și programe de intermediere și facilitare socială la nivel local, în special în zonele sărace și marginalizate, rurale și urbane, populație romă și non-romă, prin: (i) elaborarea de metodologii, protocoale și proceduri de lucru clare pentru asistenții comunitari și (ii) dezvoltarea, în zonele marginalizate mai mari, a unor centre comunitare multifuncționale care să furnizeze servicii integrate (în principal, dar nu exclusiv) pentru familiile aflate în sărăcie extremă.

**Participare socială.** Asigurarea existenței unor mecanisme deschise și funcționale de reclamații și plângeri în cadrul instituțional al serviciilor sociale și promovarea de campanii de sensibilizare și reprezentare (*advocacy*) bazate pe date, privind diversitatea (inclusiv diversitatea categoriilor de grupuri marginalizate sau discriminate), complementar cu alte acțiuni, pentru a aborda stigmatizarea și discriminarea.

**Consolidarea capacității de a promova reducerea sărăciei și incluziunea socială.** Stabilirea unor politici de coordonare inter-sectoriale funcționale – MMJS, Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice (MDRAP), MEN, MS – și amplificarea cooperării între autoritățile centrale și locale, pentru susținerea abordării integrate împotriva sărăciei și promovarea politicilor de incluziune socială.

*Strategia Guvernului României de incluziune a cetățenilor români aparținând minorității Roma pentru*

<sup>77</sup> În conformitate cu Strategia privind incluziunea socială și reducerea sărăciei, alte grupuri vulnerabile includ: persoanele care suferă de dependență de alcool, droguri și alte substanțe toxice, persoane private de libertate, persoane aflate sub supravegherea serviciilor de probațiune, cu măsuri non-privative de libertate sau condamnări (persoane cărora li sa acordat amânarea pedepsei, suspendarea pedepsei sub supraveghere, eliberarea cu eliberare condiționată - în cazul în care durata restrânsă a pedepsei este de cel puțin doi ani și persoanele au impus executarea unei pedepse cu amendă prin executarea serviciului în folosul comunității), minorii aflați sub supravegherea serviciilor de probațiune (condamnate la o măsură educativă fără custodie, acordarea înlocuirii măsurii educaționale de libertate sau eliberarea din detenție), persoanele fără adăpost, victimele violenței domestice, victimele traficului de ființe umane, refugiații și imigranții.

2015-2020.

Această Strategie (SNIR) prezintă direcții de acțiune detaliate în diverse domenii în vederea îmbunătățirii incluziunii populației rome, inclusiv în domeniul sănătății. Unele dintre direcțiile cu relevanță mai mare pentru acest Program sunt:

(1) Îmbunătățirea accesului populației rome la servicii de asistență medicală de bază, preventive și curative, integrate și de calitate

- Dezvoltarea capacității instituționale a furnizorilor de servicii de asistență medicală la nivel comunitar prin educație și formare și dezvoltarea unor instrumente de lucru în sistem integrat, ghiduri și protocoale de practică.
- Angajarea cu prioritate a unor asistenți medicali de origine romă în comunitățile rurale cu cetățeni români care aparțin acestei minorități.
- Creșterea numărului de persoane rome incluse în sistemul de asigurări de sănătate prin: (i) informarea cetățenilor români care aparțin minorității rome cu privire la dreptul lor de a beneficia de pachetul minim de servicii de sănătate pentru persoanele care nu sunt incluse în sistemul de asigurări de sănătate; (ii) creșterea numărului de persoane rome care beneficiază de servicii de asistență medicală primară și (iii) monitorizarea accesului persoanelor rome care nu sunt asigurate la pachetul minim de servicii de asistență medicală.

(2) Creșterea capacității instituționale a autorităților publice locale în procesul de identificare a nevoilor de sănătate, dezvoltarea și implementarea de programe/intervenții de sănătate proiectate pentru comunitățile rome și monitorizarea și evaluarea acestora:

- Identificarea și cartografierea nevoilor medicale și sociale ale populației expuse la risc, atât în zonele urbane, cât și în zonele rurale.
- Elaborarea de instrumente standardizate pentru analiză, colectarea datelor, planificare și comunicare între autoritățile publice centrale și locale implicate în furnizarea de asistență medicală comunitară.

(3) Prevenirea discriminării cetățenilor români care aparțin minorității Rome care acced la serviciile de asistență medicală prin: (i) Educare în spiritul nediscriminării grupurilor vulnerabile în cadrul școlilor de medicină la nivel de învățământ secundar, universitar și post-universitar și (ii) Înființarea de către consiliile județene a unui număr de telefon fără taxă pentru denunțarea incidentelor de discriminare a pacienților Romi care accesează serviciile de asistență medicală<sup>78</sup>.

### 3.2.3 Cadul instituțional

#### *Servicii sociale*

MMJS este autoritatea specializată din administrația publică centrală care duce la îndeplinire politicile guvernamentale în domeniul protecției sociale. Asistența socială primară pentru persoanele cu dizabilități, protecția copiilor și vârstnicilor și a victimelor violenței domestice sunt responsabilitatea autorităților locale. Autoritățile sociale la nivel de județ sunt organizate pentru a furniza asistență specializată tuturor

<sup>78</sup> Strategia a fost elaborată la nivelul Guvernului României și ca urmare a strategiilor de incluziune și cerințelor anterioare ale CE. Implementarea este distribuită între mai multe autorități centrale și locale, Comisiile Ministeriale pentru Romi fiind constituite la nivelul fiecărui Minister implicat. Funcțiile de evaluare și monitorizare sunt asociate cu o comisie inter-ministerială și un Secretariat Tehnic, coordonat de Agenția Națională pentru Romi.

acestor grupuri.

Asistența medicală și asistența socială pentru persoanele aflate în dificultate sau pentru persoanele cu probleme sociale este organizată în principal în cadrul autorităților locale.

Asistenții sociali<sup>79</sup> sunt responsabili cu identificarea comunităților sau a persoanelor vulnerabile și evaluarea riscurilor de excluziune socială, urmată de câțiva pași întreprinși pentru a sprijini persoanele nevoiașe:

- Elaborarea de planuri de acțiune, programe, măsuri și servicii specializate de sprijin
- Stabilirea mijloacelor pentru accesarea sprijinului de ajutor social și a serviciilor specializate pentru persoanele nevoiașe
- Crearea bazei de toleranță pentru persoanele nevoiașe la nivelul comunității.

Legea 292/2011 privind asistența socială cere ca fiecare autoritate locală să înființeze servicii publice de asistență socială (SPAS), însă implementarea acestei legi a fost întârziată, mai ales în localitățile rurale mai mici. Deși s-au înregistrat oarecare progrese în anii recentți, recensământul SPAS efectuat de Banca Mondială pentru această Strategie în mai 2014 a arătat că peste o treime (34 la sută) dintre administrațiile locale din zonele rurale și 8 la sută în orașele foarte mici nu au înființat serviciile respective, ci, în schimb, au suplimentat responsabilitățile personalului existent.<sup>80</sup>

Dezvoltarea serviciilor sociale primare a fost întârziată de o lipsă de resurse financiare la nivel local, de înghețarea angajărilor și de limitele salariilor în sectorul public (ca parte din politicile de austeritate implementate în perioada 2008 – 2010), de neutilizarea formelor flexibile de angajare (personal cu normă parțială) și de lipsa de formare eficientă a personalului.

Serviciile publice de asistență socială suferă de o severă lipsă de personal în zonele rurale și în zonele urbane mici. În cele mai multe comunități rurale există doar unul sau doi angajați care au îndatoriri la nivel de asistență socială (și foarte puțini asistenți sociali profesioniști) pentru a îndeplini nevoile unei populații de obicei răspândită pe 2 până la 40 de sate, adesea amplasate la mai mulți kilometri distanță.

### *Incluziunea persoanelor de etnie Romă*

SNIR a specificat modalitățile de implementare a acțiunilor pentru incluziunea romilor la nivel central, județean și local. La nivel central, fiecare Minister trebuie să aibă o Comisie Ministerială pentru romi, cu responsabilități privind implementarea planului de acțiune, colectarea datelor și pregătirea rapoartelor de monitorizare și a rapoartelor de evaluare privind propria lor activitate instituțională.

Fiecare județ trebuie să aibă un plan de măsuri pentru incluziunea socială a romilor. Biroul județean pentru romi (BJR) trebuie să elaboreze planul, ținând seama de informațiile la nivel local; să armonizeze principalele nevoi ale comunităților rome cu măsurile oferite de SNIR. Membrii BJR „fac vizite regulate pentru evaluarea și monitorizarea situației comunităților de cetățeni români care aparțin minorității rome, obțin date și informații de la nivel local, pe care le centralizează la nivel județean.

Fiecare municipalitate trebuie să aibă planul local de acțiune care trebuie să fie elaborat de grupul de lucru local (GLL). Membrii grupului de lucru local GLL răspund de implementarea măsurilor care corespund domeniului lor specific de activitate, așa cum este inclus în planul local de acțiune. În plus, răspund de

<sup>79</sup> Rolul profesional al asistenților sociali este definit de Legea 466/2004

<sup>80</sup> Strategia Națională pentru incluziune socială și reducerea sărăciei 2014-2020

monitorizarea și implementarea măsurilor trasate în planul local de acțiune și de elaborarea de rapoarte la fiecare semestru, privind implementarea planului local de acțiune, care vor fi transmise primarului, BRJ și ANR.

### 3.3 Caracterul intersectorial

În principalele documente strategice este inclusă o abordare intersectorială a sănătății: Planul Național de Dezvoltare 2014–2020, care abordează în mod indirect cei mai importanți factori determinanți în sănătate, inclusiv dezvoltarea economică, infrastructura de transport, mediul, incluziunea socială și standardele de viață; Strategia Națională de Dezvoltare Sustenabilă 2013–2020–2030 (Guvernul României, 2008), care include o serie de activități care caută să reducă pericolele de mediu și să îmbunătățească sănătatea și starea de bine a oamenilor.

În practică, la nivel național, principalele mecanisme pentru abordarea și integrarea sănătății în politicile naționale sunt: obligația legală a guvernului de a efectua o analiză de impact, inclusiv evaluări de impact asupra sănătății, pentru legile propuse și de a publica proiectele legilor propuse pentru a fi supuse consultării publice, utilizarea de consilii interministeriale, comisii și grupuri de lucru de experți care lucrează împreună pe chestiuni care implică domeniul mai multor ministere și colaborarea între Ministerul Sănătății și CNAS și organizațiile profesionale.

Consiliile interministeriale asigură comunicarea și coordonarea între ministere și implementarea coerentă a politicilor intersectoriale. Există 13 consilii interministeriale permanente (înființate prin Decizia Guvernamentală 750/2005), printre care Consiliul Interministerial pentru Sănătate, Protecția Consumatorului și Probleme Sociale. Consiliile pot să formeze comisii interministeriale și grupuri de lucru, care pot să cuprindă reprezentanții altor instituții publice ca membri și pot să aibă membri invitați, inclusiv din mediul academic și din societatea civilă, atunci când este necesară o anumită specialitate la nivel de expert.

La nivel județean, intervențiile intersectoriale sunt asigurate prin colaborarea reprezentanților Ministerului Sănătății (adică AJSP-urile) cu CJAS-urile, consiliile județene, filialele județene ale asociațiilor profesionale și reprezentanții județeni al altor ministere<sup>81</sup>.

---

<sup>81</sup> 'Analiza sistemului de sănătate în România 2016'. Sisteme de sănătate în tranziție. Observatorul european de sisteme și politici de sănătate. Vol. 18 Nr. 4 2016

## **4 DESCRIEREA SISTEMULUI DE MANAGEMENT AL PROTECȚIEI MEDIULUI DIN CADRUL PROGRAMULUI**

Sistemul național de protecția mediului se bazează pe standardele și Directivele UE care au fost transpuse de România în legislația națională în urma aderării la UE în anul 2007. Sistemul din România stabilește principiile generale ale politicii de mediu: principiul „poluatorul plătește”, monitorizare integrată, dezvoltare sustenabilă și participare publică, cooperare internațională și reabilitarea zonelor degradate. De asemenea, trasează mijloacele generale de realizare a aplicării acestor principii, precum: armonizarea politicilor de mediu și a programelor de dezvoltare, corelarea între dezvoltarea socială și dezvoltarea mediului, utilizarea obligatorie a procedurii de autorizare de mediu pentru anumite activități economice și sociale cu impact semnificativ de mediu și utilizarea de stimulente economice.

### **4.1 Cadrul legislativ și de reglementare privind managementul mediului**

O analiză a cadrului legislativ actual privind managementul mediului furnizează informații privind gradul parțial de pregătire pentru implementarea programului. Această secțiune descrie pe scurt principalele reglementări și standarde de mediu și sociale care există și care au relevanță pentru Program și se referă la instituțiile la nivel local și național care sunt responsabile cu emiterea autorizațiilor și licențelor și cu aplicarea legii privind conformarea cu standardele sociale și de mediu.

Pentru această evaluare au fost analizate o serie de reglementări strategice și politici sectoriale în sectorul mediului, inclusiv atenuarea schimbărilor climatice și adaptarea la schimbările climatice.

Gestionarea deșeurilor se bazează pe principiile și regulile generale stipulate în Legea nr. 211/2011 menționată în capitolul anterior.

O listă completă a actelor legislative privind managementul mediului, care au relevanță pentru acest document se găsește în Anexa 1.

### **4.2 Responsabilități instituționale pentru implementarea managementului de mediu aferent Programului**

MS este responsabil cu managementul aspectelor de mediu din acest Program, cu sprijinul mai multor instituții și autorități centrale și locale. Cele mai importante roluri de sprijin aparțin Ministerului Mediului (MM), Ministerul Apelor și Pădurilor (MAP), Agenției Naționale de Protecția Mediului (ANPM) și APM-urilor sale locale, autorităților locale și direcțiilor de sănătate publică și altor organisme și organizații, prezentate mai jos și în anexa menționată.

### **4.3 Strategii**

Responsabilitățile și rolurile pentru desfășurarea managementului de mediu în raport cu Programul sunt definite în strategiile naționale de mediu și sănătate și în cadrul altor politici și reglementări asociate în legătură cu cele două sectoare. Această evaluare analizează capacitatea instituțională, de reglementare și de resurse umane a Ministerului Sănătății de a se ocupa de responsabilitățile existente, pentru o aplicare corespunzătoare a prevederilor de mediu, așa cum sunt acestea stipulate în legislația de mediu și în cadrul de reglementare privind sectorul de sănătate.

*Strategia națională privind schimbările climatice și o creștere economică verde, cu emisii reduse de carbon* oferă o abordare sistemică pentru acțiunile ulterioare în sectorul de sănătate. Este considerată ca fiind dezvoltarea capacității de a monitoriza mai bine diferiți factori care ar putea avea un impact asupra sănătății publice. Evenimentele meteorologice și dezastrele fără consecințe semnificative, care doar împiedică anumite activități umane ca urmare a schimbării climatice, pot să ducă la evenimente de sănătate publică. De exemplu, precipitațiile intense, în principal în zonele rurale, pot duce la boli sau pot crește susceptibilitatea la boli. Aceasta este baza pentru întărirea activităților de supraveghere a bolilor, iar sistemele de avertizare timpurie, indiferent de originea bolii, pot și ele să contribuie în beneficiul comunității.

Actualul Sistem Național de Gestionare a Situațiilor de Urgență este adecvat și se dezvoltă continuu. A fost implementat un sistem integrat de alertare a populației în situații de risc major. Elemente de hardware, aplicații software și serviciile aferente de instalare și punere în funcție necesare pentru implementarea sistemului „RO-ALERT” vor fi desfășurate de Inspectoratul General pentru Situații de Urgență (IGSU) în regim de urgență, conform prevederilor Art.104 paragraf 1 litera c din Legea nr. 98 din 2016 privind achizițiile publice, cu modificările și completările ulterioare.

Strategia națională în domeniul securității și sănătății în muncă pentru 2018 – 2020 a fost promovată în HG nr. 191 din 4 aprilie 2018, iar în cadrul acesteia sunt finanțate obiectivele prevăzute în Anexa Hotărârii, pentru implementarea obiectivelor specifice de sănătate și siguranță.

Există două domenii de mediu principale, care au relevanță pentru această evaluare și în cadrul Programului propus: (i) *gestionarea deșeurilor medicale* și (ii) *serviciile de sănătate publică și de asistență medicală primară în contextul adaptării la efectele schimbării climatice*.

#### **4.4 Gestionarea deșeurilor medicale**

MS a promovat OM nr. 1226 din 3 decembrie 2012 privind aprobarea normelor tehnice pentru gestionarea deșeurilor medicale periculoase și metodologia pentru colectarea separată pe categorii, ambalare, depozitare temporară, transport, tratare și eliminare a deșeurilor medicale. În acest document se acordă o atenție deosebită deșeurilor medicale periculoase și nevoii de a împiedica contaminarea mediului și afectarea potențială a sănătății publice. În par. 1 din Capitolul 1 al documentului se stipulează: „Aceste norme tehnice sunt aplicate de toate unitățile sanitare, indiferent de forma de organizare în care se desfășoară activitățile medicale ca urmare a cărora sunt produse deșeurile, denumite în continuare deșeuri medicale”. În par. (2) din același capitol se stipulează că „Producătorul de deșeuri medicale răspunde de gestionarea deșeurilor medicale care rezultă din activitatea sa”. Orice entitate generatoare de deșeuri medicale „elaborează și aplică planuri, strategii de management și proceduri medicale pentru a împiedica producerea de deșeuri medicale periculoase sau pentru a reduce pe cât posibil cantitățile produse.” La par. (4) se prezintă forma pre-marcată necesară a deșeurilor: „Unitățile vor elabora și vor aplica propriul lor plan de gestionare a deșeurilor rezultate din activitățile medicale, în conformitate cu reglementările interne și cu codurile de procedură, pe baza reglementărilor în vigoare și cu respectarea conținutului cadru prezentat în anexa 4 a OM”.

Conform definițiilor conținute în acest OM, o *activitate medicală* este orice activitate de diagnostic, prevenire, tratament, cercetare, precum și monitorizare a sănătății și recuperare, indiferent dacă implică sau nu utilizarea de instrumente, echipamente, substanțe sau dispozitive medicale. Deșeurile din activitatea medicală sunt toate deșeurile periculoase și nepericuloase generate de activitățile medicale și sunt clasificate conform HG nr. 856/2002 privind gestionarea deșeurilor și aprobarea gestionării deșeurilor pentru liste de deșeuri, inclusiv deșeuri periculoase, cu adăugirile ulterioare. Echipamentele pentru tratamentul termic de decontaminare a deșeurilor rezultate din activitatea medicală sunt toate echipamentele fixe pentru tratarea



termică la temperaturi scăzute (105 ° C - 177 ° C) a deșeurilor medicale periculoase, în care acțiunea generală este de îndepărtare prin reducere a microorganismelor (patogene sau saprofite) conținute în deșeuri.

Gestionarea deșeurilor înseamnă colectarea, depozitarea temporară, transportul, tratarea, recuperarea și eliminarea deșeurilor, inclusiv supravegherea acestor operațiuni și întreținerea ulterioară a locațiilor folosite. Producătorii de deșeuri medicale, așa cum sunt definiți în regulament, au următoarele responsabilități principale:

- a) Prevenirea sau atenuarea producerii/generării de deșeuri medicale;
- b) Colectarea separată a diferitelor tipuri de deșeuri de la locul de producere/generare;
- c) Tratarea și eliminarea corespunzătoare a tuturor tipurilor de deșeuri medicale (contracte cu operatori de salubritate autorizați).

Gestionarea deșeurilor medicale este integrată în întregul ciclu al sistemului de gestionare la nivel local și național. Această viziune holistică trebuie privită într-o abordare de jos în sus, ceea ce înseamnă integrarea facilităților medicale locale și a serviciilor furnizate pentru grupurile vulnerabile și marginalizate în sistemele județene de gestionare a deșeurilor. Este necesar ca în contractele cadru pe care medicii privați le semnează pentru a își desfășura serviciile medicale să se stipuleze clar responsabilitățile în legătură cu deșeurile medicale și municipale. Aceste mențiuni trebuie să se refere la colectarea separată și eliminarea temporară a deșeurilor, la existența de contracte obligatorii semnate cu operatori de salubritate specializați pentru fiecare categorie de deșeuri și la o periodicitate a colectării deșeurilor care să nu depășească o lună pentru deșeurile colectate în containere speciale și o săptămână pentru alte categorii de deșeuri, inclusiv deșeurile municipale solide. În prezent, în discuțiile din timpul vizitelor în zona rurală, medicii locali au menționat o periodicitate de șase luni și chiar mai mult la colectarea de către operatorii autorizați a recipientilor de deșeuri medicale. Chiar și acolo unde există containere speciale pentru deșeurile medicale, în conformitate cu normele tehnice, este necesară existența contractelor cu operatori sanitari autorizați, care să asigure colectarea frecventă a deșeurilor medicale din locațiile care furnizează servicii medicale primare și comunitare. Unitățile de AMP generează în medie, ca urmare a activităților medicale, mai puțin de 300 de kg de deșeuri periculoase în fiecare an, o cantitate cu potențial redus de producere a unui impact negativ asupra mediului. Totodată, această cantitate este integral gestionabilă în baza cadrului normativ existent.

#### **4.5 Adaptarea la schimbările climatice și la evenimentele meteorologice extreme**

Unul dintre obiectivele comune în materie de sănătate și mediu, în cadrul Strategiei naționale privind schimbările climatice și creșterea economică redusă a carbonului, este de a proteja sănătatea cetățenilor împotriva efectelor evenimentelor meteorologice extreme asupra vieții umane. În acest sens, se propun acțiuni preventive prin consolidarea sistemului național de gestionare a situațiilor de urgență. Evenimentele meteorologice extreme, cum ar fi inundațiile, furtunile, valurile de căldură și seceta, pot duce la consecințe grave pentru viața oamenilor, iar cele mai vulnerabile grupuri sunt cele mai sensibile. În plus, amenințările generate de evenimentele extreme pot fi agravate de sistemele de asistență medicală, care pot avea puncte slabe nu numai în ceea ce privește avertizarea timpurie și vigilența, ci și capacitatea de a răspunde. Consecințele dezastrelor necesită un răspuns rapid și bine coordonat pentru a proteja sănătatea cetățenilor. Așa cum este menționat mai sus, România are un sistem de alertă a populației, care poate fi activat în cadrul unor situații de urgență, inclusiv a fenomenelor meteorologice extreme. Acest sistem însă, poate fi îmbunătățit în zonele rurale și în cadrul comunităților marginale.



Evenimentele meteorologice extreme au cunoscut o creștere semnificativă în ultimii ani. De exemplu, în septembrie 2017, în București a fost o alertă de furtună. Chiar dacă avertizarea nu s-a manifestat la scara prevăzută inițial, s-a putut observa că populația urbană se conformează prompt și într-o măsură mai mare procedurilor, în comparație cu persoanele care locuiesc în zone rurale sau izolate, unde oamenii nu reacționează în aceeași măsură și nu sunt informați cu promptitudine. Ca o primă evaluare, comunicarea între instituțiile responsabile cu reacția la nivel local a fost deficitară în zonele rurale, în comparație cu comunicarea dinspre autorități către cetățeni prin canale media, prin internet sau prin canale directe în zonele urbane. Astfel, practica la zi a dovedit că cetățenii pot fi informați foarte rapid și sunt gata să ia măsurile necesare pentru protejarea lor, a familiilor și a bunurilor lor.

În conformitate cu acestea, un indicator comun pentru mediu și sănătate ar putea fi numărul de persoane care își pierd viața sau care sunt afectate grav de evenimentele climatice extreme în decursul unui an. Scăderea acestui indicator într-un an față de anul precedent ar putea fi considerată un barometru pentru succesul educației cetățenilor în privința acțiunilor de prevenție.

Programul, care este un sub-set al Strategiei Naționale de Sănătate, are domenii în care sunt disponibile date de referință și există instrumente de monitorizare (de ex. numărul de medici de familie care semnează înregistrarea de cabinete în zonele insuficient deservite), dar și acțiuni care implică, într-o primă fază, colectarea de date pentru a furniza informații pentru procesul decizional și a stabili o referință în scopuri de monitorizare (nevoile de sănătate la nivelul asistenței comunitare, având în vedere că populația deservită este mai mare decât pragurile calculate de 500 de pacienți la un asistent comunitar).

*Politica de mediu pentru adaptarea la schimbările climatice include măsurile de reacție și măsurile de prevenție. În ultimii ani, măsurile de prevenție și gradul de pregătire pentru acest tip de evenimente au devenit o prioritate. Există două exemple, selectate ca fiind reprezentative și relevante pentru Program: (i) Comitetele speciale de urgență națională. (ii) Sistemul RO-ALERT.*

*Comitetele speciale de urgență națională au fost înființate prin OM nr. 1422 / 192/2012 pentru aprobarea Regulamentului privind gestionarea situațiilor de urgență în inundații, fenomene meteorologice periculoase, accidente la construcții hidrotehnice și poluare accidentală a cursurilor de apă și poluare marină în zona de coastă. Anexa la acest OM conține ”Reglementările privind gestionarea situațiilor de urgență în inundații, fenomene meteorologice periculoase, accidente la construcții hidrotehnice, poluare accidentală a cursurilor de apă și poluarea marină în zonele de coastă”.*

Sistemul „RO-ALERT” a fost testat în septembrie 2018, iar percepția populației privind nevoia de a reacționa rapid în caz de situații de urgență este bună. Acest sistem este administrat de Inspectoratul General pentru Situații de Urgență (IGSU) conform prevederilor Art. 104 paragraf 1 litera c din Legea nr. 98 din 2016 privind achizițiile publice, cu completările și modificările ulterioare.

Sistemul "RO-ALERT" are o serie de avantaje, printre care:

- Transmiterea de mesaje de avertizare adaptate la evenimentul iminent prin rețelele operatorilor de telefonie mobilă;
- Transmiterea rapidă de mesaje la toți utilizatorii din zona amenințată, chiar și în condiții de congestie, pe rețelele operatorilor de telefonie mobilă;
- Afișarea instantanee a mesajelor pe ecranul terminalului mobil, fără a fi necesară intervenția utilizatorului;
- Repetarea ciclică a mesajelor de alertă la intervale configurabile;
- Primirea de alerte pe terminalele în roaming;
- Acuratețea mesajelor de avertizare bazată exclusiv pe informații furnizate din surse autorizate.

#### 4.6 Asistența medicală primară asociată cu efectele schimbărilor climatice

Efectele schimbărilor climatice nu produc multe riscuri noi sau necunoscute pentru sănătatea publică, dar vor spori anumite interacțiuni între mediu și sănătatea umană, cu efecte mai drastice în fiecare an, care vor necesita măsuri de adaptare mai mari la situații noi și nevoi noi.

Printre acestea se numără stresul de temperatură provocat de valurile de căldură, vătămări asociate cu evenimentele climatice extreme precum furtuni, incendii și inundații, epidemii de boli infecțioase din cauza tiparelor modificate ale bolilor transmise de țânțari și bolilor transmise prin intermediul apei, nutriția proastă din cauza disponibilității și accesibilității reduse a hranei, impactul psihosocial al secetei și dislocarea comunităților. Asistența medicală primară are un rol important în pregătirea pentru aceste amenințări pe care schimbările climatice le ridică pentru sănătatea umană și în reacția la acestea.

Bolile infecțioase formează un grup de probleme de sănătate foarte susceptibile la influențele climatice. Adaptarea pentru a proteja sănătatea populației umane de modificările în epidemiologia bolilor infecțioase care pot apărea ca o consecință a schimbărilor climatice presupune acțiuni la nivelul sistemului de sănătate, precum și în alte sisteme, din afara sectorului de sănătate.

Măsurile în alte sectoare precum meteorologia, apărarea civilă și salubritatea mediului vor contribui și ele la reducerea riscului de infecții în contextul schimbărilor climatice. Schimbările condițiilor climatice de referință, precum temperaturile zilnice medii sau precipitațiile de sezon, pot afecta biologia de dezvoltare a diferitelor boli infecțioase.

Alte evenimente extreme precum seceta, care poate avea efecte severe și de durată în zonele afectate de sărăcie, facilitează adesea o creștere a incidenței infecțiilor din cauza standardelor scăzute de igienă în urma lipsei de apă.

Deși România are politici publice bine stabilite pentru promovarea sănătății umane, încă nu este suficient de pregătită să facă față gamei de probleme asociate cu consecințele schimbării climatice.

România încă mai trebuie să își îmbunătățească capacitatea de a formula și implementa strategii de adaptare pentru protejarea sănătății. Aceasta ar implica reducerea multor factori care determină vulnerabilitatea la impactul climei, în special în județele sărace/cu venituri reduse. Reducerea sărăciei și îmbunătățirea calității educației, controlul eficient al bolilor sensibile la schimbările climatice potențial cauzate de schimbările climatice și îmbunătățirea accesului la serviciile de sănătate și de salubritate sunt esențiale. Măsurile de adaptare vor depinde de caracteristicile locale sau regionale, cum ar fi disponibilitatea resurselor, profilurile de vulnerabilitate, modelele de expunere la riscuri, capacitatea factorilor de decizie de a utiliza informațiile disponibile și percepția publică a problemei.

Dezvoltarea de sisteme de avertizare timpurie la epidemii, mai ales după evenimentele hidro-meteorologice extreme precum furtuni și inundații. De obicei, după astfel de evenimente sunt raportate epidemii de infecții asociate cu apa, transmise prin apă și transmise de țânțari.

Al 7-lea Program General pentru Mediu al UE până în 2020, Planul de Acțiune de Mediu (EAP) se referă, în a treia prioritate tematică, la sănătatea și starea de bine a omului, luând în calcul reducerea efectelor schimbărilor climatice, a poluării aerului și apei, reducerea zgomotului și a substanțelor toxice.

MS a promovat OM nr. 119 din februarie 2014 privind aprobarea normelor igienice și de sănătate publică privind mediul de viață și sănătatea populației, publicate în Monitorul Oficial Nr. 127 din 21 februarie 2014. Acest OM stabilește standardele de igienă și sănătate publică pentru mediul de viață al populației, pentru

sursele subterane de apă folosite pentru alimentarea cu apă potabilă a localităților și a operatorilor economici, definițiile pentru „zona de protecție sanitară severă”, „zona de protecție sanitară cu regim de restricție” și „perimetrul de protecție hidro-geologică” sunt aplicate conform Hotărârii Guvernamentale 930/2005 privind aprobarea Normelor Speciale privind caracterul și dimensiunea zonelor de protecție sanitară și de protecție hidro-geologică și conform OM nr. 1278/2011 pentru aprobarea Instrucțiunilor privind delimitarea zonelor de protecție sanitară și a perimetrului de protecție hidro-geologică. Acest OM stabilește și regulile de igienă în zonele de locuit: Locuințele se vor construi în zone sigure, pe teren salubritat, pentru a asigura: (i) Protejarea populației împotriva apariției unor fenomene naturale precum alunecări de teren, inundații, avalanșe; (ii) Reducerea emisiilor sau infiltrațiilor de substanțe toxice, inflamabile sau explozive rezultate din poluarea mediului; (iii) Sistemul de alimentare cu apă potabilă în conformitate cu normele legale în vigoare; (iv) Sisteme de canalizare pentru colectarea, îndepărtarea și neutralizarea apelor menajere, apelor meteorice; (v) Sistem de colectare selectivă a deșeurilor; (vi) Sănătatea populației versus poluarea antropogenă cu compuși chimici, radiații și/sau substanțe contaminante biologice.

Pentru a se asigura că facilitățile de asistență medicală și comunitățile sunt pregătite pentru impactul schimbărilor climatice, inclusiv catastrofe naturale și inundații, asistenții medicali pot să lucreze cu departamentele de sănătate la nivel local și de stat și cu facilitățile de asistență medicală pentru a asigura planuri de pregătire pentru dezastre și formare în cazul unor perturbări la nivelul infrastructurii sau a serviciilor de sănătate din comunitate. De asemenea, asistenții medicali pot să faciliteze elaborarea de planuri de adaptare la schimbările climatice și planuri de acțiune pentru evenimente de temperatură extremă, pentru a asigura accesul persoanelor la asistența necesară.

Pentru a transmite mesajul despre cum afectează schimbările climatice sănătatea și despre necesitatea de a acționa acum pentru a preveni un impact mai grav, asistenții medicali trebuie să înțeleagă cum să comunice eficient cu pacienții, cu colegii, cu strategii și cu publicul.

## 5 EVALUAREA CAPACITĂȚII ȘI PERFORMANȚEI PROGRAMULUI

### 5.1 Evaluarea capacității și performanței sistemului social

Această secțiune descrie constatările unei analize SWOT ce vizează aspectele relevante ale sistemului de management social al Programului.

#### 5.1.1 Puncte forte și oportunități

**Cadrul legal și de reglementare al României în domeniul sănătății este robust și susține câteva aspecte care au relevanță pentru acest Program.** Printre acestea se numără prevederi privind: responsabilitățile și cadrul instituțional al cabinetelor de asistență medicală primară (Legea privind reforma în sectorul de sănătate); alegerea pacientului și accesul la informații privind sănătatea sa, tratamentele disponibile și gama de servicii disponibile (Legea privind drepturile pacienților) și organizarea asistenței comunitare și integrarea cu alți furnizori de servicii de sănătate și sociale (Ordonanța de urgență privind asistența medicală comunitară).

**Suprapunerile conținute în abordarea strategică a GR privind asistența medicală primară integrată și planurile sale pentru integrarea incluziunii sociale ar putea servi drept oportunități de colaborare cu alte entități guvernamentale și ONG-uri.** De exemplu, una dintre prioritățile *Strategiei naționale privind incluziunea socială și reducerea sărăciei pe 2015-2020* este creșterea gradului de acoperire al furnizorilor de servicii de asistență medicală primară din toată țara la nivel local și instituirea de programe de screening pentru principalele patologii. În aceeași ordine de idei, *Strategia Guvernului României privind incluziunea cetățenilor români aparținând minorității rome pe 2015-2020* subliniază creșterea procentului de populație Romă inclusă în sistemul de asigurări de sănătate.

**Se întreprind eforturi pentru operaționalizarea actualei Strategii Naționale în domeniul sănătății.** Actuala Strategie națională în domeniul sănătății este prima care are alocat un buget. În anul 2016 s-au elaborat opt planuri regionale pentru reorganizarea sistemului de sănătate în conformitate cu obiectivele strategice naționale, precum și planuri specifice pentru prioritățile privind prevenția, cancerul, diabetul, bolile cardiovasculare și bolile rare<sup>82</sup>.

**GR face eforturi concertate pentru îmbunătățirea capacității de forță de muncă.** GR a luat măsuri, în anii recenti, să stimuleze furnizarea de mai multe servicii de asistență primară în zonele rurale, precum revizuirea coșului de beneficii și a proporției de cheltuieli cu asistența primară și cu serviciile în ambulator (2014–15). Primele eforturi au presupus mărirea proporției taxei pentru servicii din salariul furnizorilor de servicii de asistență primară de la 30% la 50% (2011) și rambursarea telemedicinii în zonele îndepărtate (2013). Mai mult, a fost înființat un nou Centru Național de Resurse Umane, care va avea sarcina să evalueze necesarul de resurse umane, să coordoneze formarea și să asigure îndrumare pentru evoluția în carieră. MS a anunțat și sprijinirea medicilor români care, în prezent, practică în străinătate și care doresc să revină în România dacă se schimbă anumite condiții, inclusiv nivelul de remunerare<sup>83</sup>.

**Programul privind Mediatorii sanitari pentru romi (MSR) din România a dovedit deja un succes substanțial și un potențial ridicat de extindere.** Programul MSR este caracterizat de un istoric al unui proiect de succes a Romani Criss – un ONG al romilor, care în cooperare continuă cu GR, a permis

<sup>82</sup> Starea de sănătate în UE Profil de țară pe sănătate pentru România 2017

([https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_romania\\_english.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_romania_english.pdf), accesat în 10 aprilie 2019)

<sup>83</sup> Starea de sănătate în UE Profil de țară pe sănătate pentru România 2017

instituționalizarea programului MSR. Cu excepția ultimilor câțiva ani, programul a crescut constant, cu un număr din ce în ce mai mare de MSR formați și angajați<sup>84</sup>.

**Precedentul pentru aplicarea de sondaje periodice în sectorul de sănătate susține dezvoltarea unei abordări standardizate de monitorizare în asistența primară integrată.** De exemplu, constatările studiului din 2016 privind Calitatea și Costurile Asistenței Primare în Europa pentru România a confirmat disponibilitatea medicilor de medicină generală să își lărgescă domeniul de activități, precum și disponibilitatea acestora de a îmbunătăți modul în care contribuie la obiectivele sistemului românesc de asistență medicală<sup>85</sup>. În plus, sondajele aplicate la nivelul populației sunt o caracteristică obligatorie la nivelul fiecărei CJAS. În fiecare an, CJAS-urile aplică un sondaj<sup>86</sup> pe un eșantion de populație, pentru a evalua nivelul de satisfacție cu furnizorii de servicii medicale și a evalua măsura în care beneficiarii își cunosc drepturile și serviciile care le sunt puse la dispoziție.

**Există puncte de intrare legislative și instituționale pentru îmbunătățirea transparenței și a accesibilității sistemelor de feedback de la beneficiari în sectorul de asistență medicală primară.** În această privință, legea privind drepturile pacienților stipulează dreptul acestora la informații privind gama de servicii disponibile și anumite informații privind furnizorii. De asemenea, există prevederi pentru transmiterea de către pacienți a feedbackului lor privind furnizarea serviciilor de asistență către MS, DSP-uri și CJAS-uri<sup>87</sup>.

### 5.1.2 Amenințări și puncte slabe

**Eforturi limitate de a face accesibile informațiile disponibile grupurilor vulnerabile și subdeservite** (de ex. sub formă de broșuri sau postere). În absența unor astfel de eforturi, pot exista provocări pentru: persoanele care nu cunosc termenii tehnici sau legali necesari înțelegerii drepturilor de care dispun în ceea ce privește accesul la serviciile AMP, persoanele care nu au acces la internet în zone izolate sau pentru persoanele nevăzătoare care ar dori să caute informații despre asistența medicală primară în braille. Mai mult, nivelul de conștientizare al diferitelor mecanisme de petiționare în sectorul sănătății pare să fie limitat, în special în rândul comunităților mai izolate și al grupurilor vulnerabile.

**Descurajarea înregistrării la medicii de familie pentru grupuri subdeservite (altele decât cele financiare).** Acestea includ percepția comportamentului discriminatoriu (cum ar fi perioadele de așteptare mai lungi) și aprecierea limitată de către furnizorii de servicii medicale a unor concepte, credințe și atitudini culturale care influențează stimularea accesării de servicii primare de asistență medicală.

**Lipsa accesului la cardurile de identitate pentru unii membri ai comunităților insuficient deservite și vulnerabile.** În absența cardurilor de identitate, persoanele care ar dori să acceseze serviciile de AMP ar fi în imposibilitatea de a se înscrie la medicii de familie și de a beneficia de servicii medicale. În zonele rurale și cele izolate specifice, unde există deja un deficit de medici de familie, volumul sporit de muncă poate servi ca un factor de descurajare a vizitelor pe teren, ceea ce ar putea avea un efect asupra capacității pacienților vârstnici/cu dizabilități cu mobilitate limitată de a accesa serviciile de AMP.

<sup>84</sup> 'Medierea sanitară pentru romi în România'. Studiu de caz. Copenhaga, Biroul Regional al OMS pentru Europa, 2013. Seria de studii de caz privind sănătatea romilor, nr. 1.

<sup>85</sup> Butu et. al. 2014. 'Are Romanian Family Doctors Ready for Health 2020?' *Management in Health* XVIII/2/2014; pp. 17-20.

<sup>86</sup> Au fost analizate mai multe rapoarte anuale de la diferite CJAS-uri. Rezultatele sunt prezentate în legătură cu satisfacția privind furnizorii medicali și informațiile privind serviciile furnizate în baza Contractului Cadru.

<sup>87</sup> 'Analiza sistemului de sănătate din România 2016'. Sisteme de sănătate în tranziție. Observatorul european de sisteme și politici de sănătate. Vol. 18 nr. 4 2016

## 5.2 Evaluarea capacității și performanței sistemului de mediu

### 5.2.1 Organizare și personal

Structura și organizarea Programului depind de măsura activităților/intervențiilor propuse. Există două domenii de activitate în care trebuie cerute aprobări și autorizații de mediu. În cazul promovării unui program național, acesta trebuie notificat autorității de mediu competente (MM) și, dacă este necesar, se va decide o procedură de Evaluare Strategică de Mediu (ESM). În situația unor intervenții concrete/lucrări de construcție la facilitățile medicale din diferite zone, fiecare beneficiar al lucrărilor va depune notificări separate la autoritatea de mediu competentă (APM locală) și se va decide cu privire la o procedură care va trebui urmată.

Implementarea programului din punct de vedere al mediului va fi elaborată în conformitate cu reglementările și normele aplicabile. Lucrările concrete vor fi analizate de la caz la caz de APM-urile locale competente.

*Ocuparea cu personal și capacitățile la nivelul agențiilor de implementare.* La nivelul Ministerului Sănătății există încă o abordare insuficientă în gestionarea activităților de mediu în raport cu sănătatea publică și, prin urmare, funcțiile corespunzătoare și personalul ministerului din acest domeniu reprezintă o provocare.

În cadrul discuțiilor cu reprezentanții Ministerului Sănătății, evaluarea de mediu a identificat necesitatea unui personal mai mare pentru a aborda aspectele de mediu legate de programele de sănătate publică. În prezent, există doar un expert cu responsabilități legate de aspectele de mediu. În plus, instruirea specifică privind mediul și activitățile legate de sănătatea publică ar putea fi planificată mai sistematic în cadrul programelor anuale de formare ale ministerului.

*Colaborarea între agenții.* Cooperarea între agenții guvernamentale în privința mediului și sănătății se stabilește la nivel central, în strategiile și planurile naționale și este aplicată la nivel local, în cooperarea dintre subordonații autorităților centrale. Rolurile și responsabilitățile sunt prevăzute în următoarele documente strategice principale: Strategia Națională pentru Sănătate 2014-2020<sup>88</sup>, Strategia Națională privind schimbările climatice și creșterea pe baza unor emisii reduse de carbon<sup>89</sup>, Planul național de gestionare a deșeurilor<sup>90</sup>.

*Mecanismul de reclamații.* Cadrul juridic și instituțional în România privind depunerea de petiții/plângeri este stabilit clar la nivelul fiecărei autorități publice, cu obligația de răspuns și soluționare în decurs de 30 de zile de la înregistrarea plângerii. Se țin evidențe ale tuturor plângerilor și, de obicei, rapoartele sunt făcute publice la nivelul fiecărei instituții.

<sup>88</sup> <http://www.ms.ro/strategia-nationala-de-sanatate-2014-2020/>

<sup>89</sup> [http://www.mmediu.ro/app/webroot/uploads/files/2015-12-04\\_Strategia\\_CRESC.pdf](http://www.mmediu.ro/app/webroot/uploads/files/2015-12-04_Strategia_CRESC.pdf)

<sup>90</sup> <http://mmediu.ro/categorie/planul-national-de-gestionare-a-deseurilor-pngd/239>



## 6 EVALUAREA SISTEMULUI DE GESTIONARE A IMPACTULUI SOCIAL ȘI DE MEDIU LA NIVELUL PROGRAMULUI

### 6.1 Evaluarea sistemului Programului pentru gestionarea impactului social

Pe baza analizei detaliate a documentelor existente și a unei evaluări a efectelor sociale ale Programului și în urma discuțiilor cu părțile interesate, analiza prezentată în cadrul acestei secțiuni se concentrează pe cele șase Principii de Bază ale ESSM (a se vedea Tabelul 1) și sintetizează principalele constatări folosind abordarea SWOT, adaptată și aplicată la contextul PpR în modul următor:

- Punctele forte ale sistemului și în ce măsură acesta este conform cu principiile esențiale ale ESSM;
- Inconsecvențe și lacune („puncte slabe”) între principii și sistemul de gestionare a impactului social;
- Acțiuni („oportunități”) pentru consolidarea sistemului existent;
- Riscuri („amenințări”) pentru acțiunile propuse, concepute pentru a consolida sistemul actual;

Tabel 5: Evaluarea sistemului de gestionare a impactului social

<p><b>Principiul de bază 1: Principiul general al gestionării sociale și de mediu</b></p> <p>Procedurile și procesele de gestionare socială și de mediu sunt concepute pentru (a) a promova sustenabilitatea socială și de mediu în conceptul Programului; (b) a evita, a reduce la minim sau a atenua impactul advers și (c) a promova un proces decizional informat în legătură cu efectele sociale și de mediu ale programului</p>
<p><b>Aplicabilitate</b></p> <p>Principiul de bază 1 are o relevanță considerabilă pentru acest Program, având în vedere importanța asistenței medicale primare accesibile și implicațiile acesteia asupra mortalității, calității vieții și capitalului uman, în toate grupurile de populație din România.</p>
<p><b>Rezumatul constatărilor</b></p> <p>Sistemul de gestionare socială al Programului are potențialul de a asigura că intervențiile sale se bazează pe un proces decizional informat, respectiv că există căi precum comisii inter-ministeriale, asociații ale pacienților și cadrul legal și instituțional pentru mecanisme de reclamații la nivel național și local și o implicare activă a ONG-urilor pe chestiuni de sănătate și alte chestiuni de incluziune socială, pentru a facilita transmiterea punctelor de vedere ale beneficiarilor Programului și ale altor părți implicate, puncte de vedere care pot informa procesul decizional privind conceptul Programului. Există și un cadru legal și strategic cuprinzător, care servește drept bază pentru servicii accesibile de asistență primară și pentru incluziunea socială a grupurilor vulnerabile. Totuși, având în vedere că sistemul de gestionare a efectelor sociale are și puncte slabe asociate cu intervențiile planificate în Program, ce ar putea crește riscul asimetriei de informații privind accesul la AMP. Aceste puncte slabe includ eforturile limitate de a pune la dispoziția grupurilor vulnerabile și defavorizate informații în formate accesibile. Acestea vor face referire la aspecte precum drepturile pacienților, accesul la pachetul de servicii de bază AMP pentru grupurile neasigurate și tipurile de mecanisme de soluționare a reclamațiilor și de exprimare a punctului de vedere (feedback), prin intermediul cărora aceștia își pot exprima îngrijorările, sugestiile, etc. Drept urmare, vor fi necesare măsuri suplimentare pentru a</p>



adopta instrumentele de comunicare ce sunt adaptate nevoilor de informare ale grupurilor defavorizate și vulnerabile.	
<p><b>Puncte forte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Există un cadru legislativ solid pentru îmbunătățirea accesului echitabil la servicii de asistență medicală primară</li> <li>Există mecanisme instituționale care facilitează primirea punctelor de vedere de la diferitele părți interesate, privind conceptul de Program, inclusiv proceduri de reclamații la nivel național și local, comisii inter-ministeriale, o implicare activă a ONG-urilor în sectorul de sănătate etc.</li> <li>Există legături solide între reforma asistenței medicale primare și viziunea GR privind o incluziune socială mai bună</li> </ul>	<p><b>Puncte slabe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sunt întreprinse eforturi limitate pentru a furniza informațiile grupurilor vulnerabile și subdeservite în formate accesibile, de exemplu sub forma broșurilor sau posterelor dedicate persoanele care nu au acces la internet în zone izolate, sau în braille pentru persoanele nevăzătoare care caută informații privind asistența medicală primară</li> <li>Nivelul de conștientizare privind aspectele procedurale și lanțurile valorice ale diferitelor mecanisme de petiționare/feedback din sectorul de sănătate par să fie limitate, în special în rândul comunităților izolate și a grupurilor vulnerabile</li> </ul>
<p><b>Ațiuni și oportunități:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborarea și implementarea unei strategii de comunicare și informare a publicului, care să fie adaptată la nevoile publicului țintă</li> <li>AT pentru elaborarea unei Carte a Drepturilor Pacienților în diferite formate accesibile (de ex. imagini, braille)</li> </ul>	<p><b>Riscuri:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Există riscul ca beneficiarii Programului, provenind din grupuri vulnerabile sau zone subdeservite, inclusiv persoanele de etnie Romă sau cele cu un grad redus de alfabetizare, să nu cunoască beneficiile Programului și să nu se înscrie la medicii de familie;</li> </ul>
<p><b>Principiul de bază 5: Populațiile indigene și grupurile vulnerabile</b></p> <p>Existența consultațiilor libere, premergătoare și informate dacă Populațiile Indigene sunt potențial afectate (pozitiv sau negativ), pentru a determina dacă există un sprijin larg pentru program din partea comunității. Astfel, se asigură că Populațiile Indigene pot să participe la trasarea de oportunități pentru a beneficia de exploatarea resurselor uzuale sau a cunoașterii indigene, această cunoaștere indigenă incluzând și consimțământul populațiilor Indigene (ii) Acordă atenție grupurilor vulnerabile la dificultăți sau dezavantaje, inclusiv, după caz, persoanelor sărace, persoanelor cu dizabilități, femeilor și copiilor, vârstnicilor sau grupurilor etnice marginalizate. Dacă este necesar, se iau măsuri speciale pentru a promova accesul echitabil la beneficiile programului.</p>	
<p><b>Aplicabilitate</b></p> <p>Acest principiu are o relevanță foarte mare pentru obiectivele și intervențiile planificate ale Programului, mai ales pe fundalul provocărilor în privința accesului la asistență medicală în rândul grupurilor vulnerabile și marginalizate. De exemplu, dovezile din sondaje atestă că, în 2016, numai 66% din populația rurală era</p>	

<p>asigurată, în comparație cu 86% în zonele urbane și că numai 54% dintre romi sunt cuprinși în schema națională de bază de asigurări de sănătate sau în alte asigurări.</p>	
<p><b>Rezumatul constatărilor</b></p> <p>Din punct de vedere strategic, rezultatele Programului sunt orientate să abordeze inechitatea existentă în ceea ce privește accesul la servicii de asistență medicală primară. Cu toate acestea, există probleme pe parte de „ofertă” din punctul de vedere al furnizorilor de asistență medicală primară, iar aceste probleme sunt de natură operațională, dar și de natură culturală. Există și probleme pe partea de „cerere”, în ceea ce privește informarea și stimularea beneficiarilor pentru a se asigura că grupurile vulnerabile pot să se folosească de beneficiile Programului, precum și obstacolul foarte tangibil reprezentat de absența unui certificat de naștere sau a unei cărți de identitate, care restricționează accesul a aproximativ 160.000 de cetățeni romi la toate serviciile, inclusiv asistența medicală primară.</p>	
<p><b>Puncte forte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programul privind mediatorii sanitari pentru romi din România a demonstrat un potențial ridicat de extindere a inițiativei;</li> </ul>	<p><b>Puncte slabe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Membrii comunităților subdeservite și vulnerabile nu au acces la cărți de identitate care să le permită să se înregistreze pe lista unui medic de familie</li> <li>•</li> </ul>
<p><b>Acțiuni și oportunități:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AT pentru incorporarea formării pe teme de nediscriminare și introducere în cultura minorităților etnice în cadrul modulelor educaționale existente pentru medicii de familie și asistenții medicali</li> </ul>	<p><b>Riscuri</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Este posibil ca membrii comunităților subdeservite și vulnerabile, inclusiv persoanele de etnie Romă, să cunoască beneficiile Programului, dar să nu se înscrie la medicii de familie deoarece nu au cărți de identitate și/sau certificate de naștere</li> <li>• Membrii comunităților defavorizate și vulnerabile, inclusiv roma, nu sunt motivați să apeleze la serviciile AMP din cauza percepțiilor prevalente de lipsă de respect, insensibilitate culturală, etc, din partea furnizorilor de servicii</li> <li>• În anumite zone rurale și izolate, unde există deja un deficit de medici de familie., volumul crescut de muncă pentru medicii de familie ar putea să acționeze în detrimentul vizitelor în teren, ceea ce ar putea să aibă un impact defavorabil asupra pacienților vârstnici/cu dizabilități, care au o mobilitate limitată și asupra capacității de a accesa cabinetele medicilor de familie;</li> </ul>

## 6.2 Evaluarea sistemului prin care Programul gestionează impactul de mediu

**Principiul de bază 1:** Principiul general al gestionării efectelor sociale și de mediu. Acest principiu de bază intenționează să promoveze sustenabilitatea socială și de mediu în conceptul Programului, să evite, să reducă la minim sau să atenueze impactul advers și să promoveze un proces decizional informat în legătură cu impactul social și de mediu al Programului.

Sustenabilitatea ecologică în proiectarea programului vizează evitarea și atenuarea impactului negativ bazat pe promovarea măsurilor preventive și abordarea vulnerabilității și adaptarea sistemului de sănătate la aspectele sensibile la mediu. Aceasta are în vedere îmbunătățirea gestionării deșeurilor medicale și adaptabilitatea sistemului de sănătate la efectele schimbărilor climatice și la evenimente meteorologice extreme și alte situații de urgență naturale. Sustenabilitatea mediului trebuie luată în considerare în mod continuu în procesul de luare a deciziilor pentru orice alt proiect sau intervenție propusă în cadrul acestui program. Pentru orice proiect, atenuarea și reducerea aspectelor sensibile la mediul înconjurător reprezintă o condiție de bază. Sustenabilitatea în ceea ce privește gestionarea deșeurilor medicale este asigurată printr-o îmbunătățire a colectării segregate a diferitelor tipuri de deșeuri, prin reducerea perioadei de colectare a deșeurilor medicale din instalații și prin asigurarea unor condiții de transport mai sigure. Cadrul juridic pentru managementul mediului în România vizează promovarea sustenabilității sociale și sociale în baza unei legislații, regulamente, orientări și aranjamente instituționale cuprinzătoare. Procesul decizional în sectorul sănătății trebuie să ia în considerare în mod constant sustenabilitatea mediului.

În ultimele decenii, procedurile EIA și SEA au evoluat într-un sistem cuprinzător, care transpune pe deplin regulamentele UE și se află într-o continuă dezvoltare din punct de vedere al implementării și al aplicării. Conceptul Programului promovează sustenabilitatea din punct de vedere al mediului și evită, reduce la minim și atenuează impactul advers. Acest principiu esențial este respectat, iar Programul promovează un proces decizional informat privind impactul de mediu al Programului.

**Principiul de bază 2:** Habitate naturale și resurse culturale fizice. Acest principiu esențial intenționează să evite, să reducă la minim sau să atenueze impactul advers al Programului asupra habitatelor naturale și asupra resurselor culturale fizice.

Conceptul programului ia în considerare și se conformează cu cerințele de mediu pentru a evita, a reduce la minim și a atenua impactul advers asupra habitatelor naturale și asupra resurselor culturale fizice. Implementarea în continuare a Programului va ține seama de fiecare locație în care vor avea loc intervențiile, iar autorizațiile de mediu necesare vor fi solicitate corespunzător.

**Principiul de bază 3:** Siguranța publică și siguranța lucrătorilor. Acest principiu esențial intenționează să protejeze siguranța publicului și a lucrătorilor de potențialele riscuri asociate cu: (i) construcția și/sau exploatarea facilităților sau alte practici operaționale din cadrul Programului; (ii) expunerea la substanțe chimice toxice, deșeuri periculoase și alte materiale periculoase în cadrul Programului și (iii) reconstruirea sau reabilitarea infrastructurii amplasate în zone expuse la pericole naturale.

Acest principiu fundamental se aplică fazei de construcție, care trebuie luată în considerare de la începutul proiectării programului. Siguranța publicului și a lucrătorilor este reglementată pe plan intern și obligatorie pentru a fi respectată pe toată faza de construcție. Pentru fiecare lucrări de intervenție / construcție sunt solicitate autorizații legale, în care locațiile și tipul de lucrări determină procedurile de protecție a mediului, a publicului și a lucrătorilor care trebuie respectate. Se emite un set de măsuri specifice împreună cu aprobarea de construcție.

Intervențiile programului în ceea ce privește siguranța publică și a lucrătorilor sunt mici și nu implică o cantitate semnificativă de forță de muncă, deoarece programul vizează numai renovarea clădirilor existente în AMP. Majoritatea forței de muncă va fi angajată la nivel local.

## 7 CONTRIBUȚII LA PLANUL DE ACȚIUNE AL PROGRAMULUI

Acest capitol oferă o perspectivă generală a recomandărilor privind atenuarea riscurilor sociale și de mediu ale Programului și îmbunătățirea eficienței implementării.

Ca o recomandare generală importantă, cu implicații directe atât în gestionarea riscurilor sociale, cât și a celor de mediu este actualizarea Strategiei Naționale de Sănătate pentru o nouă perioadă, după 2020, care să includă cele mai recente considerații și cerințe privind protecția socială, protecția mediului, adaptarea la schimbările climatice și atenuarea acestora, precum și gradul de pregătire și adaptarea la evenimente meteorologice extreme.

### 7.1 Recomandări privind atenuarea riscurilor sociale

#### a) Măsuri necesare

- **Campanie de informare și comunicare la scară largă privind acoperirea extinsă a pachetului de asistență medicală de bază și redefinirea scopului serviciilor medicale.** Aceste acțiuni de informare trebuie să fie adaptate la nevoile și canalele de informare ale grupurilor marginalizate vizate. Se va pune, în mare măsură, accent pe capacitatea asistenților comunitari și a mediatorilor sanitari pentru comunitățile Roma în a face cunoscute informațiile aferente Programului, însă aceasta ar trebui să exploreze, de asemenea, o serie de alte canale și metode de comunicare.
- **Creșterea gradului de conștientizare privind mecanismele de petiționare disponibile, aferente sectorului de asistență medicală primară.** Aceasta măsură ar putea fi parte integrantă a campaniei de informare a publicului, cu scopul sporirii gradului de conștientizare la nivelul publicului.
- **Monitorizarea numărului de persoane îndrumate de asistenții medicali comunitari și mediatorii sanitari, în vederea obținerii de cărți de identitate,** fapt ce ar permite acestor persoane să se înregistreze la medicii de familie<sup>91</sup>;

#### b) Măsuri utile

- **Instituirea accesului la informații privind sectorul de asistență medicală primară în formate accesibile, prin elaborarea și afișarea Cartei Drepturilor Pacienților în cadrul cabinetelor medicale și la nivelul autorităților care activează în domeniul sănătății.** Acest lucru ar contribui la creșterea gradului de conștientizare cu privire la acoperirea asigurării medicale și domeniul de aplicare a serviciilor incluse în pachetul de bază, în mod continuu, dincolo de efortul inițial al campaniei de comunicare. De asemenea, este recomandată adoptarea și instituționalizarea unei abordare proactive în ceea ce privește difuzarea informațiilor privind drepturile pacienților, sarcinile și responsabilitățile medicilor de familie, asistenților medicali comunitari și mediatorilor sanitari pentru comunitățile Roma, precum și a standardelor și procedurilor aferente mecanismelor de petiționare pentru AMP.
- **Evaluarea nevoilor la nivelul comunității și monitorizarea furnizării serviciilor în cadrul AMP.** Instituirea unor evaluări periodice ale nevoilor comunității ar contribui la identificarea lacunelor în furnizarea serviciilor de AMP pe o bază continuă, mai degrabă decât pe o bază ad-hoc. Aceasta ar facilita alocarea și planificarea resurselor pentru această activitate, prin stabilirea de legături cu planurile elaborate de administrațiile locale și DSP. Această abordare va fi, de asemenea, necesară pentru procesul de consolidare a capacităților autorităților teritoriale cu funcții în AMP,

<sup>91</sup> Raportul de monitorizare a societății civile privind implementarea strategiei naționale de incluziune a cetățenilor români de etnie Roma, , Roma Civil Monitor, 2018

sau a altor părți interesate în acest sens. În aceeași direcție, instituirea unei monitorizări periodice a utilizării serviciilor în cadrul AMP și a percepțiilor beneficiarilor cu privire la aceste servicii, ar fi utilă pentru a identifica posibile adaptări ale numărului de beneficiari înregistrați la furnizorii de AMP, precum și orice alte provocări cu privire la accesul acestora la serviciile furnizate în cadrul AMP.

## 7.2 Recomandări pentru atenuarea riscurilor de mediu

### a) Măsuri necesare

- **Dezvoltarea cooperării între agenții la nivel central și local** pentru a aborda adaptarea la schimbările climatice și la evenimentele meteorologice extreme adiacente.
- **Elaborarea unor proceduri și orientări reactive și preventive pentru sistemul AMP** în ceea ce privește responsabilitățile comune și partajate pentru mediul înconjurător și sănătatea publică, în raport cu termenii celor două priorități identificate: adaptarea la efectele schimbărilor climatice și gestionarea deșeurilor medicale.
- Continuarea dezvoltării programelor de informare și formare privind gestionarea deșeurilor medicale pentru personalul medical și paramedical. Evaluarea necesităților de formare suplimentară și dezvoltarea continuă a Resurselor Umane care se ocupă de responsabilitățile legate de aspectele de mediu, în special pentru gestionarea deșeurilor medicale și pentru prevenirea riscului de sănătate umană al evenimentelor meteorologice extreme. **Revizuirea și îmbunătățirea procedurilor pentru serviciile sanitare de a raporta indicatorii de mediu**, cum ar fi: cantitatea de deșeuri medicale colectate din activitatea lor, tipul de deșeuri, periodicitatea colectării, datele privind statutul operatorului sanitar (aprobat pentru tipul de deșeuri colectate).

### b) Măsuri utile

- **Creșterea numărului de angajați care se ocupă de mediul înconjurător la nivel central și local al structurii Ministerului Sănătății** și alocarea unor responsabilități clare în funcție de activitățile necesare pentru a fi realizate în termeni de monitorizare și raportare.
- **Creșterea bugetului alocat măsurilor preventive**, cum ar fi: educația generală și grupurile vulnerabile (copii în școli și bătrâni sau persoane din zonele rurale izolate), campanii de sănătate cu componentă de mediu, programe de difuzare a informațiilor cu privire la preventiv acțiuni de creștere a calității vieții și a mediului etc.

### 7.3 Contribuții privind planul de acțiune al Programului

Tabel 6: Contribuții la Planul de Acțiune al Programului

<b>*Acțiuni sociale</b>			
<b>Acțiune</b>	<b>Termen</b>	<b>Agenția responsabilă</b>	<b>Măsurarea atingerii obiectivelor</b>
1. Dezvoltarea și implementarea unor instrumente de comunicare menite să crească conștientizarea populației cu privire la inițiativele din cadrul Programului, în baza consultării cu Banca Mondială	Anul 2 și 3 al implementării	MS , INSP, societatea civilă	Prezența Legii Drepturilor Pacienților și a altor norme legislative în formate accesibile (ex. Servicii furnizate, tarife, drepturi și responsabilități)  Rezultatele privind gradul de conștientizare cu privire la accesul la serviciile de bază pentru persoanele neasigurate și la sistemele de petiționare și colectare a feedback-ului, rezultate obținute prin instrumente de colectare de date la nivelul beneficiarilor
2. Colectarea și monitorizarea numărul potențialilor beneficiari care sunt ajutați de asistenții sociali în vederea obținerii de cărți de identitate pentru înregistrarea la medicul de familie	Anul 1	CNAS, MS, MMJS	Raportări ale asistenților sociali cu privire la numărul de persoane asistate pentru obținerea ID-urilor în vederea înregistrării la medicul de familie
	Ajustarea metodologiei curente de	MS, Institutul Național de Sănătate Publică, Autoritatea Națională pentru	- Dezvoltarea metodologiei ajustate și a instrumentului de colectare de date[bazat pe triangularea observațiilor



<p>3. Monitorizarea gradului de conștientizare la nivelul beneficiarilor și al punctelor de vedere (feedback) în baza unei metodologii ajustate</p>	<p>colectare de date și colectarea de date la nivelul asistenței medicale comunitare în anul 1</p> <p>Implementarea instrumentului ajustat de colectare de date în anul 2</p>	<p>Managementul Calității în Asistența Medicală</p>	<p>directe și a datelor din sondajul cantitativ] pentru măsurarea gradului de conștientizare privind: pachetul de servicii de bază, existența mecanismelor de reclamație și a percepțiilor privind livrarea serviciilor AMC</p> <p>- Analiza rezultatelor colectării datelor în format de raport</p> <p>- Convocarea unor consultări publice / întâlniri privind rezultatele analizei comparative a datelor inițiale și finale</p>
<b>Ațiuni de mediu</b>			
<b>Ațiuni</b>	<b>Termen</b>	<b>Agenție responsabilă</b>	<b>Măsurarea finalizării</b>

<p>1. Consolidarea punerii în aplicare a reglementărilor existente privind gestionarea deșeurilor medicale pentru gestionarea, colectarea, înregistrarea, depozitarea, decontaminarea, transportul și eliminarea deșeurilor medicale prin elaborarea / actualizarea / revizuirea procedurilor interne și a orientărilor la nivelul AMP.</p>	<p>Primele 6 luni - 1 an de implementare</p>	<p>MS</p>	<p>Ordonanțele / normele interne revizuite ale MS pentru implementarea procedurilor pentru prioritățile reactive și preventive identificate pentru gestionarea deșeurilor medicale. Procedurile și orientările vor include: manipularea, colectarea, înregistrarea, depozitarea, decontaminarea, transportul și eliminarea deșeurilor medicale la nivelul AMP.</p> <p>Pachete de proceduri și ghiduri specifice vor fi dezvoltate la nivelul facilităților de AMP în zonele rurale și izolate.</p>
<p>2. Consolidarea capacității de adaptare, prevenire și reacție la schimbările climatice și evenimente meteorologice extreme prin dezvoltarea / actualizarea / revizuirea procedurilor interne și a orientărilor la nivelul AMP.</p>	<p>Primul an de implementare</p>	<p>MS</p>	<p>Normele / normele interne revizuite de MS pentru implementarea procedurilor pentru prioritățile identificate reactiv și preventiv pentru adaptarea la efectele schimbărilor climatice.</p>

## 8 SCORURI DE RISC SOCIAL ȘI DE MEDIU

### 8.1 Scorul de risc social

Riscul social general al acestui Program poate fi considerat ca fiind unul **semnificativ** din cauza potențialelor obstacole ce ar putea împiedica accesul populațiilor defavorizate la AMP. Unul dintre aceste riscuri este acela al asimetriei informației, și anume faptul că grupurile subdeservite și vulnerabile nu vor apela la serviciile AMP dacă acestea nu știu că din acel moment grupurile neasigurate au acces la pachetul de beneficii de bază AMP, sau în cazul în care există o confuzie sau o percepție greșită ca urmare a comunicării ineficiente sau a lipsei de înțelegere. O altă provocare este reprezentată de nivelul limitat de conștientizare privind mecanismele de reclamații și furnizarea a opiniilor pentru sectorul de asistență medicală primară din România, și drept urmare, beneficiarii nu vor utiliza aceste mecanisme pentru a-și transmite nemulțumirile sau sugestiile cu privire la implementarea și rezultatele Programului. Cel de-al doilea risc este acela că sustenabilitatea socială a Programului poate fi afectată de provocările privind stimularea cererii de AMP, și anume, dacă extinderea nivelului de acoperire al asigurării ar fi suficient pentru a reduce contra-stimulentele non-monetare pentru grupurile vulnerabile, pentru ca populația Romă să utilizeze serviciile AMP (de ex.: lipsa accesului la cărțile de identitate, care le-ar permite acestora să se înregistreze pe lista unui medic de familie).

### 8.2 Scorul de risc de mediu

**Riscul de mediu este moderat** în raport cu cele două dimensiuni principale de mediu identificate în ESSM, care sunt: gestionarea deșeurilor medicale și adaptarea sistemului de sănătate la efectele schimbărilor climatice, luând în considerare și evenimentele meteorologice extreme.

S-ar putea să existe impacturi potențiale negative asociate cu Programul, datorită creșterii generării de deșeuri medicale și a poluării cauzate de surse punctuale, ca urmare a creșterii numărului de facilități AMP care furnizează servicii de îngrijire primară. Numărul crescut de facilități AMP din zonele rurale și îndepărtate ar putea genera impacturi negative asociate dacă aceste servicii AMP nu vor avea acces adecvat și regulat la sistemele existente de gestionare a deșeurilor medicale.

În plus, România este expusă efectelor schimbărilor climatice și unei incidențe sporite a evenimentelor naturale extreme (valuri de căldură, secetă, inundații, furtuni etc.) în special pentru grupurile vulnerabile, dar și pentru comunitățile afectate, iar educația și măsurile de protecție oferite de serviciile AMP sunt încă insuficiente și ineficiente. Amenințările generate de evenimentele extreme pot fi agravate de sistemul de sănătate, care poate avea deficiențe nu numai în ceea ce privește avertizarea timpurie și vigilența, ci și capacitatea sa de a răspunde.

Cu toate acestea, programul va spori accesul populației României la serviciile de sănătate, ceea ce este esențial în cazul dezastrelor naturale induse de schimbările climatice sau a epidemiilor de boli exacerbate de schimbările climatice. Acest lucru va contribui la îmbunătățirea rezistenței la fenomenul schimbărilor climatice al populației care va avea un acces mai mare la informații și îngrijiri adecvate, inclusiv la condițiile legate de climă.

#### *Gestionarea deșeurilor medicale*

Extinderea facilităților de AMP în zonele rurale și izolate, ca parte a Programului, nu va produce un impact negativ semnificativ, atâta timp cât unitățile de AMP vor continua să aibă acces regulat la sistemele funcționale de gestionare a deșeurilor medicale. În acest sens, România are un cadru de reglementare funcțional, instituit în baza normei tehnice privind gestionarea deșeurilor medicale rezultate din serviciile medicale, emisă de Ministerul Sănătății (MS) la data de 12.03.2012 și publicată în Monitorul Oficial la 01.01.2013. Această normă face referire la gestionarea deșeurilor rezultate din activitățile medicale pentru toate serviciile medicale și reglementează modul în care se efectuează colectarea separată pe categorii, ambalaje, depozitare temporară, transport, tratare și eliminare a deșeurilor medicale, acordând o atenție deosebită deșeurilor periculoase, pentru a preveni contaminarea mediului și deteriorarea sănătății publice. Entitatea care generează deșeurile medicale este responsabilă cu gestionarea corespunzătoare a acestora. Unitățile de AMP generează în medie, ca urmare a activităților medicale, mai puțin de 300 de kg de deșeuri periculoase în fiecare an, o cantitate cu potențial redus de producere a unui impact negativ asupra mediului. Totodată, această cantitate este integral gestionabilă în baza cadrului normativ existent.

De asemenea, catalogarea riscului ca fiind moderat se datorează și existenței unui sistem integrat de gestionare a deșeurilor la nivelul României, care implică obligativitatea furnizorilor de servicii medicale de a contracta operatori sanitari autorizați pentru fiecare categorie de deșeuri. Cantitatea medie de deșeuri medicale raportată la zi/lună nu va crește semnificativ ca parte a Programului; ca urmare, nu se așteaptă modificări majore la nivelul contractelor existente pentru gestiunea deșeurilor medicale. Cu toate acestea, pentru noile facilități de AMC din zonele rurale sau izolate, create în cadrul Programului, ar trebui să se confirme existența contractelor de colectare a deșeurilor medicale, semnate cu operatori sanitari specializați.

#### Riscuri asociate cu gestionarea deșeurilor medicale

Una dintre prioritățile esențiale în ceea ce privește protecția mediului în cadrul sectorului sănătății, inclusiv asistența primară și comunitară, este legată de aplicarea constantă a cadrului de reglementare aferent gestionării deșeurilor medicale. Riscul principal, în cadrul acestui Program, este legat de o aplicare insuficientă a cadrului de reglementare existent, descris în anexele ESSM, cu accent pe aplicarea normei tehnice emise de MS, menționate în paragraful anterior. În vederea respectării corespunzătoare a reglementărilor din domeniul gestionării deșeurilor medicale, există câteva aspecte care trebuie adresate:

- Nevoia creșterii nivelului de conștientizare privind aspectele ce țin de prevenirea sau atenuarea riscurilor asociate cu generarea de deșeuri medicale la nivelul asistenței medicale primare și comunitare;
- Dezvoltarea sistemelor de gestionare a deșeurilor medicale la nivelul AMP în zonele rurale, care fac obiectul principal al Programului, necesare atenuării riscurilor ce țin de eliminarea neadecvată a deșeurilor periculoase și nepericuloase;
- Actualizarea contractelor cu operatori sanitari autorizați pentru colectarea și eliminarea corespunzătoare a fiecărei categorii de deșeuri medicale, la nivelul unităților de AMP din zonele rurale asupra cărora Programul se concentrează.

#### *Adaptarea sistemului de sănătate la efectele schimbării climatice*

Conform informațiilor furnizate de Administrația Națională de Meteorologie, temperatura medie anuală a aerului înregistrată în România în 2018 a fost de 11,57 ° C, cea de-a treia cea mai înaltă din 1901. Temperatura medie a aerului înregistrată în 2018 a depășit cu 1,35 ° C normele actuale climatice media multianuală din 1981 până în 2010. Schimbările climatice înseamnă nu numai creșterea temperaturii, ci și

creșterea incidenței evenimentelor extreme, cum ar fi valurile de căldură din timpul verii și ploile înghețate în timpul iernii sau multe alte fenomene naturale.

Aceasta creștere a numărului de evenimente naturale extreme necesită o hotărâre clară de a adapta sistemele, în acest caz privind sănătatea umană în general și grupurile vulnerabile în special. În același timp, este necesar un echilibru între nevoile comunităților și nevoia de a trăi într-un mediu sănătos. Aceasta înseamnă implementarea de măsuri concrete și de eforturi egale în ambele direcții: atât reducerea emisiilor de gaze de seră, cât și adaptarea la efectele schimbărilor climatice.

Este necesar să se stabilească indicatori de supraveghere a sănătății în raport cu mediul în general și cu adaptarea la efectele schimbărilor climatice în special. Indicatorii ar putea să se refere la calitatea aerului, calitatea apei potabile, numărul de boli cauzate de factorii poluatori din mediu etc. Indicatorii pot fi factori determinanți pozitivi și/sau negativi pentru sănătate, în vederea identificării zonelor de intervenție, prevenție și evaluarea rezultatelor politicilor și programelor specifice orientate pe îmbunătățirea sănătății publice. Incidentele de sănătate în perioadele cu temperaturi extreme par să fie cele mai comune manifestări ale efectelor schimbărilor climatice asupra sănătății publice. Incidența bolilor cardiovasculare și a infecțiilor respiratorii a crescut în contextul unei clime mai calde.

Ministerul Sănătății a promovat OM nr.119 din 4 februarie 2014 privind aprobarea normelor de igienă și sănătate publică pentru sănătatea mediului și a populației, publicat în Monitorul Oficial nr.127 din 21 februarie 2014. Această OM stabilește **standarde de igienă și sănătate publică pentru mediul de viață al populației, sursele de apă subterană utilizate pentru alimentarea cu apă potabilă a localităților și operatorilor economici**. Acest act aplică definițiile pentru "zona de protecție sanitară severă", "zonă de protecție sanitară cu regim de restricție" și "perimetru de protecție hidrogeologică", așa cum sunt definite în HG nr. 930/2005 privind aprobarea Normelor speciale privind caracterul și mărimea ariile de protecție sanitară și hidrogeologică și OM 1278/2011 pentru aprobarea Instrucțiunilor privind delimitarea zonelor de protecție sanitară și perimetrul de protecție hidrogeologică. Această OM 119 din 2014 stabilește și norme de igienă privind zonele de locuit. În concordanță cu aceasta, locuințele și apartamentele ar trebui să fie făcute în zone sigure pe terenuri sanitare, pentru a se asigura: (i) protecția populației împotriva fenomenelor naturale cum ar fi alunecările de teren, inundațiile, avalanșele; (ii) reducerea eliberării sau infiltrației substanțelor toxice, inflamabile sau explozive rezultate din poluarea mediului; (iii) sistemul de alimentare cu apă potabilă în conformitate cu normele legale în vigoare; (iv) sistemul de canalizare pentru colectarea, îndepărtarea și neutralizarea apelor uzate menajere, ape meteorice; (v) sistemul selectiv de colectare a deșeurilor; (vi) sănătatea populației față de poluarea antropogenă cu compuși chimici, radiații și / sau contaminanți biologici.

**Politica de mediu pentru adaptarea la efectele schimbărilor climatice cuprinde măsuri reactive și măsuri de prevenție. S-a înființat un Comitet Național Special pentru Situații de Urgență**, prin OM nr. 1422/192/2012 pentru aprobarea Regulamentului privind gestionarea situațiilor de urgență din inundații, fenomene meteorologice periculoase, accidente la construcțiile hidrotehnice și poluarea accidentală a cursurilor de apă și poluarea marină în zonele de coastă. Anexa la OM nr. 1422/192/2012 conține *„Regulamentul privind gestionarea situațiilor de urgență din inundații, fenomene meteorologice periculoase, accidente la construcțiile hidrotehnice, poluare accidentală pe cursurile de apă și poluare marină în zona de coastă”*.

Managementul de urgență al inundațiilor, al fenomenelor meteorologice periculoase, al accidentelor la construcțiile hidrotehnice și al poluării accidentale se realizează prin măsuri preventive, intervenție operativă și reabilitare, constând în identificarea, înregistrarea și evaluarea tipurilor de risc și determinanții lor, notificarea părților interesate, avertizarea, alertarea, evacuarea și adăpostirea populației și animalelor,

limitarea, eliminarea sau contracararea efectelor negative cauzate de factorii de risc. Măsurile de limitare, eliminare sau combatere a efectelor tipurilor de risc menționate mai sus constituie o obligație pentru organele administrației publice centrale și locale cu atribuții în acest domeniu. În cazul secetei, atunci când debitele de apă nu pot fi furnizate tuturor utilizatorilor autorizați, se aplică restricții temporare privind utilizarea resurselor de apă pe baza planurilor de restricții și a utilizării apei în perioade scurte. Situațiile de apărare generate de inundații, fenomene meteorologice periculoase, accidente la construcțiile hidrotehnice și poluarea accidentală sunt declanșate atunci când se constată apariția fenomenului periculos (depășirea pragurilor de apărare) sau când probabilitatea apariției este stabilită prin prognoză. Metodele caracteristice de apărare la inundații sunt:

- a) zone de avertizare stabilite la stațiile hidrometrice și stațiile de măsurare a precipitațiilor, în amonte de zonele expuse, după caz la precipitații, nivele sau debite;
- b) mărimea zonei de apărare locală stabilită în apropierea obiectivelor, sub formă de nivele sau debite.

Stațiile hidrometrice și stațiile de avertizare a precipitațiilor fac parte din rețeaua națională de hidrologie și meteorologie și trebuie amplasate la o distanță suficientă de avertizare, astfel încât măsurile pre-stabilite necesare să poată fi luate prin planurile de apărare. În cazul inundațiilor, există niveluri de apărare, cum ar fi: pentru prima fază Codul Galben, a doua fază de apărare Codul Portocaliu și a treia fază a apărării Codul Roșu. În anexa 3 la MO nr. 1422/192/2012 se stabilește structura Planului județean pentru apărarea împotriva inundațiilor, fenomenele meteorologice periculoase, accidentele la construcțiile hidrotehnice și poluarea accidentală pentru comitetul județean de urgență. În anexa 8 este prezentat conținutul **rapoartelor operative privind efectele fenomenelor hidro-meteorologice periculoase** pregătite și prezentate în timpul fenomenelor care au loc.

S-a înființat **sistemul RO-ALERT** pentru a fi utilizat în situațiile importante în care sunt puse în pericol viața și starea de sănătate a cetățenilor, precum condiții meteorologice extreme, inundații preconizate, atacuri teroriste și alte situații care reprezintă amenințări grave pentru comunități.<sup>92</sup> Acest sistem este gestionat de Inspectoratul General pentru Situații de Urgență (IGSU) conform prevederilor Art. 104 par. 1 litera c din Legea nr. 98 din 2016 privind achizițiile publice, cu modificările și completările ulterioare.

Sistemul "RO-ALERT" are o serie de avantaje, printre care:

- Transmiterea mesajelor de avertizare adaptate la evenimentul iminent prin rețelele operatorilor de telefonie mobilă;
- Transmiterea rapidă a mesajelor către toți utilizatorii din zonă amenințați chiar și în condiții de congestione de către rețelele operatorilor de telefonie mobilă;
- Afișarea rapidă a mesajelor pe ecranul terminalului mobil fără a fi necesară intervenția utilizatorului;
- Repetarea ciclică a mesajelor de alertă la intervale configurabile;
- Primirea alertelor și a terminalelor de roaming;
- Precizia mesajelor de avertizare bazată exclusiv pe informațiile furnizate de surse autorizate.
- Sistemul "RO-ALERT" a fost testat în septembrie 2018, iar percepția populației este bună în ceea ce privește nevoia de reacție rapidă în situații de urgență.

<sup>92</sup><https://ro-alert.ro/en/about-ro-alert-2/>



## Anexa A. Bibliografie

- Raportul privind incluziunea romilor în copilăria timpurie, 2012
- Studiu regional privind populația romă, 2011
- Diagnostic și sfaturi de politici ale Băncii Mondiale pentru sprijinirea incluziunii populației rome în România, 2014
- Atlasul zonelor rurale marginalizate și al dezvoltării umane locale în România, Banca Mondială, 2016
- Atlasul zonelor urbane marginalizate, Banca Mondială, 2014
- Re-thinking performance assessment for primary care: Opinion of the expert panel on effective ways of investing in health (articol științific, European Journal of General Practice, 2018)
- Sistemele de sănătate în tranziție – România – Analiza sistemului de sănătate (2016)
- Starea de sănătate în UE, Profilul de sănătate al României, 2017
- Acordarea accesului la asistență medicală comunitară în județul Sibiu, Direcția de Sănătate Publică Sibiu, 2017
- Evaluarea asistenței medicale comunitare în România, UNICEF, 2006
- Studiul și evaluarea mediatorilor pentru sănătate în comunitățile rome în România, USAID, 2006
- Rapoarte de activitate de la Școala Națională de Sănătate Publică, Direcțiile Județene de Sănătate Publică din Satu Mare, Cluj, Sibiu, Institutul Național de Sănătate Publică pe anul 2017.
- Raport municipal privind activitatea mediatorilor sanitari în Timișoara, Municipality din Timișoara, 2009
- Raport privind nevoile de asistență medicală primară în zonele rurale, Oxford Policy Management, 2011

### Strategii și planuri naționale

- Strategia națională de sănătate 2014-2020
- Strategia națională privind incluziune socială și reducerea sărăciei 2015-2020
- Strategia națională de incluziune a cetățenilor români aparținând minorității rome 2014-2020
- Planul național de acțiune pentru gestionarea deșeurilor
- Strategia națională pentru adaptarea la schimbările climatice

### Proiecte

- POCU EU Asistență comunitară integrată
- Servicii comunitare integrate de sănătate și sociale, Programul de cooperare elvețiano-român, 2014
- Socio-Map – Studiu privind mediatorii romi, Granturi norvegiene, 2017
- Inițiative în sănătatea publică, RO 19.03, Extinderea mediatorilor sanitari pentru romi în România pentru creșterea stării generale de sănătate a populației rome, Granturi norvegiene, Institutul Național de Sănătate Publică, 2014-2016

## Anexa B: Legislație de mediu

Lege	Scop
Legea nr. 211 / 2011 privind regimul deșeurilor, republicată (responsabilitățile MS în Art.52).	<p>- <b>În Articolul 7 (b)</b> se face referire la Decizia Comisiei 2000/532 / EC din 3 mai 2000 care înlocuiește Decizia 94/3 / EC care stabilește o listă de deșeuri conform Articolului 1 1 lit. (a) din Directiva Consiliului 75/442 / EEC privind deșeurile și Directiva Consiliului 94/904 / EC care stabilește o <b>listă de deșeuri periculoase</b>;</p> <p>- <b>În Capitolul 12 – Protejarea sănătății populației și protejarea mediului, Articolul 20:</b> „Gestionarea deșeurilor trebuie să se facă fără a pune în pericol sănătatea umană și fără a deteriora mediul înconjurător”.</p> <p>- <b>În Capitolul 32 „Înregistrarea și păstrarea datelor”, Articolul 49:</b> (4). Raportarea datelor și informațiilor privind gestionarea deșeurilor se va face la autoritatea teritorială de protecția mediului, până la 31 martie din anul care urmează anului de raportare, atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic. (5) Agenția de Protecția Mediului păstrează, în scopuri statistice, înregistrările prevăzute la paragraful (1) timp de cel puțin 5 ani.</p> <p><b>În Articolul 52 – Ministerul Sănătății</b> are următoarele sarcini:</p> <p>(a) să evalueze, prin structuri competente, impactul potențial asupra sănătății populației, cauzat de funcționarea entităților generatoare de deșeuri și/sau a obiectivelor de tratare a deșeurilor; (b), (c) ; (d); (e) (f); (g); (h) sunt descrise în textul principal</p>
Legea nr. 249 din 28 octombrie 2015 privind modalitatea de gestionare a ambalajelor și deșeurilor de ambalaje.	<p>La Articolul 1 se prevede:</p> <p>(1) Această lege reglementează gestionarea ambalajelor și a deșeurilor de ambalaje pentru a preveni sau a reduce impactul asupra mediului.</p> <p>(2) Prevederile acestei Legi se vor aplica în conformitate cu cerințele specifice de calitate privind ambalarea pentru siguranță, sănătate și igienă</p>
HG nr. 1061 din 10 septembrie 2008 privind transportul deșeurilor periculoase și nepericuloase pe teritoriul României (doar despre transportul deșeurilor).	<p><b>La Capitolul V: Transportarea deșeurilor rezultate din activitatea medicală</b></p> <p><b>Articolul 24</b></p> <p>(1) Gestionarea deșeurilor rezultate din activități medicale se va face în conformitate cu Normele Tehnice privind gestionarea deșeurilor rezultate din activități medicale și cu Metodologia de colectare a datelor pentru banca națională de date privind deșeurile rezultate din activități medicale, aprobată prin Ordinul Ministrului Sănătății și Familiei nr. 219/2002, cu modificările și completările ulterioare.</p> <p>(2) Ambalajele de deșeuri cu ambalaje neetichetate cu următoarele informații nu vor fi acceptate: date de identificare ale unității sanitare, secția/laboratorul, cantitatea și data completării.</p>

<p>HG nr. 349 din 21 aprilie 2005 privind depozitarea deșeurilor</p>	<p>La Articolul 5 – Deșeurile care nu sunt acceptabile pentru depozitare într-un depozit sunt:</p> <p>c) mic – deșeuri medicale periculoase sau alte deșeuri clinice periculoase de la unități medicale sau veterinare cu proprietatea H9, așa cum sunt definite în Anexa nr. I E și având categoria la care se face referire în A punctul 14 din anexa nr. I C la Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 78/2000, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 426 / 2001;</p>
<p>HG nr. 856 din 16 august 2002 privind evidența gestiunii deșeurilor și aprobarea listei cuprinzând deșeurile, inclusiv deșeurile periculoase</p>	<p>Anexa nr. 2: Lista de deșeuri, inclusiv deșeurile periculoase</p> <p>18 – Deșeuri rezultate din activitățile <b>unităților sanitare</b> și activități veterinare și/sau cercetare asociată (fără deșeuri din activitatea alimentară în restaurante sau bucătării, care nu au legătură directă cu sănătatea);</p> <p>18 01 – deșeuri rezultate din activități de prevenție, diagnostic și tratament în facilitățile sanitare;</p>
<p>HG nr. 942/20.12.2017 privind aprobarea Planului Național de gestionare a deșeurilor, publicat în Monitorul Oficial Partea I, nr. 11 bis.</p>	<p>La secțiunea VI.5 dedicată indicatorilor de monitorizare, Tabelul VI.19 – Indicatori de monitorizare pentru prevenirea generării de fluxuri de deșeuri prioritare există Partea 6 dedicată măsurilor din Secțiunea VI.5 dedicată indicatorilor de monitorizare în Tabelul VI.19 – Indicatori de monitorizare pentru prevenirea generării de fluxuri prioritare de deșeuri este Partea 6 dedicată măsurilor privind prevenirea deșeurilor medicale (</p>
<p>HG nr. 1028 din 18 noiembrie 2014 privind aprobarea Strategiei Naționale de sănătate 2014 - 2020 și a Planurilor de Acțiune pentru 2014-2020 pentru implementarea SN, promovată de Guvernul României, publicată în Monitorul Oficial nr. 891 din 8 decembrie 2014;</p>	<p>SN este ghidată de următoarele principii:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Accesul la serviciile de sănătate este un drept fundamental;</li> <li>2. Populația trebuie să aibă acces la personal medical și de încredere;</li> <li>3. Planificarea resurselor umane în sănătate trebuie să țină seama de nevoile și de solicitările înregistrate în sistemul de sănătate și comunitar;</li> <li>4. Distribuirea echitabilă a resurselor umane pentru a evita sau a remedia dezechilibrele între zonele rurale și cele urbane;</li> <li>5. Gestionarea eficientă pentru a crește la maxim potențialul forței de muncă de a furniza servicii de calitate;</li> <li>6. Asigurarea unei finanțări corespunzătoare pentru a sprijini implementarea cu succes a Planului Multianual pentru dezvoltarea strategică a resurselor umane în sănătate 2017-2020;</li> <li>7. Motivarea personalului medical din punct de vedere financiar, profesional și educațional.</li> </ol>
<p>OM nr. 1149 din 28 septembrie 2017 pentru modificarea și completarea OM al Ministrului Sănătății nr. 1093/2004 privind abilitarea laboratoarelor de toxicologie pentru efectuarea determinărilor de noxe</p>	<p>În conformitate cu Art. 2 lit. d) și art. 3 lit. a) din Hotărârea de Guvern nr. 1.414 / 2009 privind înființarea, organizarea și funcționarea Institutului Național de Sănătate Publică, cu modificările și completările ulterioare, precum și în conformitate cu 29 lit. v) din Ordinul Ministrului Sănătății nr. 261/2010 privind aprobarea organigramei și a Regulamentului de organizare și funcționare al Institutului Național de Sănătate Publică București, cu modificările și completările ulterioare, conform prevederilor</p>

<p>profesionale, emis de MS, publicat în Monitorul Oficial nr. 801 din 10 octombrie 2017</p>	<p>art. 7 par. (4) din Hotărârea de Guvern nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificări și completări, Ministrul Sănătății emite următorul ordin: Articolul I din OM al Ministrului Sănătății nr. 1.093 / 2004 privind abilitarea laboratoarelor de toxicologie pentru efectuarea determinărilor de noxe profesionale, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 840 din 14 septembrie 2004, cu modificările și completările ulterioare, se va modifica și completa.</p>
<p>OM nr. 1279 din 14 decembrie 2012 al Ministrului Sănătății privind aprobarea Criteriilor de Evaluare, a condițiilor de funcționare și monitorizare a echipamentelor de tratare prin decontaminare termică la temperaturi scăzute a deșeurilor medicale periculoase.</p>	<p>La Art.2 sunt prevăzute categoriile de deșuri periculoase rezultate din activitatea medicală, conform Ordinului Ministrului Sănătății nr. 1226 / 2012 și listei de deșuri din Anexa 2 la Hotărârea de Guvern nr. 856/2002 privind evidența gestionării deșeurilor și aprobarea listei de deșuri, inclusiv deșuri periculoase, cu adăugirile ulterioare, care pot fi supuse tratamentului de decontaminare termică la temperaturi scăzute, sunt, fără excepție, numai următoarele categorii:</p> <p>a) deșuri infecțioase cu codul 18 01 03 *;</p> <p>b) deșuri ascuțite conform codului 18 01 01.</p>
<p>OM nr. 1226 din 03 decembrie 2012 privind pentru aprobarea Normelor tehnice privind gestionarea deșeurilor rezultate din activități medicale și Metodologiei de culegere datelor, aplicat la 17 ianuarie 2013, publicat în Monitorul Oficial Partea I, nr. 855 din 18 decembrie 2012, modificat până la 5 iulie 2016.</p>	<p>Acest OM reglementează modul în care se efectuează colectarea separată pe categorii, ambalarea, depozitarea temporară, transportul, tratarea și eliminarea deșeurilor medicale, acordând o atenție deosebită deșeurilor periculoase pentru a împiedica contaminarea mediului și afectarea sănătății în Capitolul 1, paragraf 1. În Art. 2. (1) menționează că „Aceste norme tehnice sunt aplicate de toate unitățile sanitare, indiferent de forma de organizare în care se efectuează activitățile ca urmare a cărora se produc deșuri, denumite în continuare deșuri medicale” și la (2) „Producătorul de deșuri medicale răspunde de gestionarea deșeurilor medicale rezultate din activitatea sa”.</p>
<p>OM Nr. 119 din 4 februarie 2014 privind aprobarea normelor de igienă și sănătate publică privind mediul de viață al populației, publicat în Monitorul Oficial nr. 127 din 21 februarie 2014.</p>	<p>OM stabilește standarde de igienă și sănătate publică privind mediul de viață al populației, pentru sursele subterane de apă utilizate pentru alimentarea cu apă potabilă a localităților și a operatorilor economic, definește „zona de protecție sanitară severă”, „zona de protecție sanitară cu regim de restricție” și „perimetrul de protecție hidrogeologică” sunt aplicate conform Hotărârilor de Guvern 930/2005 privind aprobarea Normelor Speciale privind caracterul și dimensiunea zonelor de protecție sanitară și hidrogeologică și Ordinului Ministrului Mediului și Pădurilor 1.278 / 2011 pentru aprobarea instrucțiunilor privind delimitarea zonelor de protecție sanitară și a perimetrului de protecție hidrogeologică;</p> <p>OM mai prevede și regulile de igienă aferente zonelor de locuit: Locuințele trebuie construite în zone sigure, pe teren salubritat, pentru a asigura:</p> <p>a) protejarea populației împotriva apariției de fenomene naturale precum alunecări de teren, inundații, avalanșe;</p> <p>(b) Reducerea eliberării sau infiltrării de substanțe toxice, inflamabile sau explozive rezultate din poluarea mediului;</p>

	<p>c) sistemul de alimentare cu apă potabilă în conformitate cu normele legale în vigoare;</p> <p>d) sistemul de canalizare pentru colectarea, îndepărtarea și neutralizarea apelor uzate menajere, apelor meteorice;</p> <p>e) Sistemul de colectare selectivă a deșeurilor;</p> <p>f) Sănătatea populației versus poluarea antropogenă cu compuși chimici, radiații și/sau factori de contaminare biologică.</p> <p>(2) Se va lua în considerare zonarea funcțională a localităților: separarea funcțiilor, relația de interdependență între diferitele zone funcționale, evitarea incompatibilităților funcționale în zonele de locuit și funcțiile complementare.</p> <p>(3) Se vor asigura zonele de protecție sanitară conform prevederilor legale în vigoare, pe baza aprobărilor aferente facilităților tehnice municipale ale zonelor rezidențiale.</p> <p>(4) Zonele cu risc natural sau antropogen se vor desemna ca zone cu interdicție de construire a clădirilor rezidențiale sau socioculturale, pe baza studiilor geologice efectuate de instituții competente, până la eliminarea riscului.</p>
<p>OM nr. 756 din 26 noiembrie 2004 pentru aprobarea Normativului tehnic privind incinerarea deșeurilor</p>	<p>Procesele de tratare termică a deșeurilor sunt o opțiune fezabilă după recuperare (colectare, sortare, reciclare) și înainte de eliminarea controlată.</p> <p>Scopul general al incinerării deșeurilor este:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- reducerea la minim a potențialului de risc și poluare;</li> <li>- reducerea cantității și volumului de deșeuri;</li> <li>- transformarea substanțelor rămase într-o formă care permite recuperarea sau depozitarea acestora;</li> <li>- transformarea și valorificarea energiei produse.</li> </ul> <p>În Anexa nr. 1 a prezentului act normativ, sistemul integrat de gestionare a deșeurilor este prezentat în două moduri:</p> <p>Echilibru material – energie - poluare</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- intrări – deșeuri, energie etc.;</li> <li>- emisii în atmosferă, apă, materiale inerte reciclabile;</li> <li>- produse finale – materiale secundare, compost, energie reutilizabilă;</li> </ul>

	<p>Costuri și venituri.</p> <p>Oxidarea la temperaturi înalte transformă componentele organice în oxizi gazoși specifici, care sunt în principal dioxid de carbon și apă. Compușii anorganici sunt mineralizați și transformați în cenușă.</p>
<p>HG 242/2013 privind cerințele minime de securitate și sănătate în muncă pentru prevenirea rănilor provocate de obiecte ascuțite în activitățile din sectorul spitalicesc și cel al asistenței medicale.</p>	<p>Această HG a aprobat normele tehnice pentru incineratoare.</p>
<p>Legea drepturilor pacienților 2003 – Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacienților, publicată în Monitorul Oficial nr. 51 din 29 ianuarie 2003.</p>	<p>Pacientul are dreptul să fie informat cu privire la starea sa de sănătate, intervențiile medicale propuse, potențialele riscuri ale fiecărei proceduri, alternativele la procedurile propuse, inclusiv refuzarea tratamentului și neconformarea cu recomandările medicale, precum și date privind diagnosticul și prognosticul (Art.6).</p> <p>Informațiile sunt aduse în atenția pacientului într-un limbaj respectuos și clar, cu reducerea la minim a terminologiei specializate; dacă pacientul nu cunoaște limba română, informațiile i se aduc la cunoștință în limba sa maternă sau în limba pe care o cunoaște sau, dacă este necesar, se va căuta o altă formă de comunicare (Art.8).</p>
<p>OM al Ministrului Sănătății nr. 1093/ 2004 privind abilitarea laboratoarelor de toxicologie pentru efectuarea determinărilor de noxe profesionale, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 840 din 14 septembrie 2004.</p>	<p>Acest OM introduce prevederi privind coordonarea determinării poluanților profesionali de către specialiști experimentați, necesitatea reevaluării periodice a laboratorului pentru a permite verificarea competenței de a determina noxele profesionale și posibilitatea soluționării acestora situații în care apar schimbări în activitatea acestor laboratoare.</p>
<p>Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 1/2014 privind unele măsuri în domeniul managementul situațiilor de urgență, precum și pentru modificarea și completarea Ordonanței de urgență nr. 21/2004 privind Sistemul Național de Management al Situațiilor de Urgență</p>	<p>În Articolul 1, la Ministerul Afacerilor Interne este înființat Departamentul pentru Situații de Urgență, denumit în continuare Departamentul, structură operațională fără personalitate juridică, cu puteri de coordonare permanentă, la nivel național, a activităților pentru prevenirea și gestionarea situațiilor de urgență, prevederea și coordonarea resurselor umane, materiale, financiare și altor resurse necesare pentru a restaura normalitatea, inclusiv primul ajutor și asistență de urgență în unități și compartimente de urgență, denumite în continuare UPU, până la internarea în spital.</p>
<p>Hotărârea de guvern 94/2014 privind organizarea, funcționarea și componența Comitetului Național pentru Situații Speciale de Urgență</p>	<p>La Articolul 2 prevede: la (2) Comisia Națională va asigura:</p> <p>a) îndeplinirea atribuțiilor specifice privind realizarea în România a obiectivelor strategiilor europene și internaționale de reducere a dezastrelor;</p> <p>b) adoptarea politicilor și strategiilor pentru cunoașterea, prevenirea și gestionarea urgențelor, precum și pentru atenuare;</p>



	<p>c) coordonarea gestionării situațiilor de urgență determinate de principalele tipuri de riscuri prevăzute la Anexa nr. 2;</p> <p>d) monitorizarea și evaluarea permanentă a riscurilor, amenințărilor și vulnerabilităților în domeniul de competență;</p>
<p>OM comun nr. 1422 / 192/2012 pentru aprobarea Regulamentului privind gestionarea situațiilor de urgență generate de inundații, fenomene meteorologice periculoase, accidente la construcții hidrotehnice și poluări accidentale pe cursurile de apă și poluări marine în zona costieră;</p>	<p>La Articolul 2 prevede: #Structurile administrației centrale și locale implicate în gestionarea urgențelor de inundații, fenomene meteorologice periculoase, accidente la construcții hidraulice, poluarea accidentală a cursurilor de apă și poluarea marină în zone de coastă vor asigura îndeplinirea prevederilor acestui ordin (?).</p> <p>Anexa conține „REGLEMENTĂRILE privind gestionarea situațiilor de urgență din inundații, fenomenelor meteorologice periculoase, accidentelor la construcții hidrotehnice, poluării accidentale a cursurilor de apă și poluarea marină în zona de coastă”.</p> <p>În acest regulament sunt definite următoarele tipuri de riscuri care generează urgențe:</p> <p>a) inundațiile ca urmare a revărsărilor naturale ale cursurilor de apă, cauzate de precipitații crescute și/sau de topirea bruscă a zăpezii sau blocaje cauzate de dimensiunea neadecvată a podurilor și a scurgerilor de poduri, blocaje produse de gheață sau resturi care plutesc (deșeuri și cherestea), alunecări de teren, alunecări și avalanșe de zăpadă, precum și scurgeri de pe pante;</p> <p>b) inundații cauzate de incidente, accidente sau deteriorări ale construcțiilor hidrotehnice;</p> <p>c) inundații cauzate de ridicarea maselor de apă de la sol;</p> <p>d) Fenomene meteorologice periculoase: ploi torențiale, ninsori abundente, furtuni și viscol, depuneri de gheață, chiciură, pluguri (??), îngheț timpuriu sau târziu, căldură, grindină și secetă;</p> <p>e) inundații cauzate de furtuni pe mare;</p> <p>f) secetă hidrologică (lipsă de apă la sursă din cauza secetei prelungite);</p> <p>g) poluarea accidentală a cursurilor de apă și poluarea marină în zona de coastă.</p>

## Anexa C: Legislația privind incluziunea socială în cadrul serviciilor de sănătate

Lege	Scop
Legea nr. 95/2006 Legea privind reforma în domeniul sănătății	Reforma stabilește rolul asistenței medicale comunitare și al asistenței medicale primare în furnizarea generală a serviciilor de sănătate publică.
Legea asistenței sociale (292/2011)	Actul legislativ definește obiectivele, rolurile și responsabilitățile în legătură cu asigurarea protecției sociale pentru categoriile vulnerabile. Stabilește principalele beneficii de protecție socială și servicii sociale aplicabile grupurilor vulnerabile în România.
OUG 18/2017 privind asistența medicală comunitară, aprobată prin Legea nr. 180/2017	Definește cadrul legal și instituțional pentru asistența medicală comunitară, definește categoriile vulnerabile pe care le abordează Programul, responsabilitățile furnizorilor de servicii (asistenții medicali comunitari, mediatorii sanitari pentru romi, moașe), centrele comunitare integrate. Normele metodologice de aplicare pentru această Lege nu existau la data acestei evaluări.
Ordonanța de urgență nr. 162/2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competente exercitate de Ministerul Sănătății Publice către autoritățile administrației publice locale;	Privit și ca reforma descentralizării în serviciile de sănătate, actul definește implicarea instituțională și responsabilitățile autorităților publice locale în raport cu furnizarea serviciilor de sănătate la nivel local. Obiectivele privind asistența medicală comunitară sunt responsabilitatea autorităților locale, sub coordonarea Ministerului Sănătății și a Direcțiilor Județene de Sănătate Publică.
Ordin al Ministrului Sănătății și Familiei nr. 619/2002 pentru aprobarea funcționării ocupației de mediator sanitar și a Normelor tehnice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității mediatorilor sanitari, cu modificările și completările ulterioare.	Cadrul pentru activitățile comunitare ale mediatorilor sanitari în comunitățile rome.
Legea nr. 53/2003 – Codul muncii	Actul legislativ reglementează relațiile de muncă individuale și colective, aplicarea reglementărilor privind angajarea și jurisdicția muncii.
Legea nr. 319/2006 – Sănătatea și securitatea la locul de muncă	Legea prevede cadrul general pentru sănătatea și securitatea la locul de muncă, rolurile și responsabilitățile, organismele de monitorizare.
Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap (republicată în 2008)	Reglementează drepturile și obligațiile persoanelor cu dizabilități, acordate în scopul integrării și incluziunii sociale a acestora.
Legea nr. 202/2002 privind egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați	Cadrul legal pentru promovarea șanselor și tratamentului egal pentru bărbați și femei și eliminarea tuturor formelor de discriminare pe bază de gen în toate sferele vieții publice din România.
Legea nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public	Legea prevede principiile de transparență pentru administrația publică, asigurarea accesului liber și

	nerestricționat al cetățenilor la informații de interes public, definite ca atare de această lege; constituie unul din principiile fundamentale ale relației dintre persoane și autoritățile publice, în conformitate cu Constituția României și cu tratatele internaționale ratificate de Parlamentul și de Guvernul României.
Legea nr. 350/2001 privind amenajarea teritoriului și urbanismul	Legea definește rolurile și responsabilitățile în planificarea urbană în România.
Legea nr. 287/2009 – Noul Cod civil	Noul Cod civil din România prevede indicarea și reglementarea accesului la proprietățile învecinate, drepturi privind despăgubirile, principiile vecinătății de bună credință.
Legea nr. 263/2004 privind asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență	Legea guvernează furnizarea asistenței medicale printr-o instituție suplimentară (pe lângă cabinetele de medicină de familie și spitale), centrele permanente. Legea guvernează înființarea, organizarea și funcționarea acestor centre.