



**STRATEGIA NAȚIONALĂ  
DE SĂNĂTATE  
2023-2030**

„Pentru sănătate, împreună”

## Lista acronimelor

APL – Administrația Publică Locală	MCID – Ministerul Cercetării, Inovării și Digitalizării
AMC – Asistența Medicală Comunitară	MDLPA – Ministerul Dezvoltării, Lucrărilor Publice și Administrației
ANAF – Agenția Națională de Administrare Fiscală	ME – Ministerul Educației
ANDIS – Agenția Națională pentru Dezvoltarea Infrastructurii în Sănătate	MEC – Ministerul Economiei
ANSVSA – Autoritatea Națională Sanitară Veterinară și pentru Siguranța Alimentelor	MIPE – Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene
ANT – Agenția Națională pentru Transplant	MMAP – Ministerul Mediului, Apelor și Pădurilor
AP – Acțiuni Prioritare	MMSS – Ministerul Muncii și Solidarității Sociale
ASM – Academia de Studii Medicale	MRSS – Masterplanurile Regionale de Servicii de Sănătate
CAS – Casa de Asigurări de Sănătate	MS – Ministerul Sănătății
CASS – Contribuție e Asigurări Sociale De Sănătate	MT – Ministerul Transporturilor
CE – Comisia Europeană	O.M.S. – Ordin al Ministrului Sănătății
CFR – Colegiul Farmaciștilor din România	OMS – Organizația Mondială a Sănătății
CMDR – Colegiul Medicilor Dentiști din România	OAMGMAMR – Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România
CMI – Cabinet Medical Individual	OG – Obiectiv genreală
CMR – Colegiul Medicilor din România	OS – Obiectiv Specific
CNAS – Casa Națională de Asigurări de Sănătate	PNRR – Planul Național de Redresare și Reziliență
CNSLMA – Centrul Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog	PNS – Program Național de Sănătate
Co-Ca – Contractul-Cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate	P Sănătate 2021-2027 – Programul Sănătate 2021-2027
CPU/UPU – Centre/Unități de Primiri Urgențe	POCA – Programul Operațional Capacitate Administrativă
CTS – Centru de transfuzii sanguine	PRSS – Planurile Regionale de Servicii de Sănătate
DA – Direcție de Acțiune	PSB – Pachet de Servicii de Bază
DEPABD – Direcția Evidența Populației și Administrarea Bazelor de Date	SABIF – Serviciul de Ambulanță București-Ilfov
DSP – Direcția de Sănătate Publică	SAJ- Serviciul de Ambulanță Județean
ETM – Evaluare a Tehnologiilor Medicale	SIIS – Sistemul Informațional Integrat în Domeniul Sănătății
FNUASS – Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate	SMP – Societăți Medicale Profesionale
ICDG – Institutul de Cercetare-Dezvoltare în Genomică	SNAMUPAC – Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim-ajutor calificat
INMSS – Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate	SNMF – Societatea Națională de Medicina Familiei
INSP – Institutul Național de Sănătate Publică	SNS – Strategia Națională de Sănătate
MADR – Ministerul Agriculturii și Dezvoltării Rurale	STS – Serviciul de Telecomunicații Speciale
MAI – Ministerul Afacerilor Interne	UAT – Unitate Administrativ-Teritorială
	UMF – Universitate de Medicină și Farmacie

# CUPRINS

1.	INTRODUCERE .....	4
2.	VIZIUNE.....	6
3.	PRIORITĂȚILE ȘI POLITICILE DE REFERINȚĂ .....	7
4.	ANALIZA CONTEXTULUI ȘI DEFINIREA PROBLEMELOR.....	10
4.1.	ANALIZA IMPLEMENTĂRII STRATEGIEI NAȚIONALE DE SĂNĂTATE 2014 – 2020.....	17
5.	ARII STRATEGICE DE INTERVENȚIE .....	20
5.1.	ARIA STRATEGICĂ DE INTERVENȚIE SĂNĂTATE PUBLICĂ .....	20
OG.1.	ASIGURAREA SUSTENABILITĂȚII ȘI A REZILIENȚEI SISTEMULUI DE SĂNĂTATE PUBLICĂ... 20	
OG.2.	ANI DE VIAȚĂ SĂNĂTOȘI ȘI CREȘTEREA CALITĂȚII VIEȚII .....	22
OG.3.	REDUCEREA MORTALITĂȚII ȘI MORBIDITĂȚII ASOCIATE BOLILOR TRANSMISIBILE CU IMPACT INDIVIDUAL ȘI SOCIETAL MAJOR.....	24
5.2.	ARIA STRATEGICĂ DE INTERVENȚIE SERVICII DE ÎNGRIJIRI DE SĂNĂTATE.....	27
OG.4.	ÎMBUNĂTĂȚIREA DISPONIBILITĂȚII, ACCESULUI ECHITABIL ȘI ÎN TIMP UTIL LA SERVICII DE SĂNĂTATE ȘI TEHNOLOGII MEDICALE SIGURE ȘI COST-EFICACE .....	27
5.3.	ARIA STRATEGICĂ DE INTERVENȚIE UN SISTEM DE SĂNĂTATE INTELIGENT ȘI ECHITABIL... 35	
OG.5.	GUVERNANȚA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE .....	35
OG.6.	ASIGURAREA SUSTENABILITĂȚII ȘI A REZILIENȚEI FINANCIARE A SISTEMULUI DE SĂNĂTATE.....	37
OG.7.	ASIGURAREA UNEI RESURSE UMANE ADECVATE, RETENȚIA ȘI PROFESIONALIZAREA ACESTEIA .....	40
OG.8.	CREȘTEREA OBIECTIVĂRII, TRANSPARENȚEI ȘI RESPONSABILIZĂRII SISTEMULUI DE SĂNĂTATE.....	41
OG.9.	COORDONAREA ÎNGRIJIRII ȘI INTEGRAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE.....	44
OG.10.	INTEGRAREA ADECVATĂ A CERCETĂRII ȘI INOVĂRII PENTRU ÎMBUNĂTĂȚIREA STĂRII DE SĂNĂTATE.....	45
OG.11.	ÎMBUNĂTĂȚIREA CALITĂȚII SERVICIILOR DE SĂNĂTATE PRIN INVESTIȚII ÎN INFRASTRUCTURA DE SĂNĂTATE .....	47

# 1. INTRODUCERE

Strategia Națională de Sănătate 2023- 2030 (SNS) reprezintă angajamentul Ministerului Sănătății, ca autoritate centrală de elaborare și coordonare a politicilor de sănătate la nivel național, față de cetățenii României, în vederea îmbunătățirii speranței de viață sănătoasă și a calității vieții acestora. De asemenea, SNS oferă cetățenilor posibilitatea informării adecvate și a implicării active în deciziile referitoare la menținerea și îmbunătățirea propriei sănătăți. Actuala SNS este construită ținând cont de rolul fundamental al determinantilor stării de sănătate, a poziționării și mobilității persoanelor în grupuri sociale și comunități pe parcursul vieții acestora și implicit a interacțiunii cetățenilor cu sistemul de îngrijiri de sănătate.

Sistemul românesc de sănătate nu a avut până în prezent o abordare strategică susținută, politicile de sănătate implementate fiind în principal reactive și documentate suboptimal din punct de vedere al dovezilor științifice și al bunelor practici internaționale în domeniu. Unul din factorii determinanți care a contribuit la această situație a fost reprezentat de schimbarea frecventă a echipelor guvernamentale și a decidenților tehnici în poziții cheie, asociată cu inconsistența în implementarea cadrului strategic în vigoare și mai ales cu absența unui sistem de monitorizare și ajustare regulată a politicilor implementate.

Strategia Națională de Sănătate *“Sănătate pentru prosperitate”* a fost elaborată în anul 2013, a acoperit perioada 2014 - 2020 și a răspuns, printre altele, necesității de fundamentare a procesului de programare a fondurilor europene aferente perioadei 2014 – 2020 și de îndeplinire a condiționalității ex-ante pentru Acordul de Parteneriat al Comisiei Europene cu România.

Actuala Strategie Națională de Sănătate *“Împreună pentru sănătate”* acoperă perioada 2022 – 2030, continuă obiectivele strategiei anterioare și răspunde nevoilor de reforme structurale ale sectorului de sănătate. De asemenea, strategia constituie cadrul de politică strategic național pentru sănătate în temeiul căruia se va evalua modul de îndeplinire a condiției favorizante aplicabile domeniului sănătății solicitate de Comisia Europeană cu privire la dezvoltarea Acordului de Parteneriat și a programelor în România pentru perioada 2021 – 2027, precum și a recomandărilor de țară formulate de Comisia Europeană cu privire la sistemul de sănătate.

Proiectul strategiei a fost dezvoltat de către o echipă multidisciplinară de experți în cadrul proiectului POCA *“Crearea cadrului strategic și operațional pentru planificarea și reorganizarea la nivel național și regional a serviciilor de sănătate SIPOCA 728/129165”*, în perioada 06/2021 – 02/2022, și a fost supus dezbaterii instituționale cu toți actorii relevanți, la nivelul fiecărei regiuni administrative în 03-04/2022. Ulterior proiectul a fost publicat pe website-ul Ministerului Sănătății, cu posibilitatea transmiterii de sugestii și propuneri, iar echipa proiectului a integrat în documentul strategic comentariile primite.

În perioada de elaborare a proiectului, au avut loc întâlniri cu reprezentanții tuturor instituțiilor relevante la nivel central din sistemul de sănătate (*Parlamentul României, Departamentul de sănătate al Administrației Prezidențiale, MS, CNAS, INSP, ANMCS, ANMDM*), iar în cadrul dezbaterilor instituționale au avut loc întâlniri tehnice cu reprezentanții actorilor relevanți la nivel regional și județean din cadrul fiecărei regiuni de dezvoltare (*DSP, CAS, CRSP, INMSS, INHT, ANT, SAJ, CMR, CMDR, OAMGMAMR, CFR, UMF, echipele de management ale spitalelor/institutelor clinice și ale spitalelor județene, Societăți profesionale medicale, Asociații de pacienți, Instituția Prefectului, APL*).

Observațiile și comentariile transmise în perioada de consultare, precum și cele provenite de la direcțiile de specialitate ale Ministerului Sănătății au fost analizate, preluate și integrate în

documentul final de către un grup tehnic constituit la nivelul Ministerului Sănătății, format din membri ai comisiilor de specialitate și din specialiști ai ministerului.

### **Abordarea comprehensivă a sănătății**

Așteptările actuale ale cetățenilor români sunt ca sistemul de sănătate, organizațiile de îngrijire a sănătății și profesioniștii din domeniul sănătății să treacă la un nivel mai înalt de performanță și să adopte o abordare umanistă și comprehensivă a îngrijirii sănătății, în care cetățeanul este privit și respectat ca o persoană completă, cu nevoi multiple.

Abordarea centrată pe cetățean este diferită de abordarea centrată pe pacient, deoarece ia în considerare faptul că înainte ca cetățenii să devină pacienți trebuie să fie informați și împuterniciți în promovarea și protejarea propriei sănătăți, precum și în asigurarea unui mediu de viață de calitate. Abordarea centrată pe cetățean necesită ca valorile, nevoile de sănătate, așteptările, preferințele, bunăstarea și starea de sănătate a tuturor membrilor societății să fie luate în considerare în mod echilibrat.

În plus, conceptul centrat pe cetățean are o utilitate suplimentară prin faptul că îi cuprinde nu doar pe cei care solicită și au nevoie de sprijin pentru a obține o sănătate bună, ci și pe cei care furnizează serviciile și care conduc organizațiile și sistemele în cadrul cărora sunt furnizate serviciile de sănătate. Profesioniștii din domeniul sănătății, managerii serviciilor de sănătate, angajatorii, factorii de decizie în domeniul sănătății și politicienii sunt, de asemenea, cetățeni și au nevoi și așteptări de la sistemul de sănătate ca toți ceilalți membri ai populației generale. Ei pot deveni pacienți și fac parte din familiile și comunitățile pe care sistemul de sănătate este conceput să le servească. Nevoile acestora trebuie, de asemenea, luate în considerare și, de asemenea, ar trebui să fie împuterniciți să transforme și să conducă la îmbunătățiri ale calității și receptivității sistemului de sănătate.

Cu aceste premise, România își declară prin SNS 2022 – 2030 intenția de a implementa reforme structurale susținute ale sistemului de sănătate, în mod particular, referitoare la:

- modernizarea, flexibilizarea și dezvoltarea serviciilor de sănătate publică;
- implicarea activă și responsabilizarea cetățeanului în deciziile referitoare la propria sănătate;
- întărirea capacității autorităților publice locale pentru acțiuni concrete și susținute de îmbunătățire a stării de sănătate a comunităților pe care le reprezintă;
- accesul în timp util la servicii de îngrijiri de sănătate diversificate, performante și de calitate oferite de echipe de profesioniști în asistența medicală primară;
- îmbunătățirea continuă a coordonării și furnizării serviciilor de urgență furnizate în timp util, precum și continuarea integrării acestora în cadrul celorlalte servicii de îngrijiri de sănătate furnizate;
- investiții comprehensive în prevenția primară, inclusiv stomatologică, cu scopul de a reduce povara pe care îmbolnăvirile evitabile o reprezintă pentru sistemul de sănătate;
- investiții comprehensive în infrastructură, resurse umane și instrumente de creșterea calității serviciilor de îngrijiri de sănătate oferite în toate domeniile de asistență medicală;
- diversificarea serviciilor de îngrijiri de sănătate oferite ca și servicii ambulatorii (pre și post spital), eficientizarea, creșterea performanței și a calității serviciilor de îngrijiri de sănătate oferite în asistența medicală secundară și terțiară;
- creșterea capacității instituționale pentru elaborarea și coordonarea politicilor de sănătate, precum și planificarea și organizarea serviciilor de îngrijiri de sănătate (inclusiv prin înființarea ANDIS, CRUSP, CNIS);
- adaptarea mecanismelor de finanțare și de contractare a serviciilor de îngrijiri de sănătate la nevoile și realitățile sistemului de sănătate;
- diversificarea, flexibilizarea, creșterea performanței și rezilienței profesioniștilor în sănătate;
- coordonarea și integrarea serviciilor de sănătate prin dezvoltarea rețelelor teritoriale funcționale pentru principalele boli cu impact major reflectat prin dizabilitate și mortalitate evitabilă;

- modernizarea sistemului informațional în sănătate, cu accent pe interoperabilitatea informațiilor și digitalizare;
- implicare susținută în cercetarea translațională în sănătate în vederea gestionării și reducerii poverii bolilor printr-o îngrijire inovatoare durabilă, precum și dezvoltarea unor instrumente, tehnologii și soluții pentru o societate sănătoasă.

## 2. VIZIUNE

„O populație mai sănătoasă și cu autonomie mai ridicată, cu o speranță de viață sănătoasă în creștere susținută și cu o calitate a vieții bună”

Cetățenii români sunt parteneri responsabili, informați adecvat, care participă activ la gestionarea propriei sănătăți și iau decizii favorabile lor, grupurilor sociale și comunităților din care fac parte pentru o sănătate publică mai bună.

Societatea în ansamblu valorizează sănătatea ca un bun comun și actorii relevanți acționează sinergic pentru o stare de sănătate cât mai bună a indivizilor și a populației.

Abordarea din perspectivă populațională a sănătății este preferată abordării strict medicale și este reflectată prin prioritizarea intervențiilor preventive, asigurarea accesului facil și echitabil la servicii de sănătate performante, de calitate înaltă, acordate în timp util, interconectate și oferite coordonat și integrat și printr-o finanțare adecvată, flexibilă și susținută, precum și o populație cu nevoi și așteptări satisfăcute.

Inechitățile de acces la servicii de îngrijiri de sănătate s-au ameliorat considerabil, astfel încât toată populația României are acces echitabil și universal la servicii de îngrijiri de sănătate de bază.

Profesioniștii din sistemul de sănătate interacționează empatic, profesionist și cu compasiune cu pacienții, familiile și apropiații aparținătorii acestora și îi sprijină activ în deciziile referitoare la propria sănătate. De asemenea, profesioniștii din sistemul de sănătate sunt valorizați și recompensați corespunzător, lucrează într-un mediu sigur, sunt pro-activi, acționează coordonat și sinergic și oferă intervenții/servicii care produc valoare adăugată societății.



### VIZIUNEA

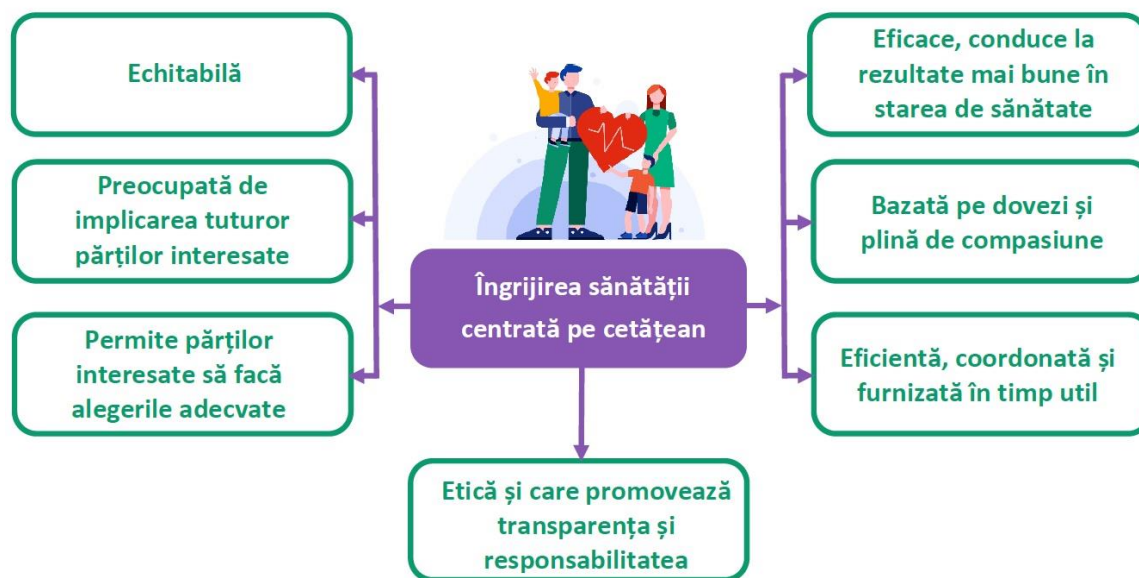
„Pentru sănătate, împreună”



### MISIUNE

„Un sistem de sănătate responsabil, prietenos și transparent, care oferă alegeri informate și servicii de calitate înaltă cetățenilor, posibilități de dezvoltare și motivație profesioniștilor în sănătate, asigură facilități sanitare sigure și primitive, investiții adecvate în sănătatea populației și a comunităților și își asumă rolul de lider în toate deciziile care privesc starea de sănătate”

Obiectivele și măsurile strategiei, au fost formulate prin raportarea la un set de valori asociate care sunt prezentate în figura de mai jos.



Principiul călăuzitor al Strategiei a fost poziționarea cetățeanului în centrul sistemului de sănătate și implicarea activă a acestuia în deciziile referitoare la sănătatea proprie și a comunității în care trăiește.

### 3. PRIORITĂȚILE ȘI POLITICILE DE REFERINȚĂ

Strategia a fost elaborată în concordanță cu politicile și strategiile la nivel european și național și integrează recomandările prevăzute în evaluarea Strategiei Naționale de Sănătate 2014-2020 și Profilurile de țară pentru România ale Comisiei Europene în ceea ce privește sănătatea<sup>1,2</sup>, reformele prevăzute în Planul Național de Redresare și Reziliență și Programul pentru Rezultate în domeniul sănătății în România agreat cu Banca Mondială<sup>3</sup> și de oportunitățile de finanțare ale Programului Sănătate 2021-2027. De asemenea, în elaborarea documentului strategiei s-a ținut cont de Raportul

<sup>1</sup> [https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/2019\\_chp\\_romania\\_romanian\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/2019_chp_romania_romanian_0.pdf)

<sup>2</sup> [https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021\\_chp\\_romania\\_english.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_romania_english.pdf)

<sup>3</sup> <https://documents1.worldbank.org/curated/en/318821560866840902/pdf/Romania-Health-Program-for-Results.pdf>

Legea nr. 1/2021 pentru ratificarea Acordului de împrumut (Program pe bază de rezultate în sectorul sanitar din România) dintre România și Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare, semnat la New York la 23 septembrie 2019, amendat și actualizat prin Scrisoarea de amendament semnată între România și Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare la București la 31 iulie 2020 și la 26 august 2020

de evaluare a Sistemului Informațional în Sănătate (2019)<sup>4</sup> și Rapoartele Naționale ale Stării de Sănătate a Populației/Copiilor și Tinerilor din 2020 elaborate de către Institutul Național de Sănătate Publică – Centrul Național de Evaluare și Promovare a Stării de Sănătate<sup>5,6</sup>.

Strategia Națională de Sănătate 2022 – 2030, a avut în vedere alinierea și concordanța cu următoarele documente de politică publică sau strategice de la nivel național:

- Programul de Guvernare 2021 - 2024<sup>7</sup>;
- Strategia Națională pentru Dezvoltarea Durabilă a României 2030<sup>8</sup>;
- Strategia Națională privind Incluziunea Socială și Reducerea Sărăciei pentru perioada 2022 - 2027<sup>9</sup>;
- Strategia Națională de Cercetare, Inovare și Specializare Inteligentă 2022 - 2027<sup>10</sup>;
- Strategia Națională privind Siguranța Rutieră pentru perioada 2022 - 2030<sup>11</sup>;
- Strategia Națională de Apărare a Țării pentru perioada 2020 - 2024<sup>12</sup>;
- Strategia Națională Anticorupție 2021 - 2025<sup>13</sup>.

Astfel, strategia a avut în vedere acordul și sinergia cu următoarele politici/obiective/documente ale Comisie Europene:

- Planul strategic al Directoratului General Sănătate și Siguranță Alimentară 2020 - 2024 (hrană sănătoasă și sigură, mediu înconjurător nepoluant, combaterea cancerului, accesul pacienților la tehnologii medicale sigure, inovative și accesibile, răspuns coordonat la amenințări de sănătate transfrontaliere, îmbunătățirea acoperirii vaccinale, combaterea rezistenței antimicrobiene, e-health)<sup>14</sup>;
- Planul European de Luptă Împotriva Cancerului<sup>15,16</sup>;
- Registrul European al Inegalităților în Cancer<sup>17</sup>;
- Strategia Farmaceutică pentru Europa<sup>18</sup>;
- Regulamentul privind Evaluarea Tehnologiilor Medicale<sup>19</sup>;
- Planul strategic 2019-2023 al European Heart Network<sup>20</sup>;
- „A European Cardiovascular Health Plan: the need and the ambition” al European Alliance for Cardiovascular Health<sup>21</sup>;

<sup>4</sup> [https://insp.gov.ro/wp-content/uploads/2022/07/HIS\\_Romania\\_Final.pdf](https://insp.gov.ro/wp-content/uploads/2022/07/HIS_Romania_Final.pdf)

<sup>5</sup> [https://insp.gov.ro/download/cnepss/stare-de-sanatate/rapoarte\\_si\\_studii\\_despre\\_starea\\_de\\_sanatate/starea\\_de\\_sanatate/RAPORTUL-NATIONAL-AL-STARI-DE-SANATATE-A-POPULATIEI-%25E2%2580%2593-2020.pdf](https://insp.gov.ro/download/cnepss/stare-de-sanatate/rapoarte_si_studii_despre_starea_de_sanatate/starea_de_sanatate/RAPORTUL-NATIONAL-AL-STARI-DE-SANATATE-A-POPULATIEI-%25E2%2580%2593-2020.pdf)

<sup>6</sup> [https://insp.gov.ro/download/cnepss/stare-de-sanatate/rapoarte\\_si\\_studii\\_despre\\_starea\\_de\\_sanatate/sanatatea\\_copiilor/rapoarte-nationale/Raport-National-de-Sanatate-a-Copiilor-si-Tinerilor-din-Romania-2020.pdf](https://insp.gov.ro/download/cnepss/stare-de-sanatate/rapoarte_si_studii_despre_starea_de_sanatate/sanatatea_copiilor/rapoarte-nationale/Raport-National-de-Sanatate-a-Copiilor-si-Tinerilor-din-Romania-2020.pdf)

<sup>7</sup> [https://gov.ro/fisiere/programe\\_fisiere/Program\\_de\\_Guvernare\\_2021-2024.pdf](https://gov.ro/fisiere/programe_fisiere/Program_de_Guvernare_2021-2024.pdf)

<sup>8</sup> <http://dezvoltaredurabila.gov.ro/web/wp-content/uploads/2018/12/Strategia-națională-pentru-dezvoltarea-durabilă-a-României-2030.pdf>

<sup>9</sup> <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/254234>

<sup>10</sup> <https://www.research.gov.ro/uploads/comunicate/2022/strategia-naional-de-cercetare-inovare-i-specializare-inteligent-2022-2027.pdf>

<sup>11</sup> <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/256029>

<sup>12</sup> [https://www.presidency.ro/files/userfiles/Documente/Strategia\\_Nationala\\_de\\_Aparare\\_a\\_Tarii\\_2020\\_2024.pdf](https://www.presidency.ro/files/userfiles/Documente/Strategia_Nationala_de_Aparare_a_Tarii_2020_2024.pdf)

<sup>13</sup> <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/249932>

<sup>14</sup> [https://ec.europa.eu/info/system/files/sante\\_sp\\_2020\\_2024\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/system/files/sante_sp_2020_2024_en.pdf)

<sup>15</sup> [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021-2025\\_cancer-roadmap1\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021-2025_cancer-roadmap1_en_0.pdf)

<sup>16</sup> [https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:8dec84ce-66df-11eb-aeb5-01aa75ed71a1.0016.02/DOC\\_1&format=PDF](https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:8dec84ce-66df-11eb-aeb5-01aa75ed71a1.0016.02/DOC_1&format=PDF)

<sup>17</sup> <https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu>

<sup>18</sup> <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0761&from=EN>

<sup>19</sup> <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/PDF/?uri=CELEX:32021R2282&from=EN>

<sup>20</sup> EHN Strategic Plan 2019-2023 (ehnhheart.org)

<sup>21</sup> EACH-Plan-Final\_130522.pdf (cardiovascular-alliance.eu)



- „Intersectoral Global Action Plan on epilepsy and other neurological disorders 2022 – 2031” al Organizației Mondiale a Sănătății<sup>22</sup>;
- Planul de acțiune pentru accident vascular cerebral în Europa, al European Stroke Organization<sup>23</sup>;
- Foaia de parcurs și prioritățile Health Emergency Preparedness and Response Authority (agenți patogeni cu potențial pandemic ridicat, amenințări chimice, biologice, radiologice și nucleare, amenințări din cauza rezistenței antimicrobiene)<sup>24</sup>;
- Programul EU4Health 2021-2027 și planul de acțiuni pentru 2022<sup>25</sup>;
- Inițiativa UE privind reducerea poverii bolilor netransmisibile “Împreună mai sănătoși” (determinanții sănătății pentru promovarea sănătății și prevenție, boli cardiovasculare, diabet, boli respiratorii cronice, sănătate mintală și boli neurologice)<sup>26</sup>;
- Planurile de acțiune ale Agenției Executive pentru Sănătate și Digitalizare<sup>27</sup>;
- Spațiul European al Datelor privind Sănătatea<sup>28</sup>;
- Planul Strategic al Directoratului General Cercetare și Inovație 2020 - 2024<sup>29</sup>.

De asemenea, documentul strategic a fost dezvoltat în conformitate cu prioritățile OMS-Biroul Regional pentru Europa<sup>30</sup>:

- Tranziția către acoperirea universală cu servicii de sănătate (poziționarea cetățenilor în centrul serviciilor de sănătate furnizate, asigurarea protecției financiare a acestora, asigurarea accesului egal la medicamente, vaccinuri și dispozitive medicale, îmbunătățirea guvernantei și a planificării și gestionării responsabile a resurselor disponibile)<sup>31</sup>;
- Protecția împotriva amenințărilor la adresa sănătății (evidențierea lecțiilor învățate pe parcursul pandemiei de Covid-19, sprijin acordat guvernelor în pregătirea și creșterea capacității de răspuns, consolidarea pregătirii regionale și a capacității de răspuns și producerea bunurilor necesare gestionării crizelor)<sup>32</sup>;
- Promovarea sănătății și a bunăstării (sprijinirea comunităților care încurajează sănătatea și bunăstarea, promovarea unei vieți mai sănătoase și mai bune, îmbunătățirea siguranței pacienților și combaterea rezistenței antimicrobiene, dezvoltarea unui sistem informațional strategic pentru diferite niveluri de inegalități în sănătate și bunăstare, îmbunătățirea eficienței prin inovare în ceea ce privește digitalizarea și organizarea programelor și politicilor de sănătate)<sup>33</sup>.

<sup>22</sup> <https://www.who.int/publications/m/item/intersectoral-global-action-plan-on-epilepsy-and-other-neurological-disorders-2022-2031>

<sup>23</sup> <https://eso-stroke.org/projects/stroke-action-plan/#:~:text=The%20Stroke%20Action%20Plan%20for,the%20continent%20run%20until%202030.>

<sup>24</sup> [https://health.ec.europa.eu/publications/health-emergency-preparedness-and-response-authority-work-plan-2022\\_en](https://health.ec.europa.eu/publications/health-emergency-preparedness-and-response-authority-work-plan-2022_en)

<sup>25</sup> [https://health.ec.europa.eu/publications/health-emergency-preparedness-and-response-authority-work-plan-2022\\_en](https://health.ec.europa.eu/publications/health-emergency-preparedness-and-response-authority-work-plan-2022_en)

<sup>26</sup> [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-07/ncd\\_initiative\\_factsheet.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-07/ncd_initiative_factsheet.pdf)

<sup>27</sup> [https://hadea.ec.europa.eu/about/legal-base-and-key-documents\\_en](https://hadea.ec.europa.eu/about/legal-base-and-key-documents_en)

<sup>28</sup> [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-05/com\\_2022-197\\_annex\\_en.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-05/com_2022-197_annex_en.pdf)

<sup>29</sup> [https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/rtd\\_sp\\_2020\\_2024\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/rtd_sp_2020_2024_en.pdf)

<sup>30</sup> <https://www.who.int/europe/about-us/our-work/core-priorities>

<sup>31</sup> [https://www.who.int/europe/about-us/our-work/core-priorities/moving-towards-universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/europe/about-us/our-work/core-priorities/moving-towards-universal-health-coverage-(uhc))

<sup>32</sup> <https://www.who.int/europe/about-us/our-work/core-priorities/protecting-against-health-emergencies>

<sup>33</sup> <https://www.who.int/europe/about-us/our-work/core-priorities/promoting-health-and-well-being>

## 4. ANALIZA CONTEXTULUI ȘI DEFINIREA PROBLEMELOR

România a trecut prin transformări politice, economice și sociale profunde în ultimii 30 de ani, fapt care a avut un impact major atât în starea de sănătate a populației, cât și în organizarea sistemului de sănătate actual. Trecerea de la un sistem politic totalitar la un sistem democratic, reformele economice, sociale și educaționale perpetue, dar și tranziția incompletă a sistemului de sănătate au avut un impact direct și major în principalii indicatori demografici și cei ai stării de sănătate (*natalitate redusă, spor natural negativ constant, emigrație importantă, creșterea speranței de viață, mortalitate infantilă în scădere foarte lentă, schimbarea modelului de morbiditate și mortalitate, mortalitate evitabilă ridicată*). Pe de o parte, reminiscentele unui sistem extrem de centralizat și coercitiv iar, pe de altă parte, lipsa standardelor împreună cu laxitatea în interpretarea regulilor reprezintă factori suplimentari care influențează situația sistemului de sănătate actual.

În contextul analizei efectuate, diminuarea importanței acordate abordării din perspectivă populațională a sănătății și favorizarea aproape exclusivă a asistenței medicale curative, scăderea interesului pentru asigurarea rezervei de personal operativ (medici și asistenți medicali) și a infrastructurii necesare în sectorul asistenței medicale de urgență în spital și prespital (SAJ/SABIF), precum și „contradicția” dintre ceea ce precizează actele normative și acțiunile implementate, raportul finanțării categoriilor de servicii menționate, distribuția resurselor umane specializate și mai ales uzitarea neadekvată a responsabilității individuale versus responsabilitatea statului referitoare la serviciile de prevenție/serviciile curative au condus în mare parte la situația de fapt, respectiv la un sistem de sănătate care nu reușește pună în concordanță investițiile cu rezultatele în starea de sănătate obținute.

Deși rezultatele în materie de sănătate s-au îmbunătățit în România în ultimele două decenii, ele rămân sub media Uniunii Europene, cu disparități geografice semnificative. Speranța de viață în România este printre cele mai scăzute din Uniunea Europeană, deși a crescut cu mai mult de patru ani din anul 2000 (*de la 71,2 ani până la 75,6 ani în 2019*) (Eurostat, 2021). În ultimul deceniu ritmul de creștere al speranței de viață s-a diminuat, sporul înregistrat în perioada 2011-2019 fiind de numai un an (*Figura 1*). Atât nivelul redus, cât și ritmul modest de creștere a speranței de viață reflectă comportamente nesănătoase, dezechilibre socioeconomice, precum și deficiențe în furnizarea și accesul la servicii de sănătate. Ratele mortalității evitabile prin prevenție și ale mortalității prin cauze tratabile sunt printre cele mai ridicate din UE.

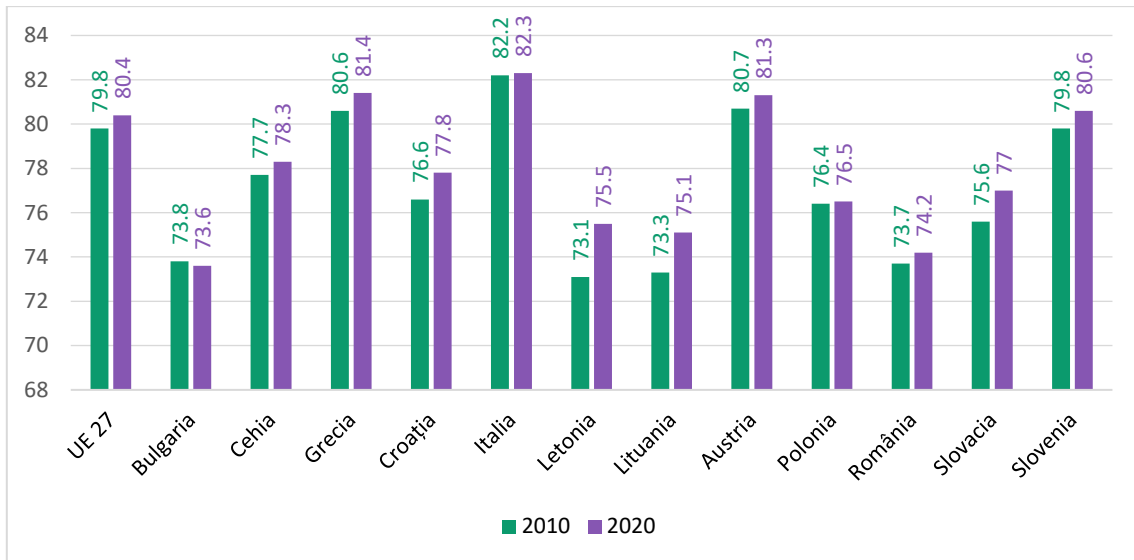


Figura 1 - Speranța de viață la naștere în state ale UE (2010, 2020). Sursa: Eurostat.

Astfel, România se află printre statele membre ale UE cu cea mai mare mortalitate evitabilă, înregistrând valori înalte ale deceselor atât din cauze prevenibile prin intervenții de sănătate publică, cât și din cauze tratabile prin îngrijiri de calitate adecvată (Figura 2). Ca și în restul Uniunii Europene, principalele cauze ale mortalității evitabile în România sunt bolile sistemului circulator, cancerul și accidentele, însă valorile înregistrate în țara noastră sunt de 1,5 - 3 ori mai mari decât media UE 27 (Figura 3). Decalajul dintre mortalitatea evitabilă din România și media Uniunii Europene (UE) se reflectă nu numai la nivelul indicatorilor stării de sănătate, ci are consecințe indirecte asupra economiei, prin scăderea productivității forței de muncă, precum și asupra familiilor pacienților, care sunt nevoite să aloce timp și resurse îngrijirilor informale. Problema mortalității evitabile este cu atât mai stringentă, cu cât profilul demografic al populației României este nefavorabil, iar cel al morbidității este mixt, marcat de coexistența bolilor netransmisibile și transmisibile.

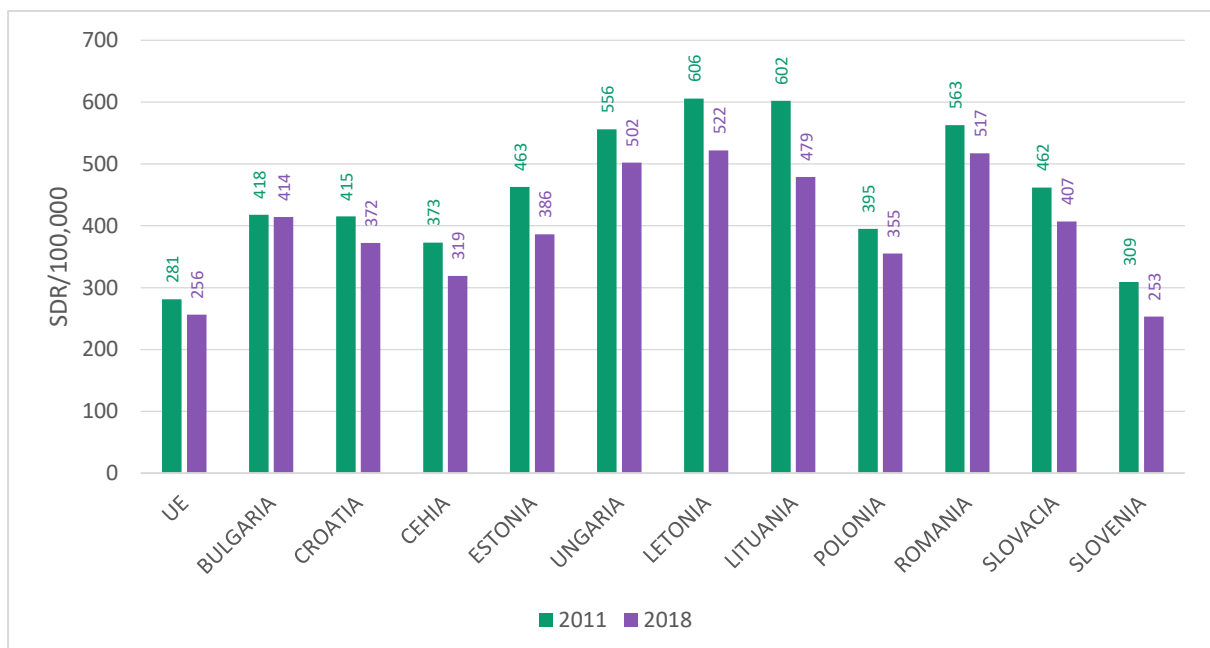


Figura 2 - Mortalitatea evitabilă în state membre ale UE (2011, 2018, rata standardizată a mortalității, decese la 100.000 de locuitori). Sursa: Eurostat.

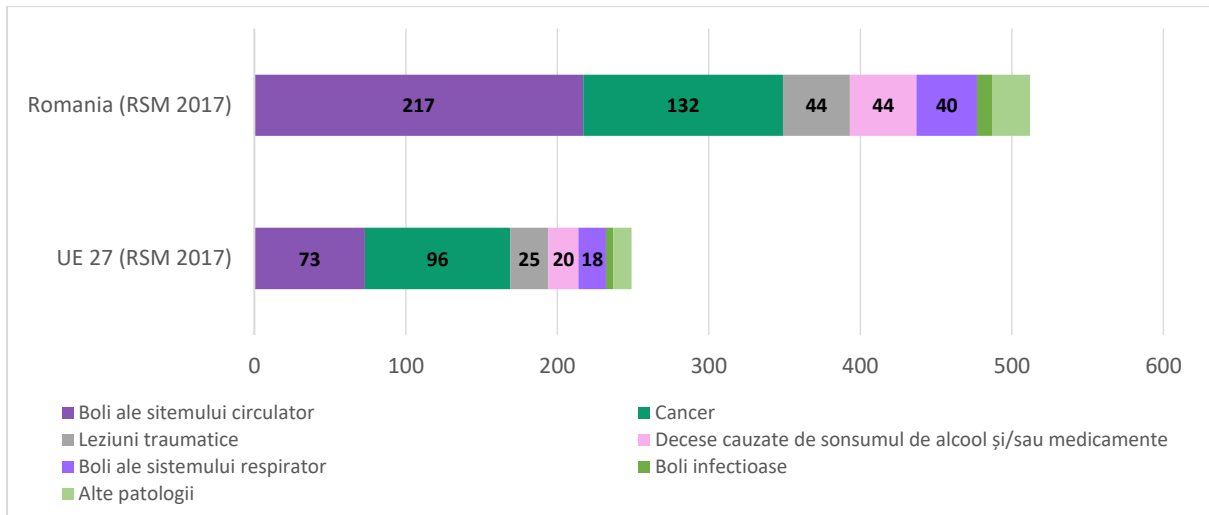


Figura 3 - Principalele cauze ale mortalității evitabile în România și UE (rata standardizată a mortalității, decese la 100.000 de locuitori). Sursa: Eurostat. Pentru clasificarea patologiilor, sursa: OECD, Eurostat, Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death, 2021

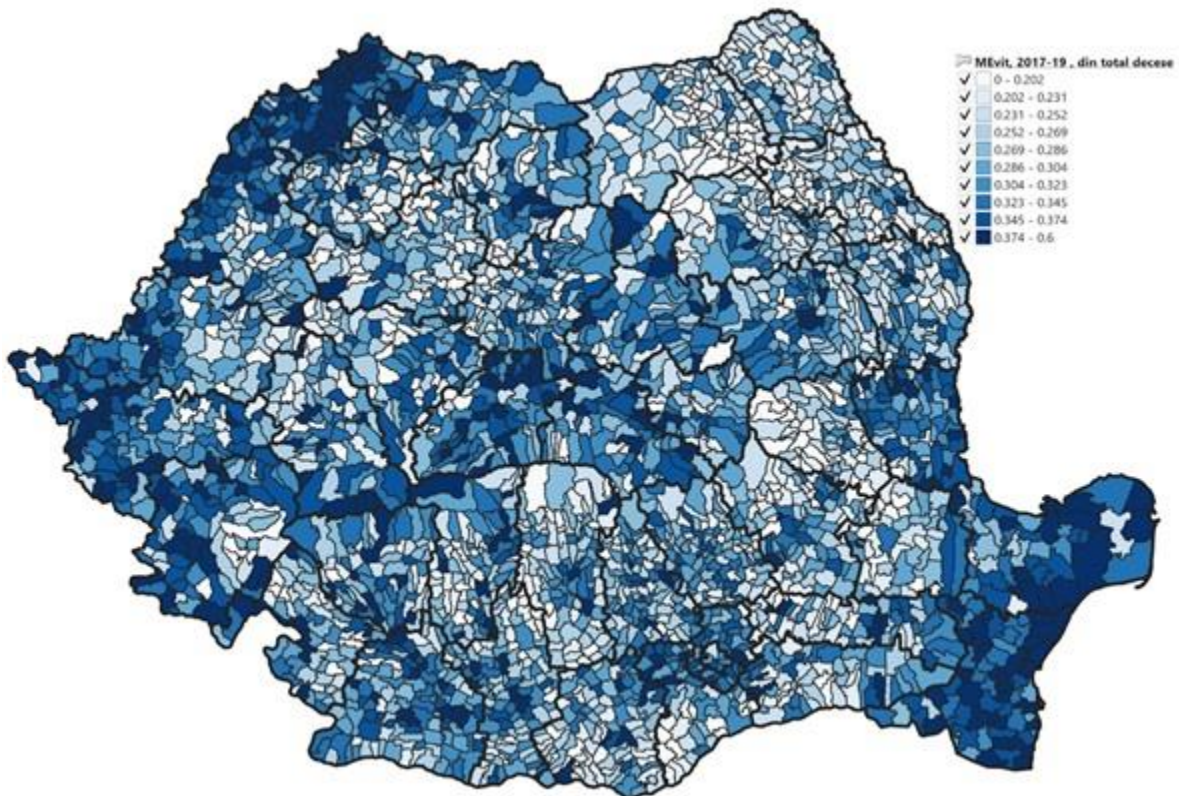


Figura 4 - Ponderea deceselor evitabile în total decese, după domiciliul pacientului, 2017-2019, Sursa INSP-CNSISP

Intervențiile de sănătate publică sunt limitate ca amploare și intensitate și dispun de resurse umane și infrastructură insuficiente, ceea ce generează rezultate puțin vizibile. De exemplu, performanța programului de vaccinare a fost suboptimală în ultimii ani, cele mai multe dintre vaccinurile prevăzute în Calendarul național de vaccinare înregistrând un nivel de acoperire vaccinală sub 95%. Sunt ilustrative valorile înregistrate la vaccinarea cu vaccinul rujeolic-

rubeolic-oreion (ROR), care sunt departe de nivelul optim de acoperire vaccinală, aceste rezultate fiind corelate cu epidemia de rujeolă din anii 2016 - 2020, când s-au înregistrat peste 20.000 de cazuri de rujeolă, soldate cu 64 de decese. Pe lângă refuzul vaccinării, o altă cauză a acoperirii vaccinale insuficiente este discontinuitatea în aprovizionarea cu vaccinuri. Ambele cauze fiind reflectate în gradul de acoperire înregistrat pentru vaccinul diftero-tetano-pertussis acelular pentru adulți (dTpa) în anul 2019 (Figura 5).

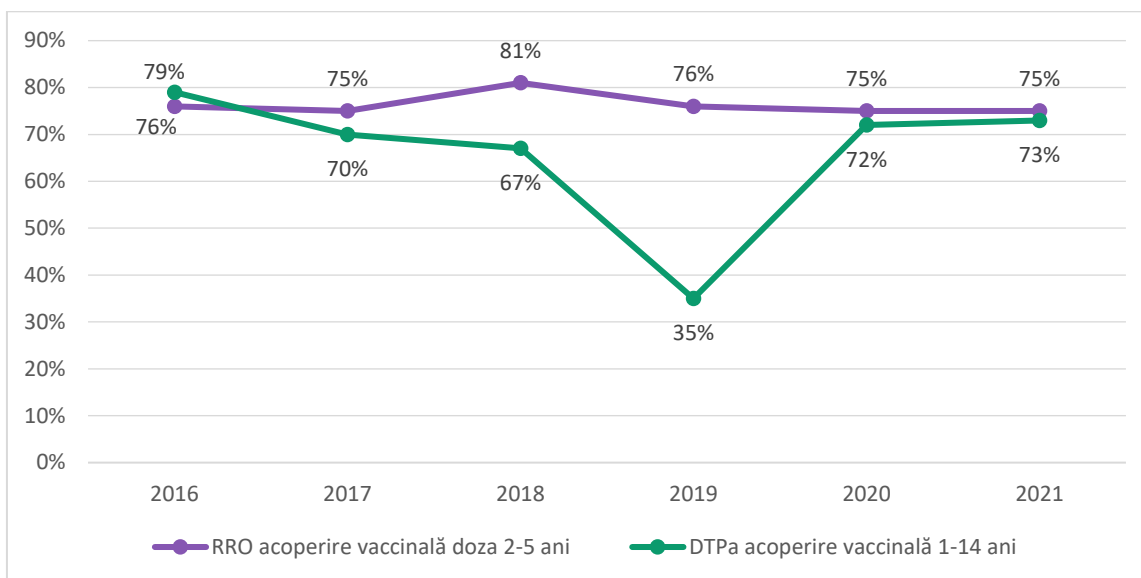


Figura 5 - Acoperirea vaccinală pentru vaccinurile rujeolic-rubeolic-oreion (ROR) și diftero-tetano-pertussis acelular pentru adulți (DTPa). Sursa: INSP-CNSCBT.

Screening-ul pentru cancerle prevenibile este într-un stadiu incipient de dezvoltare, modalitatea preponderentă de furnizare fiind cea oportunistă, în detrimentul abordării populaționale, care este singura eficace. Singurul program activ de screening finanțat din bugetul Ministerului Sănătății este cel pentru cancerul de col uterin, însă acesta are o rată redusă de participare și o acoperire geografică limitată. În prezent, sunt în derulare o serie de programe regionale de screening cofinanțate din Fondul Social European, programul Operațional – Capital Uman, organizate potrivit bunelor practici internaționale în domeniu, care vor constitui modele pentru reforma, diversificarea și extinderea la nivel național a screening-ului organizat pe baze populaționale (cancer de sân, cancer de col uterin, cancer colorectal, hepatite virale B, C și D, factori de risc pentru bolile cardiovasculare).

Activitatea din asistența medicală primară este dominată de îngrijirea afecțiunilor acute și monitorizarea de bază a pacienților cronici. În schimb, serviciile de prevenție și monitorizare activă prin plan de management integrat a bolilor cronice cu prevalență ridicată reprezintă o mică parte din activitatea raportată a medicilor de familie. Accesul la serviciile de asistență medicală primară este inegal, mai ales din cauza distribuției neuniforme a cabinetelor de medicina familie, existând o acoperire deficitară în mediul rural. Drept rezultat, numărul mediu al asiguraților înscriși pe listele medicilor de familie din mediul rural este mai mare decât în mediul urban, ceea ce poate avea efecte negative asupra accesului și calității serviciilor (Figura 6-7). În plus, la nivelul anului 2019, 6% din comune (168) nu aveau pe teritoriul lor niciun cabinet de medicina familie sau un punct de lucru.

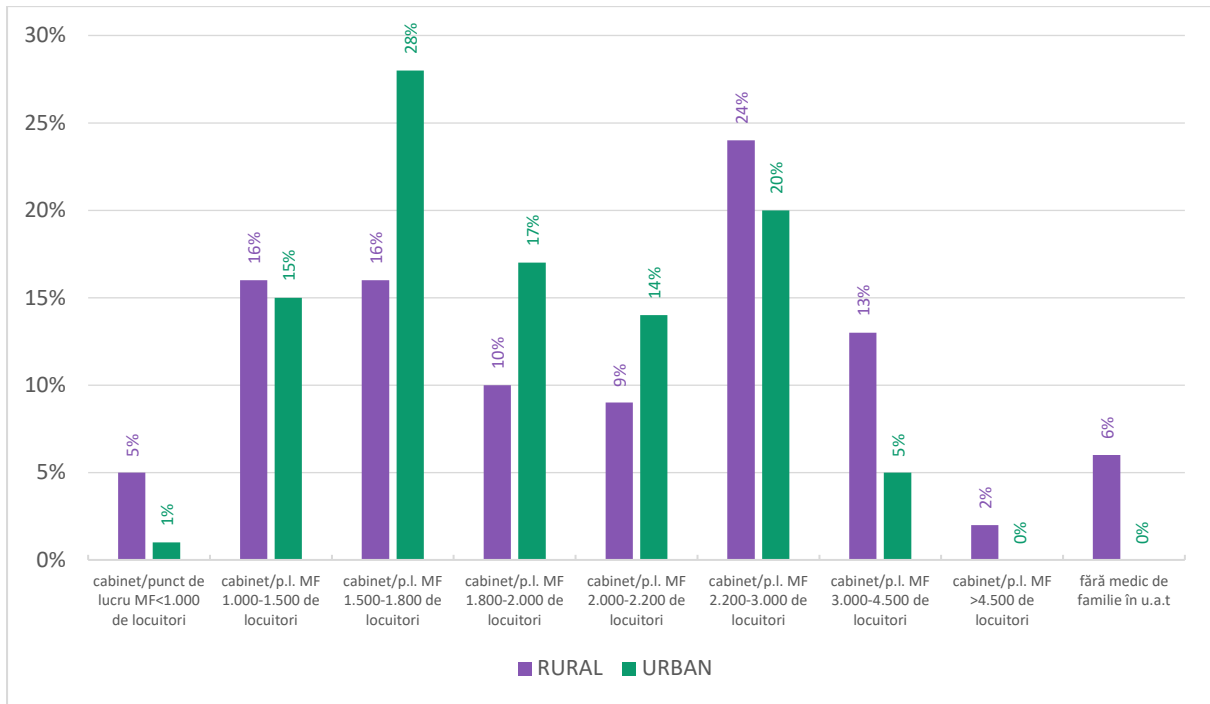


Figura 6 - Distribuția cabinetelor de medicina familie (inclusiv a punctelor de lucru) în mediile rural și urban după intervalul asiguraților înscriși pe liste. Sursa: MS.

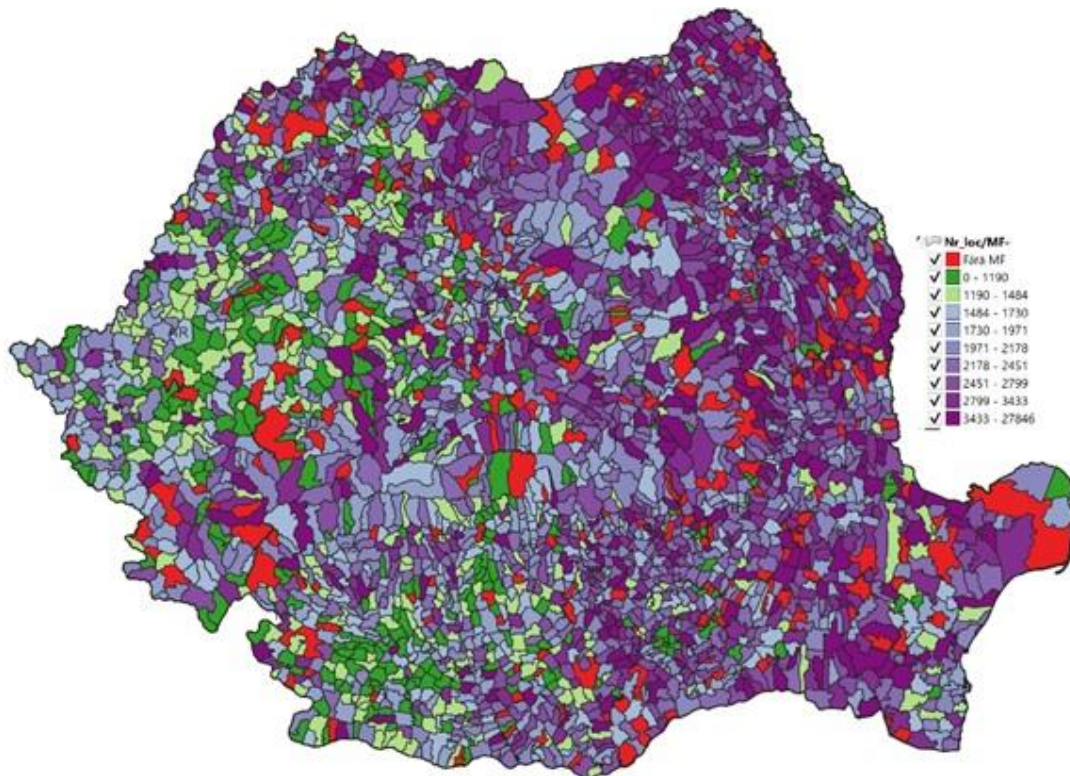


Figura 7 - Distribuția teritorială a numărului de locuitori la un medic de familie la nivel de localitate, 2019 Sursa: INS

Sectorul spitalicesc rămâne principala componentă a sistemului de sănătate, fiind caracterizat de ineficiența alocării și utilizării resurselor. În perioada 2014-2019, serviciile medicale de spitalizare continuă să se situeze pe un trend descendent, în timp ce serviciile de spitalizare de zi au crescut într-un ritm susținut. Pandemia COVID-19 a agravat tendințele deja existente: la sfârșitul anului 2020, peste jumătate din spitalele publice aveau grade de ocupare a paturilor contractate sub 40%, ca urmare a blocajelor și a reticenței pacienților de a solicita îngrijiri în timpul pandemiei de COVID-19 (Figura 8). Pe de altă parte, reducerea importantă a accesului la serviciile diagnostice și terapeutice, în special pentru afecțiunile cronice, pe perioada pandemiei se va reflecta în perioada următoare într-o incidență crescută a complicațiilor acestor afecțiuni.

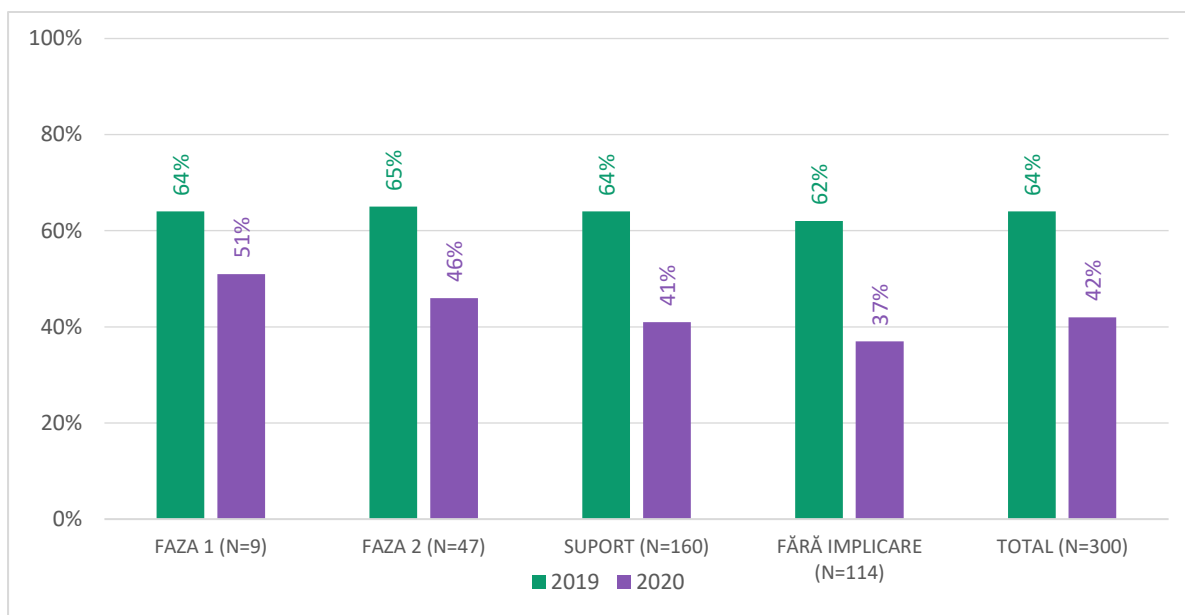


Figura 8 - Variația gradului de ocupare a paturilor de acuzi în spitalele publice, ca urmare a pandemiei COVID-19. Sursa: CNAS, INMSS, MS.

Dezvoltarea palierelelor de asistență medicală comunitară, îngrijiri de lungă durată, îngrijiri paliative și îngrijiri de reabilitare-recuperare este suboptimală, pe fondul insuficienței numerice și de calificare a resurselor umane și a unei infrastructurii neadecvate și/sau precare.

Deși în ultimii cinci ani cheltuielile totale cu serviciile de sănătate au crescut mai repede decât PIB nominal, România continuă să cheltuiască mai puțin decât majoritatea statelor membre din UE. Nivelul acestora a crescut la 6% din PIB în anul 2020, din care aproximativ 80% provin din surse publice.

În sistemul de asigurări sociale de sănătate, segmente semnificative ale populației beneficiază de servicii de sănătate fără plata contribuției la asigurări de sănătate, deși realizează venituri din pensii sau salarii, ceea ce crează un deficit considerabil la fondul de asigurări sociale de sănătate (FNUASS). În condițiile în care există un raport negativ între numărul de plătitori de contribuții de sănătate la FNUASS și numărul de beneficiari efectiv de asigurare socială de sănătate, acesta devine vulnerabil la recesiunile economice.

Un alt aspect important de subliniat este reprezentat de faptul că 14% din populația rezidentă nu este asigurată, având acces numai la pachetul minimal de servicii, ceea ce conduce la utilizarea excesivă a serviciilor medicale de urgență și la depistarea tardivă a afecțiunilor cronice, cu efecte negative asupra stării de sănătate și asupra eficienței utilizării fondurilor publice. Din punct de

vedere al cheltuielilor, peste jumătate din resursele Fondului Național de Asigurări de Sănătate sunt alocate îngrijirilor spitalicești, rămânând mai puțin de jumătate pentru asistența medicală primară, ambulatoriul de specialitate, medicamente, alte servicii și tehnologii medicale (Figura 9). Mecanismele de contractare și de plată a serviciilor medicale nu sunt corelate cu nevoile de servicii estimate la nivel județean și nu încurajează un comportament al furnizorilor în sprijinul atingerii obiectivelor naționale de sănătate. Tarifele decontate pentru serviciile medicale contractate în ambulatoriul de specialitate, spitalizare de zi și spitalizare continuă nu sunt sincronizate cu costurile reale ale furnizorilor.

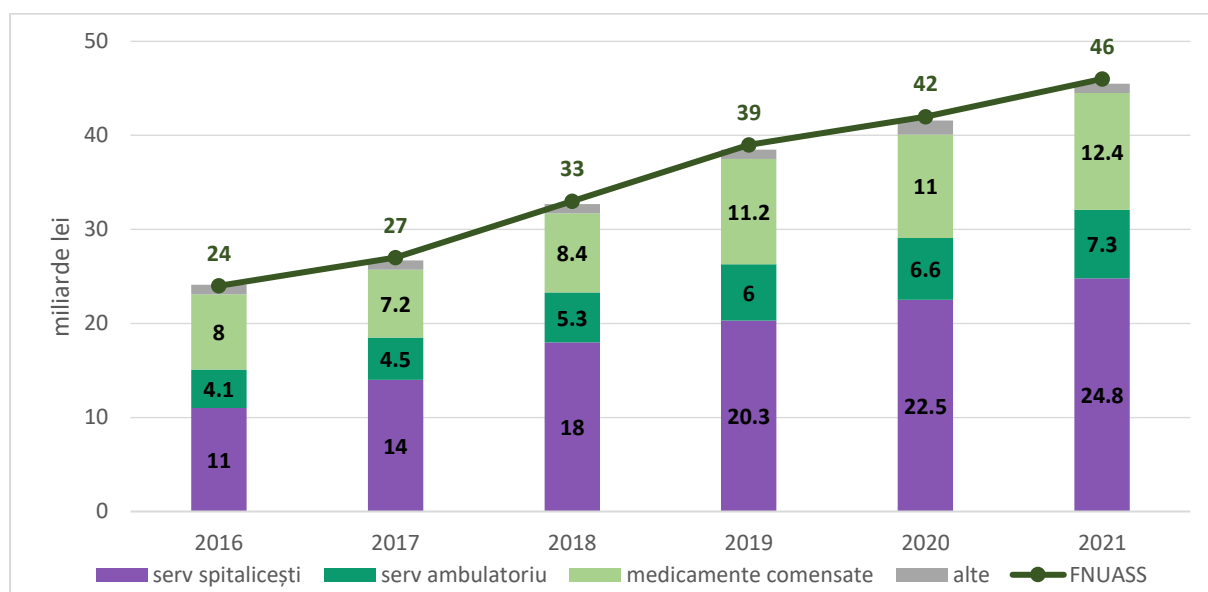


Figura 9 - Structura cheltuielilor FNUASS, pe categorii de servicii și produse contractate. Sursa: CNAS, MFP.

Cheltuielile din din foduri de la bugetul de stat și de la bugetele locale, pentru serviciile medicale de urgență în prespital ( ambulanța publică), serviciile medicale din CPU/UPU din spitalele publice cresc an de an. Valoarea anuală a cheltuielilor bugetare aferentă serviciilor medicale de urgență în prespital este mai mare decât valoarea serviciilor medicale din ambulatoriu (cheltuieli suportate din FNUASS), evidențiate în Figura 9.

Acest fapt se explică, în contextul în care, structurile medicale de urgență în prespital (Servicii publice de Ambulanță și secții UPU/CPU din spitalele publice) sunt suprasolicitate, datorită acutizării unor boli netratate la timp, așa cum s-a arătat mai sus.

Starea infrastructurii publice de sănătate este necorespunzătoare, cu variații mari la nivel județean, regional și național, iar investițiile efectuate în ultimii ani au fost insuficiente pentru a o aduce la standarde adecvate de performanță. Sursele de finanțare a investițiilor sunt multiple, respectiv bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sănătății și al celorlalte autorități cu rețea sanitară proprie (MAI, Min Transporturilor, MApN, Academia Română), fonduri nerambursabile și bugetele locale. Eficiența alocărilor pentru investiții este diminuată de capacitatea administrativă insuficientă, de lipsa unui plan investițional integrat și multianual, a unor criterii de selecție a proiectelor și a coordonării între principalele entități implicate, respectiv Ministerul Sănătății, alți finanțatori, inclusiv autoritățile de management ale diverselor programe operaționale, autoritățile administrației publice locale și instituțiile beneficiare.

Cercetarea în domeniul sănătății în România este coordonată de către Academia de Științe Medicale, instituție de interes public național aflată în subordinea Ministerului Sănătății, care are afiliate 95 de unități cu activități de cercetare și dezvoltare. Infrastructura și resursa umană aferentă cercetării,



indiferent de tipul cercetării (ex. cercetare fundamentală, cercetare aplicată, cercetare translațională), este concentrată în cadrul Universităților de Medicină și Farmacie, Institutului Național de Sănătate Publică, a Institutelor Naționale de Cercetare-Dezvoltare, precum și a structurilor de cercetare afiliate Academiei Române/Academiei de Științe Medicale (nuclee, colective, laboratoare, secții, departamente și institute de cercetare).

Până în prezent Academia de Științe Medicale nu are dezvoltată o strategie comprehensivă de cercetare pentru sănătate, astfel că marea majoritate a entităților menționate mai sus și-au dezvoltat propria strategie de cercetare-dezvoltare. În plus, statutului cercetătorului în medicină nu permite activitatea clinică integrată, similar cu statutul personalului didactic din învățământul superior medical. Mai mult, lipsesc criteriile și modalitatea de evaluare a structurilor de cercetare de la nivelul Academiei de Științe Medicale. În consecință, accesarea fondurilor de cercetare și inovare pentru sănătate de la nivelul UE este constant deficitară și suboptimală.

Sistemul public de cercetare-dezvoltare în sănătate are probleme de guvernare, finanțare, și infrastructură precară, care au ca rezultat o eficiență și o productivitate scăzută a acestuia, cât și o capacitate suboptimală de translatare a rezultatelor cercetării în practică. Fondurile de cercetare de la nivelul UE pentru exercițiul financiar 2014-2020 au fost concentrate în câteva universități și Institute Naționale de Cercetare Dezvoltare, niciunul din domeniul sănătății.

Cele mai performante instituții în accesarea de fonduri de cercetare rămân universitățile, astfel încât există oportunitatea ca în continuare să se investească în structura de cercetare, dezvoltare, inovare a acestora, atât pentru cercetarea fundamentală (ex. științele omice), cât și pentru cercetarea aplicată interdisciplinară, inclusiv prin constituirea de consorții intersectoriale cu entități publice și private.

Capacitatea administrativă a autorităților publice cu rol coordonator în sistemul de sănătate, precum și a structurilor cu rol consultativ – de exemplu, comisii consultative, comisii de experți, Academia de Științe Medicale – este insuficientă. Adeseori, deciziile de politică publică în domeniu sunt prea puțin bazate pe dovezi, ceea ce afectează implementarea, rezultatele și impactul acestora. Capacitatea de gestiune a datelor statistice este necorespunzătoare, iar activitățile de monitorizare și evaluare a implementării documentelor strategice și reglementărilor sunt reduse.

România a elaborat în anul 2021 Planul Național de Redresare și Reziliență (PNRR), care va fi implementat până în anul 2026, cu finanțare nerambursabilă și rambursabilă de la Uniunea Europeană. PNRR prevede reforme în legătură cu mecanismele de plată, gestiunea resurselor umane, managementul investițiilor, precum și intervenții investiționale majore în sistemul de sănătate. Totodată, sistemul de sănătate va avea acces la finanțări nerambursabile considerabile și prin Programul Sănătate 2021-2027 sau prin alte surse dedicate. Alături de acestea, Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate vor continua să implementeze programele finanțate prin împrumuturi de la Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare, respectiv „Proiectul privind reforma sectorului sanitar - îmbunătățirea calității și eficienței sistemului sanitar” și „Programul pe bază de rezultate în sectorul sanitar din România”.

#### **4.1. ANALIZA IMPLEMENTĂRII STRATEGIEI NAȚIONALE DE SĂNĂTATE 2014 – 2020**

În Raportul de evaluare a Strategiei Naționale de Sănătate 2014-2020, elaborat în anul 2021, sunt prezentate concluzii cu privire la implementarea măsurilor prevăzute în cadrul obiectivelor generale (OG) ale documentului.

Potrivit raportului, obiectivele fostei Strategii Naționale de Sănătate sunt valabile și în contextul actual, rămânând aliniate la tendințele internaționale de reformare a sistemelor de sănătate și la Agenda 2030 pentru Dezvoltare Durabilă.

Performanța în implementare a fost moderată, cele mai bune realizări înregistrându-se în domeniul „Sănătate publică”. Astfel, rezultatele au fost apropiate de valorile planificate pentru domeniul „Sănătate publică”, moderate pentru zona „Servicii de sănătate” și reduse pentru „Măsurile transversale”. Cele mai mici scoruri pentru performanță au fost realizate în cadrul OG 7 „Infrastructură de sănătate” și OG 6 „E-sănătate”, urmate de OG 4 „Acces la servicii”, OG 3 „Politici privind bolile netransmisibile” și OG 1 „Sănătatea mamei și a copilului”. Cele mai mici scoruri pentru rezultate au fost obținute de OG 6 „E-sănătate”, urmată de OG 7 „Infrastructură de sănătate” și OG 5 „Măsurile transversale”.

OG 7 „**Infrastructura de sănătate**” a obținut cea mai scăzută performanță, în principal din cauza lipsei de progrese în infrastructura de sănătate publică, pentru:

-*sistemul de medicină de urgență* definit la Titlul IV din Legea nr 95/1996;

-*asistența medicală ambulatorie și mobilă*-definite la Titlul V și Titlul V 1, din Legea nr 95/2006;

-*Spitale* -Titlul VII-Legea 95/2006.

Cea mai bună performanță în cadrul OG 7 „Infrastructură” a fost realizată în sistemul de medicină de urgență, în ceea ce privește numărul de vehicule achiziționate și numărul de echipe operaționale. Rezultatele au fost atinse sau apropiate de valorile planificate în privința investițiilor în serviciile de urgență și foarte scăzute în cazul ambulatoriilor de specialitate.

OG 6 „E-sănătate” a obținut a doua cea mai mică performanță și cel mai mic rezultat. Performanța scăzută a sistemului informațional s-a datorat în principal întârzierilor în dezvoltarea registrelor de boli la nivel național, a dosarului electronic al pacientului, precum și în implementarea formularului de trimitere electronică și de concediu medical electronic. Progresele în telemedicină nu au fost evaluate din cauza lipsei de date, fiind însă înregistrate progrese la nivel de reglementare.

În vederea creșterii calității serviciilor medicale de urgență prin reducerea timpilor de dispecerizare, de intervenție la urgență și pentru a oferi posibilitatea interogării istoricului medical de urgență, SNUAU, prin STS, și-a extins, încă din 2016, aplicațiile informatice existente până la nivelul resurselor de intervenție. Astfel, prin intermediul aplicației „Resursă Mobilă”, echipajele medicale de pe ambulanțe recepționează solicitările (misiunile) transmise din dispeceratele medicale de urgență. Aplicația permite monitorizarea activității resurselor de intervenție și extragerea de informații sub forma rapoartelor statistice.

Deși aplicația informatică permite Unităților de Primiri Urgențe să preia Fișa medicală de urgență prespitalicească, creind premisa reducerii timpului alocat completării datelor pacientului adus în UPU/CPU de echipajele medicale de urgență, facilitând operațiunile de triaj și monitorizare a evoluției pacientului până la stabilirea unui diagnostic, până la finele anului 2022, nu s-a finalizat, încă, preluarea, de către UPU/CPU, a Fișelor de urgență prespitalicească.

Totodată, utilizarea tabletelor și înregistrarea în aplicația „Resursă Mobilă”, în timp real, la fiecare caz în parte, creează unele dificultăți care necesită măsuri suplimentare în domeniul digitalizării.

OG 4 „Accesul echitabil la servicii de sănătate de calitate și cost-eficace, în special pentru grupurile vulnerabile” a atins performanțe moderate. Performanța a fost afectată de accesul deficitar la serviciile ambulatorii (întârzieri în construirea ambulatoriilor și a centrelor comunitare integrate, dar și în adoptarea cadrului legislativ necesar, lipsa procedurilor de „parcurs terapeutic” pentru cele mai frecvente 20 de patologii, incluzând patologia oro-dentară la pacientul cu dizabilități/nevoi speciale de îngrijire a sănătății).

OG 5 „Programe transversale prioritare” a obținut scoruri moderate pentru performanță și rezultate, având întârzieri în domeniile cercetare și inovare, politica medicamentului și sustenabilitatea financiară.

OG 3 „Controlul bolilor netransmisibile” a obținut scoruri bune de performanță și rezultat. Totuși, au existat obiective specifice cu performanțe reduse, respectiv controlul TBC și asigurarea necesarului de sânge și produse sanguine, accesul la screening populațional, depistarea precoce a cancerului, depistarea precoce și prevenția bolilor cardio- și cerebrovasculare, precum și de dificultăți legate de transplant, boli rare și servicii de sănătate mintală.

În perioada analizată au fost demarate proiecte investiționale importante (printre care investiții mari pentru infrastructură și echipamente medicale), dar acestea au fost finanțate din surse neordonate și răspunzând unor obiective diferite. Nevoile totale de investiții în infrastructura publică de sănătate nu au fost determinate. Un inventar al infrastructurii spitalelor publice este necesar pentru stabilirea nevoilor de dotare și expertiză de specialitate, precum și pentru planificarea, prioritizarea și finanțarea proiectelor de investiții. Sinergia dintre diferitele fluxuri și proiecte financiare ar trebui să fie o preocupare continuă pentru Ministerul Sănătății, ca autoritate centrală pentru sănătate.

## 5. ARII STRATEGICE DE INTERVENȚIE

Strategia Națională de Sănătate 2023 – 2030 este constituită din trei arii strategice de intervenție care acoperă holistic protecția, promovarea sănătății și prevenția bolilor cetățenilor și a populației în ansamblu (*sănătatea publică*), furnizarea adecvată a serviciilor de îngrijiri de sănătate de calitate înaltă și a tehnologiilor medicale inovative, sigure și accesibile pacienților (*servicii de sănătate*) și funcționarea optimă și coordonată a tuturor componentelor sistemului de sănătate (*sistem de sănătate inteligent, sustenabil și predictibil*).

Fiecare arie strategică este constituită din obiective generale (*OG*), obiective specifice (*OS*) și programe (*direcții de acțiune – DA*), iar măsurile (*activitățile*) sunt detaliate în planul de acțiuni, care este parte integrantă din strategie.

### 5.1. ARIA STRATEGICĂ DE INTERVENȚIE SĂNĂTATE PUBLICĂ

*Un sistem de sănătate publică sustenabil, rezilient și performant reprezintă o premiză esențială pentru sănătatea și bunăstarea cetățenilor. Tranziția prelungită marcată de reforme parțiale și multiple ale acestuia și provocările generate de pandemia de COVID-19 au evidențiat capacitatea suboptimală a sistemului de sănătate publică de a răspunde nevoilor și așteptărilor cetățenilor cât și ale profesioniștilor din sănătate. Strategia Națională de Sănătate propune obiective generale și specifice care redefinesc rolul sistemului de sănătate publică, având în vedere consolidarea pe termen lung a impactului pozitiv al determinantilor sociali ai sănătății populației și a intervențiilor esențiale de sănătate publică.*

#### OG.1. ASIGURAREA SUSTENABILITĂȚII ȘI A REZILIENȚEI SISTEMULUI DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

##### Provocări

*Sistemul de sănătate publică a supraviețuit multiplelor reforme testate în ultimii 30 de ani, dar sustenabilitatea lui a avut de suferit prin subfinanțare, depopulare și migrație masivă a profesioniștilor. În prezent, sistemul de sănătate publică funcționează cu un număr suboptimal de profesioniști, cu un grad ridicat de demotivare, epuizare și insatisfacție profesională. În plus, birocrăția administrativă, lipsa unui sistem informațional adecvat de colectare, validare și raportare a datelor, utilizarea nepredictibilă a mai multor surse de finanțare, concentrarea prioritară pe componenta financiară a programelor naționale de sănătate publică în detrimentul monitorizării rezultatelor în starea de sănătate au condus la disfuncționalități majore în realizarea optimă a intervențiilor esențiale de sănătate publică. Lipsa unui cadru de reglementare adecvat cât și utilizarea necorespunzătoare a resurselor umane disponibile (ex. asistenților medicali comunitari) de către autoritățile publice locale au făcut ca sănătatea comunității în special în perioadele de criză să nu fie adresată corespunzător, iar oferta de servicii preventive să nu fie înțeleasă ca o componentă esențială a bunăstării și să fie aproape inexistentă.*

### Rezultate așteptate

Un sistem de sănătate publică reconstruit pe principii solide, capabil să răspundă rapid, flexibil și adecvat provocărilor de sănătate publică prezente și viitoare, cu o reziliență crescută a sistemelor de supraveghere și monitorizare a principalelor probleme de sănătate publică, care investește constant în resurse umane suficiente numeric și ca pregătire, valorizează activitatea în echipă și utilizează adecvat sistemul informațional în sănătate și tehnologiile digitale în vederea interconectării, răspunsului rapid și coordonat la amenințări și a fundamentării politicilor de sănătate.

O abordare intersectorială susținută a determinantilor sociali ai stării de sănătate și a inechităților în starea de sănătate, care valorizează prioritar interacțiunea pro-activă a comunităților locale cu instituțiile și profesioniștii în sănătate publică, în vederea oferirii unor condiții mai bune de viață, muncă și interacțiune socială cetățenilor lor.

Un sistem de sănătate publică care monitorizează și adresează adecvat și continuu riscurile la adresa sănătății prin implicarea pro-activă a cetățeanului în deciziile referitoare la starea de sănătate proprie și a comunității în care acesta trăiește printr-o informare și educație pentru sănătate adecvate, pe tot parcursul vieții acestuia și care abordează integrat și comprehensiv principalele intervenții preventive pentru boli transmisibile prioritare și afecțiuni cronice cu impact major în dizabilitate și mortalitate evitabilă.



### Ținte 2030

- *Ministerul Sănătății își asumă rolul de partener interministerial pro-activ în coordonarea sănătății în toate politicile sectoriale cu celelalte instituții/autorități implicate.*
- *Sistem informațional integrat care furnizează date și informații valide și utile pentru documentarea politicilor de sănătate.*
- *Creșterea cu cel puțin 50% a resurselor umane în sănătate publică și diversificarea competențelor acestora.*
- *1/5 din autoritățile publice locale să aiba parteneriate cu DSP-urile pentru cooperare în vederea îmbunătățirii sănătății publice și a stării de sănătate a populației constituente.*

#### OS.1.1. CREȘTEREA CAPACITĂȚII INSTITUȚIONALE ȘI A ROLULUI SOCIETAL AL SISTEMULUI DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

DA.1.1.1. Evaluarea capacității de răspuns a sistemului de sănătate publică la problemele majore de sănătate, riscurile și amenințările la adresa sănătății publice și elaborarea unui plan de măsuri pentru ameliorarea performanței acestui sistem.

DA.1.1.2. Eficientizarea rolurilor și a funcțiilor Ministerul Sănătății, Institutului Național de Sănătate Publică și a Direcțiilor de Sănătate Publică în domeniul sănătății publice, în vederea creșterii performanței sistemului de sănătate publică.

### **OS.1.2. ABORDAREA INTEGRATĂ A DETERMINANȚILOR SOCIALI AI STĂRII DE SĂNĂTATE ȘI ÎNTĂRIREA CAPACITĂȚII PROGRAMATICE A PRINCIPALELOR INTERVENȚII DE SĂNĂTATE PUBLICĂ**

DA.1.2.1 Definirea intervențiilor esențiale în vederea adresării impactului negativ al determinantilor sociali ai sănătății populației, inechităților în starea de sănătate și a problemelor majore de sănătate publică și profesionalizarea managementului programelor naționale de sănătate publică.

DA.1.2.2. Dezvoltarea unei abordări comprehensive în sănătatea publică prin consolidarea echipelor multidisciplinare de profesioniști în sănătate publică.

### **OS.1.3. ÎNTĂRIREA CAPACITĂȚII DE SUPRAVEGHERE, RĂSPUNS RAPID, ADECVAT ȘI COORDONAT LA AMENINȚĂRILE SĂNĂTĂȚII PUBLICE**

DA.1.3.1. Dezvoltarea și îmbunătățirea continuă a sistemului de supraveghere, răspuns rapid, adecvat și coordonat la amenințări și riscuri de sănătate publică.

### **OS.1.4. DEZVOLTAREA CAPACITĂȚII DE ASIGURARE A SĂNĂTĂȚII PUBLICE LA NIVELUL COMUNITĂȚILOR LOCALE ÎN VEDEREA DIMINUĂRII INECHITĂȚILOR ÎN STAREA DE SĂNĂTATE**

DA.1.4.1 Consolidarea capacității de indentificare și de implementare a intervențiilor de sănătate publică și de monitorizare și evaluare a stării de sănătate la nivelul comunităților locale, în scopul reducerii inechităților în starea de sănătate și a inechităților de acces la servicii de sănătate.

### **OS.1.5. ÎMBUNĂTĂȚIREA PERFORMANȚEI SISTEMULUI NAȚIONAL DE SECURITATE TRANSFUZIONALĂ**

DA.1.5.1. Dezvoltarea sustenabilă a rețelei și infrastructurii de recoltare, testare, procesare, și stocare a sângelui și a componentelor sangvine.

## **OG.2. CREȘTEREA NUMĂRULUI DE ANI DE VIAȚĂ SĂNĂTOȘI ȘI CREȘTEREA CALITĂȚII VIEȚII**

### **Provocări**

*Un număr restrâns de boli netransmisibile au în prezent cel mai mare impact negativ în dizabilitate și mortalitate, în special evitabilă, precum și în diferența importantă a speranței de viață și mai ales speranță de viață sănătoasă între România și celelalte state membre ale Uniunii Europene. Acestea sunt responsabile pentru mai mult de 75% din decesele înregistrate anual în România. În plus, există gradiente importante de inechitate între diferite grupuri populaționale, sociale, culturale, minoritare. Destructurarea rețelelor care furnizau servicii de sănătate eminentemente preventive cât mai aproape de cetățean, indecizia politică și lipsa unei înțelegeri adecvate a decidenților politici referitoare la importanța fundamentală a prevenției este una din cauzele principale care au condus la această situație de fapt. Lipsa educației pentru sănătate sau furnizarea acestora doar punctual sub forma unor mesaje de cele mai multe ori ambigue, furnizarea oportunistă și nebazată pe dovezi a unor intervenții preventive de calitate nesatisfăcătoare și care nu au fost monitorizate și evaluate regulat,*

subfinanțarea cronică susținută a acestor intervenții în detrimentul serviciilor de îngrijiri de sănătate curative pentru mai mult de 30 de ani, au condus la această stare de fapt.

### Rezultate așteptate

O abordare comprehensivă și coordonată a educației pentru sănătate, învățării comportamentelor sănătoase, reducerii riscurilor comportamentale, care este acceptată și încorporată de întreaga societate și care este susținută instituțional și financiar pe termen lung de către decidenții politici de la toate nivelurile.

Un pachet de intervenții preventive comprehensiv care adresează adecvat și sustenabil toate componentele prevenției (*primordială, primară, secundară, terțiară, cuaternară*), furnizat de echipe multidisciplinare și finanțat ca și intervenții prioritare în sănătatea publică și care se extinde constant la nivel teritorial, devenind accesibil întregii populații eligibile la nivel național.

Furnizarea facilă de intervenții preventive specifice fiecărei grupe de vârstă, gen, grup vulnerabil sau dezavantajat, la momentul adecvat și cât mai aproape de domiciliul cetățeanului.



### Ținte 2030

- *Ministerul Sănătății își asumă rolul de partener interministerial pro-activ în coordonarea sănătății în toate politicile sectoriale cu celelalte instituții/autorități implicate.*
- *Sistem informațional integrat în sănătate care furnizează regulat rapoarte pentru documentarea politicilor de sănătate.*
- *Educația pentru sănătate, inclusiv pentru sănătatea oro-dentară, este inclusă în curricula școlară ca disciplină obligatorie.*
- *La minimum 75% din populația eligibilă de copii și adolescenți le-au fost furnizate intervenții de educație pentru sănătate, învățare de comportamente sănătoase.*
- *La minim 50% din populația eligibilă adultă le-au fost furnizate intervenții de educație pentru sănătate și intervenții de schimbarea comportamentelor la risc.*
- *La minim 50% din populația eligibilă le-au fost furnizate intervenții de depistare precoce/screening populațional pentru problemele majore de sănătate pentru care sunt dovezi (pentru fiecare tip de depistare precoce/screening).*
- *Scăderea sau menținerea incidenței respectiv scăderea mortalității evitabile pentru principalele probleme de sănătate publică cu impact major în dizabilitate și mortalitate evitabilă, cu minimum 5% față de valorile înregistrate în 2022.*

## OS.2.1. PROFESIONALIZAREA EDUCAȚIEI PENTRU SĂNĂTATE ȘI A PROMOVĂRII SĂNĂȚĂII

DA.2.1.1 Asigurarea cadrului strategic de furnizare consecventă și susținută a intervențiilor de promovare a sănătății, a educației pentru sănătate, adoptare a comportamentelor sănătoase prin adresarea determinantilor sociali ai sănătății populației.

DA.2.1.2 Dezvoltarea campaniilor încurajare a comportamentelor sănătoase fundamentate de utilizarea mecanismelor de prioritizare a principalelor probleme de sănătate publică și bazate pe evidențe științifice de eficacitate și cost-eficiență.

DA.2.1.3. Promovarea educației pentru sănătate și a încurajării adoptării și menținerii comportamentelor sănătoase pe tot parcursul vieții.

DA.2.1.4. Informarea și educarea consecventă cu privire la drepturile și responsabilitățile cetățenilor în relația cu sistemul de sănătate.

### **OS.2.2. CONSOLIDAREA PREVENȚIEI PRIN EVALUAREA RISCURILOR PENTRU SĂNĂTATE, SCREENING ȘI DIAGNOSTICARE PRECOCE, PREVENIREA BOLILOR PE PARCURSUL VIEȚII ȘI CONTROLUL PROGRESIEI ACESTORA**

DA.2.2.1. Dezvoltarea/extinderea intervențiilor preventive și consolidarea furnizării comprehensiv și sustenabil.

### **OS.2.3. ÎMBUNĂTĂȚIREA CAPACITĂȚII DE RĂSPUNS LA PROVOCĂRILE GENERATE DE SCHIMBĂRILE DEMOGRAFICE ȘI TENDINȚELE EPIDEMIOLOGICE ÎN STAREA DE SĂNĂTATE, PE PARCURSUL VIEȚII**

DA.2.3.1. Extinderea și îmbunătățirea serviciilor de planificare familială și de sănătate a reproducerii.

DA.2.3.2. Îmbunătățirea stării de sănătate a copilului și a adolescentului prin furnizarea intervențiilor preventive specifice, inclusiv din categoria celor care vizează sănătatea oro-dentară.

DA.2.3.3. Menținerea și îmbunătățirea stării de sănătate a adultului prin implementarea intervențiilor preventive specifice.

DA.2.3.4. Menținerea și îmbunătățirea stării de sănătate a vârstnicului prin furnizarea intervențiilor preventive specifice.

DA.2.3.5. Menținerea și îmbunătățirea stării de sănătate , inclusiv sănătate oro-dentară, a grupurilor vulnerabile prin implementarea intervențiilor preventive specifice.

## **OG.3. REDUCEREA MORTALITĂȚII ȘI MORBIDITĂȚII ASOCIATE BOLILOR TRANSMISIBILE CU IMPACT INDIVIDUAL ȘI SOCIETAL MAJOR**

### **Provocări**

*Chiar dacă organizarea și îmbunătățirea continuă la nivel central a componentei de supraveghere a bolilor transmisibile prioritare a fost o preocupare susținută în ultimii 20 de ani, coordonarea deficitară cu autoritatea centrală de reglementare, cu ceilalți actori instituționali din teritoriu, sistemul informațional perimat, subfinanțarea cronică, managementul deficitar al achizițiilor de vaccinuri și medicamente, managementul suboptimal al programelor naționale de sănătate publică, sistemul punitiv de raportare a IAAM și managementul clinic deficitar al acestora, capacitatea slabă și tardivă de răspuns la campaniile anti-vaccinare, interesul scăzut pentru adresarea în special a grupurilor la risc înalt și a stigmei asociate cât și lipsa de coordonare și interoperabilitate cu diferitele tipuri de furnizori de servicii specifice au condus la rezultate negative îngrijorătoare referitoare la scăderea acoperirii vaccinale, incidența TBC, a hepatitelor virale și a HIV/SIDA în special pentru grupurile la risc înalt, incidența crescută a cazurilor de MDR-TB și managementul diagnostic și terapeutic suboptimal al acestor afecțiuni.*



### Rezultate așteptate

Strategii și planuri de acțiune specifice pentru fiecare din prioritățile identificate (*vaccinare, IAAM, TBC, hepatite virale, HIV/SIDA și alte infecții cu transmitere sexuală*) elaborate, aprobate, implementate și monitorizate.

Program național de vaccinare elaborat și implementat conform activităților descrise în SNS, strategia specifică și planul de acțiuni specific.

Program național de reducere și combatere IAAM elaborat și implementat conform activităților descrise în SNS, strategia specifică și planul de acțiuni specific. Inițiativa “One Health” implementată în concordanță cu recomandările OMS/CE.

Management unitar și adecvat al rețelelor de furnizare de servicii specifice pentru TBC, hepatite virale, HIV/SIDA și alte infecții cu transmitere sexuală, cu interoperabilitate asigurată și care să conducă la reducerea stigmei asociate acestor afecțiuni, acces gratuit, facil și rapid la intervenții preventive, diagnostic, tratament corespunzător și monitorizare adecvată.



### Ținte 2030

- Sistem informațional integrat în sănătate care furnizează regulat rapoarte pentru documentarea politicilor de sănătate.
- Acoperire vaccinală peste 90% la toate vaccinurile incluse în programul național de imunizare și 70% pentru vaccinarea grupelor la risc pentru bolile prevenibile prin vaccinare.
- Echipe multidisciplinare de „stewardship” pentru controlul IAAM în fiecare spital.
- Declararea fără consecințe punitive a tuturor IAAM.
- Scăderea incidenței și a mortalității evitabile asociate principalelor boli transmisibile (TB, HIV/SIDA, HVB, HVC), cu minimum 5% față de valorile înregistrate în 2022.

#### OS.3.1. REDUCEREA POVERII BOLILOR PREVENIBILE PRIN VACCINARE

DA.3.1.1. Îmbunătățirea performanței Programului Național de Vaccinare, inclusiv prin creșterea acceptabilității și sustenabilității vaccinării la orice vârstă.

#### OS.3.2. CONTROLUL ADECVAT AL REZISTENȚEI LA ANTIBIOTICE ȘI AL INFECȚIILOR ASOCIATE ACTULUI MEDICAL

DA.3.2.1. Îmbunătățirea capacității de prevenire, control și raportare a rezistenței la antibiotice și a infecțiilor asociate actului medical (IAAM).

#### OS.3.3. REDUCEREA POVERII ASOCIATE BOLILOR TRANSMISIBILE PRIORITARE

DA.3.3.1. Creșterea capacității de prevenire, diagnostic rapid, tratament adecvat și de monitorizare activă a pacientului cu tuberculoză, cu precădere în cadrul serviciilor de sănătate ambulatorii.

DA.3.3.2. Îmbunătățirea performanței serviciilor de prevenire, diagnostic precoce, tratament și monitorizare adecvată a infecției cu HIV/SIDA și a altor infecții cu transmitere sexuală (ITS).

DA.3.3.3. Îmbunătățirea performanței serviciilor de prevenire, diagnostic, tratament și monitorizare a hepatitelor virale.

## 5.2. ARIA STRATEGICĂ DE INTERVENȚIE SERVICII DE ÎNGRIJIRI DE SĂNĂTATE

*Un sistem de îngrijiri de sănătate rezilient, responsabil, cost-eficace și care furnizează constant îngrijiri de sănătate de calitate înaltă și tehnologii medicale inovative, sigure și accesibile, reprezintă un ingredient esențial pentru o speranță de viață mai înaltă, o stare de sănătate mai bună și o calitate a vieții mai ridicată. Interesul primordial este ca serviciile de îngrijiri de sănătate să fie oferite cât mai aproape de cetățean, preponderent la nivelul comunității, în asistența medicală primară (servicii integrate medico-sociale, asistență medicală comunitară, medicină de familie, servicii stomatologice, servicii farmaceutice comunitare, servicii oferite în ambulatoriul de specialitate clinic și paraclinic, servicii de reabilitare, servicii de lungă durată neinstituționalizate), și teritorializate și raționalizate corespunzător în asistența medicală secundară și terțiară (spitalizare). Astfel că, este imperios necesară continuarea conceptului de inversare a piramidei serviciilor de îngrijiri de sănătate furnizate din strategia anterioară dar și introducerea unor tipuri de servicii noi (ex. servicii post-spital) concomitent cu redimensionarea serviciilor existente.*

### OG.4. ÎMBUNĂTĂȚIREA DISPONIBILITĂȚII, ACCESULUI ECHITABIL ȘI ÎN TIMP UTIL LA SERVICII DE SĂNĂTATE ȘI TEHNOLOGII MEDICALE SIGURE ȘI COST-EFICACE

#### Provocări

*Componenta curativă a sistemului de îngrijiri de sănătate s-a dezvoltat în ultimii 25 de ani, pe de o parte în detrimentul intervențiilor preventive și al celor de reabilitare și reinserție socială, iar pe de altă parte dezechilibrat între domeniile de asistență medicală constituente.*

*Astfel, serviciile de asistență medicală primară au fost reduse și fragmentate în lipsa planificării și teritorializării acestora, iar serviciile de urgență (CPU, UPU) și cele de asistență medicală secundară și terțiară s-au concentrat în marile centre universitare medicale în detrimentul județelor adiacente acestora.*

*Importanța acordată furnizorilor de servicii medicale a depășit semnificativ importanța acordată nevoilor pacientului și în mod special nevoilor asiguratului, acest fapt contribuind la fragmentarea serviciilor de sănătate, imposibilitatea urmăririi traseului pacientului, întâzieri marcate în accesarea unor servicii diagnostice esențiale în ambulatoriul clinic și paraclinic și concentrarea serviciilor medicale la nivelul CPU/UPU și al spitalelor care în prezent furnizează servicii multiple dintre care multe nu sunt necesare sau care sunt programabile și disponibile la nivelul asistenței medicale primare.*

*Pe de altă parte, imposibilitatea finalizării actului diagnostic și/sau terapeutic, lipsa interoperabilității informaționale, birocrăția excesivă din asistența medicală primară și timpii de așteptare prelungiți pentru serviciile din ambulatoriul de specialitate clinic/paraclinic, au favorizat un comportament de „by-pass” către serviciile de urgență (nu pot refuza cetățeanul) sau cele spitalicești (există interes pentru efectuarea serviciilor care contribuie la creșterea finanțării spitalelor) în special la nivelul spitalelor mici și mijlocii.*

*Lipsa serviciilor post-spital și ponderea redusă a serviciilor de reabilitare, în special post-evenimente medicale acute și a serviciilor de paliativ sau a celor de îngrijiri de lungă durată, la domiciliu, pentru persoane dependente, a favorizat de asemenea excesul de spitalizare, îngrijirile informale oferite sau susținute financiar aproape exclusiv de către familie cu consecințe defavorabile importante în dizabilitate și calitatea vieții.*

*De asemenea, lipsa prioritizării obiective și transparente a problemelor majore de sănătate publică cu impact negativ major în dizabilitate și mortalitate evitabilă a condus la diferite abordări de securizare a*

*fondurilor disponibile (ex. creșterea numărului programelor naționale de sănătate și acțiuni prioritare pentru diferite patologii). Acestea au determinat o rezolvare parțială a unor probleme percepute, dar nu au rezolvat problema de fond (ex. ajustarea tarifului cât mai aproape de costurile reale). În plus, pe termen lung au determinat un exces birocratic, în special financiar, în detrimentul măsurării rezultatelor intervențiilor efectuate din perspectiva rezultatelor în starea de sănătate.*

*Accesul la tehnologii medicale este fluctuant și nesistematizat corespunzător, pe de o parte cu accent major pe introducerea medicamentelor inovative, fără însă a avea un rezultat constant și predictibil al traseului rambursării acestora (ex. timp mediu de așteptare mai mult decât dublul mediei timpului de rambursare în alte state membre UE), iar pe de altă parte cu lipsa de preocupare pentru găsirea unei soluții sustenabile de acces constant și predictibil pentru medicamente esențiale. Alte tehnologii medicale (ex. dispozitivele medicale) nu beneficiază în prezent de o procedură de evaluare sistematică a beneficiilor, siguranței și a cost-eficacității acestora, singurul criteriu utilizat fiind disponibilitatea financiară pentru rambursare.*

### Rezultate așteptate

Comunități locale și cetățeni care beneficiază de o infrastructură de servicii integrate medico-sociale și de asistență medicală primară adecvată, diversificată și disponibilă constant cât mai aproape de domiciliul acestora.

Echipe de asistență medicală primară coordonate de medicul de familie cu competențe diversificate care furnizează servicii medicale complete conform competențelor profesionale ale acestora, prioritizează furnizarea intervențiilor preventive, coordonează și integrează serviciile pentru problemele de sănătate publică cu impact negativ major în dizabilitate și mortalitate, în special evitabilă, cu ajutorul instrumentelor digitale interoperabile și al serviciilor furnizate la distanță, într-o manieră simplificată administrativ și birocratic.

Servicii ambulatorii de diagnostic, tratament și monitorizare, disponibile cât mai aproape de pacient, cu un orar extins, care reduc constant timpii de așteptare, deplasările inutile, serviciile și investigațiile redundante și limitează corespunzător serviciile de spitalizare evitabilă și serviciile de spitalizare de zi nejustificate din punct de vedere medical.

Servicii ambulatorii care preiau cât mai rapid pacienții care au avut nevoie de spitalizare continuă și continuă coordonarea și integrarea îngrijirilor acordate acestora la nivele de asistență medicală de bază, în vederea reducerii reinternărilor, prevenirii complicațiilor și reducerii dizabilității asociate bolilor cronice invalidante.

Servicii de spitalizare continuă raționalizate corespunzător, sigure, cost-eficace și de calitate înaltă, furnizate conform ghidurilor și protocoalelor de practică medicală, care pot fi măsurate și comparate transparent și obiectiv între furnizori, în funcție de competențele acestora și profilul pacienților externați.

Servicii de îngrijiri de sănătate coordonate și integrate, cu monitorizarea constantă a timpilor de acces și a duratelor de timp dintre diferitele proceduri diagnostice, terapeutice și de monitorizare, a implementării ghidurilor și protocoalelor de practică medicală pe tot traseul de îngrijire a acestora și a indicatorilor raportați de către pacienți, pentru problemele de sănătate publică cu impact negativ major în dizabilitate și mortalitate, în special evitabilă.

Capacitate instituțională dezvoltată pentru evaluarea tehnologiilor medicale și instrumente de evaluare extinse la alte tehnologii/intervenții în afara medicamentelor, care fundamentează transparent opțiunile de rambursare, eficacitatea alocativă și satisfacția pacienților.



## Ținte 2030

- *Minim 50% din localitățile cu procent ridicat de populație dezavantajată/vulnerabilă au echipe de furnizori de servicii integrate medico-sociale funcționale.*
- *Minim 25% din localități au echipe de furnizori de servicii integrate medico-sociale funcționale.*
- *Scăderea numărului de localități care nu au medic de familie cu cel puțin 20% față de 2022.*
- *Minim 33% din cabinetele de medicină de familie asigură managementul unei echipe comunitare care furnizează preponderent servicii preventive.*
- *Minim 33% din cabinetele de medicină de familie au o asistentă medicală angajată preponderent pentru furnizarea serviciilor preventive (copii/adulți/vârstnici), în plus față de structura existentă în 2022.*
- *Medicii de familie finalizează diagnosticul, inițiază sau continuă tratamentul și monitorizează pacienții conform competențelor profesionale proprii.*
- *Ambulatorii de specialitate care oferă servicii cu program extins, pachete de servicii clinice și paraclinice în regim ambulator, consulturi interdisciplinare, programări, cu ajutorul instrumentelor digitale interoperabile și al serviciilor furnizate la distanță, într-o manieră simplificată administrativ și birocratic în fiecare oraș reședință de județ din România.*
- *Minim 75% din ambulatoriile din orașele reședință de județ din România oferă servicii de spitalizare de zi.*
- *Minim 25% din ambulatoriile din orașele reședință de județ din România oferă servicii de chirurgie de zi.*
- *100% din laboratoarele de analize medicale au acreditare cu control extern de comparabilitate.*
- *100% din laboratoarele de imagistică medicală furnizează rezultatele în format standardizat.*
- *Servicii de paliative instituționalizate disponibile în fiecare oraș reședință din România, servicii de paliative ambulatorie/domiciliu disponibile în minim 10% din localitățile fiecărui județ din România.*
- *Minim 30% reducere spitalizări evitabile comparativ cu 2022.*
- *Minim 50% transformare spitalizări de zi evitabile în servicii ambulatorii (consultații/investigații) comparativ cu 2022.*
- *Minim 20% reducere a episoadelor de spitalizare comparativ cu 2022.*
- *75% compliantă cu ghidul/protocolul de practică medicală, traseul clinic și timpii de acces, perioadele de timp dintre diagnostic, tratament și monitorizare pentru fiecare furnizor care oferă servicii de îngrijiri de sănătate pentru problemele de sănătate publică cu impact negativ major în dizabilitate și mortalitate.*
- *Minim 50% din furnizorii care oferă servicii de îngrijiri de sănătate pentru afecțiuni care necesită reabilitare precoce furnizează serviciile de reabilitare în mod adecvat.*
- *Minim 75% din pacienții externți din spital și 100% din pacienții cărora li s-au efectuat proceduri de chirurgie de zi beneficiază de servicii de management al externării și coordonarea îngrijirii ulterioare.*
- *Medicamente esențiale disponibile constant și accesibile tuturor pacienților, în condiții de sustenabilitate bugetară.*
- *Minim 50% din tehnologiile medicale altele decât medicamentele sunt evaluate conform unei metodologii specifice de evaluare a tehnologiilor medicale.*
- *90% din tehnologiile medicale sunt evaluate conform unei metodologii specifice de evaluare a tehnologiilor medicale într-o perioadă de timp prestabilită și care este adecvată.*

#### **OS.4.1. PROFESIONALIZARE SERVICIILOR DE SĂNĂTATE INTEGRATE LA NIVELUL COMUNITĂȚILOR LOCALE**

*Se vor dezvolta serviciile de sănătate integrate la nivelul comunităților astfel încât sănătatea să poată fi abordată în mod comprehensiv pe mai mulți determinanți: sanitari, educaționali și sociali. O atenție specială va fi acordată populațiilor vulnerabile și la risc (copii, vârstnici, persoane cu dizabilități etc) precum și populației roma, acolo unde aceasta există. Aceste servicii vor fi dezvoltate de către autoritățile locale cu sprijin financiar, logistic și informațional de la nivel central. Viziunea pe termen mediu și lung este ca aceste centre de medicină comunitară integrate să constituie un model de practică sustenabilă și generalizată în comunitățile din România.*

DA.4.1.1. Dezvoltarea sustenabilă a serviciilor de sănătate integrate la nivelul comunităților locale și creșterea capacității instituționale a actorilor locali relevanți pentru furnizarea acestora.

DA.4.1.2. Extinderea și profesionalizarea rețelei de medicină școlară și consolidarea rolului acesteia în educația pentru sănătate, adoptarea comportamentelor sănătoase și prevenție.

#### **OS.4.2. REDEFINIREA ROLULUI ȘI ÎMBUNĂTĂȚIREA PERFORMANȚEI ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE**

*Pentru ca medicina primară să reușească să preia "baza piramidei" serviciilor medicale trebuie asigurat un cadru predictibil de dezvoltare în care să se asigure formarea resurselor umane, dezvoltarea infrastructurii și asigurarea sustenabilității financiare și operaționale a cabinetelor de medicină de familie.*

*Nevoia de dezvoltare a asistenței primare rămâne pregnantă, fiind necesară integrarea cu asistența comunitară și asigurarea unui standard de calitate și performanță național. În acest scop, se va dezvolta un cadru de evaluare a performanței la nivel național, care va constitui mecanismul de referință a monitorizării evoluției medicinei primare.*

*Sistemul de medicină primară trebuie să se debirocratizeze, asigurând serviciile medicale de diagnostic, evaluare, tratament și monitorizare a pacientului. În acest fel, medicina primară va funcționa prin sistemul de retenție a pacientului la nivelul îngrijirilor primare, oferind servicii medicale adaptate competențelor medicului de familie și nu prin sistemul de „gate-keeper”. Se prevede coordonarea și integrarea crescută a medicinei primare în sistemul de sănătate (ambulator, explorări, spitalizare, recuperare). Astfel, vor scădea internările evitabile, risipa de resurse financiare și va crește satisfacția pacientului față de medicul de familie.*

*Încărcarea administrativă a medicinei primare va fi diminuată prin digitalizare și debirocratizare. Pentru aceasta, autoritățile din sănătate (CNAS, MS, INSP, DSP), dar și alte autorități cu impact (DEPABD, MMSS) își vor armoniza sistemele digitale și le vor integra cu cele sociale, astfel încât, la nivel de cabinet, medicul și pacientul să aibă un singur punct de intrare și raportare a datelor.*

*Stimulentele pentru calitatea îngrijirilor și performanța lor vor fi integrate în modalitatea de plată a serviciilor și monitorizate prin sistemele de raportare digitală existente și dezvoltate de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și de către Ministerul Sănătății.*

DA.4.2.1. Îmbunătățirea sustenabilă a distribuției teritoriale echitabile a serviciilor de asistență medicală primară.

DA.4.2.2. Asigurarea continuității furnizării serviciilor de sănătate în asistența medicală primară și integrarea verticală a acestora cu serviciile de sănătate furnizate în alte domenii de asistență medicală.

DA.4.2.3. Asigurarea funcționalității și îmbunătățirea calității serviciilor de asistență medicală primară.

#### **OS.4.3. CREȘTEREA PERFORMANȚEI ȘI EFICIENTIZAREA CAPACITĂȚII DE DIAGNOSTIC, TRATAMENT ȘI MONITORIZARE ÎN AMBULATORIU**

*Obiectivul final urmărit este de a asigura pacientului serviciile necesare în mod rapid, accesibil și de calitate, precum și eliminarea timpilor de așteptare generați de lipsa finanțării sau de supraaglomerare. Pentru atingerea acestor deziderate, acest palier va fi calibrat la nevoia din teritoriu și integrat cu celelalte niveluri de îngrijiri: primare și spitalicești. Circuitele clinice vor fi adaptate la nevoia pacientului de diagnostic și tratament pentru creșterea eficacității și scăderea timpilor de așteptare.*

DA.4.3.1. Creșterea capacității de îngrijire ambulatorie în cadrul furnizării serviciilor de sănătate.

DA.4.3.2. Îmbunătățirea accesului adecvat și echitabil al populației arondate la servicii ambulatorii.

DA.4.3.3. Diversificarea și coordonarea serviciilor de sănătate oferite în ambulator.

DA.4.3.4. Îmbunătățirea accesului echitabil al populației la servicii ambulatorii paraclinice standardizate și performante.

DA.4.3.5. Dezvoltarea coordonată a sectorului ambulatoriu de spitalizare de zi și integrarea acestuia în continuumul ofertei de servicii de sănătate ambulatorii.

DA.4.3.6. Îmbunătățirea accesului și diversificarea serviciilor de sănătate furnizate în farmaciile comunitare.

DA.4.3.7. Creșterea accesului echitabil la servicii preventive de sănătate orală.

DA.4.3.8. Reorganizarea și diversificarea serviciilor ambulatorii de reabilitare.

#### **OS.4.4. DIMENSIONAREA ADECVATĂ, CONSOLIDAREA, COORDONAREA ȘI DEZVOLTAREA SECTORULUI SPITALICESC PENTRU ÎNGRIJIRI ACUTE ÎN VEDEREA ÎMBUNĂȚĂȚIRII ACCESULUI, CALITĂȚII ȘI PERFORMANȚEI SERVICIILOR OFERITE PACIENȚILOR LA NIVEL LOCAL, REGIONAL ȘI NAȚIONAL**

*Perioada 2020-2021 a fost marcată de și mai multă presiune asupra sectorului spitalicesc, din cauza pandemiei de COVID-19, astfel încât punctele slabe preexistente ale sectorului spitalicesc, cum ar fi infrastructura învechită, circuitele neperformante, siguranța pacientului, personalul insuficient au generat o perturbare suplimentară a sistemului de sănătate.*

*Sectorul spitalicesc se va dezvolta pe componentele de performanță, siguranță, eficiență și interoperabilitate, astfel încât să ofere pacienților servicii sigure, performante și de calitate într-o manieră accesibilă. Totodată vor fi urmărite țintele de eficiență și performanță managerială la nivelul unităților spitalicești precum și integrarea lor în rețeaua de servicii de sănătate la nivel de județ, regiune, național. Abordarea va fi integrată la nivel local (județean) pentru asigurarea accesibilității la servicii, simultan cu restructurarea lor.*

*Dezvoltarea și reformarea spitalelor se va realiza prin investițiile noi în infrastructură cu impact teritorial major, investiții care vor fi complementare construirii celor 3 spitale regionale din Cluj-Napoca, Iași și Craiova. Aceste investiții sunt detaliate în PNRR și PS.*

*Implementarea acestor direcții de acțiune va fi susținută de un mecanism de planificare și monitorizare la nivel național a infrastructurii spitalicești, cu paliere de acces la diferite niveluri: național și regional la nivel de Ministerul Sănătății, județean la nivel de Direcție de Sănătate Publică. Acest mecanism va fi integrat într-o platformă digitală.*

*Va fi necesară și creșterea capacității administrative la nivel central și local pentru pregătirea și implementarea proiectelor mari de investiții precum și creșterea responsabilității proprietarului și a abilităților și cunoștințelor echipei manageriale (PNRR Reforma 3).*

DA.4.4.1. Crearea cadrului strategic de dezvoltare, reorganizare și reabilitare a structurilor spitalicești, care să ofere predictibilitatea și trasabilitatea dezvoltării structurilor cu paturi finanțabile la nivel județean și regional.

DA.4.4.2. Reorganizarea infrastructurii spitalicești prin restructurarea serviciilor de sănătate furnizate la nivelul spitalelor și reabilitarea/construcția de spitale noi, corelată cu infrastructura spitalelor existente.

DA.4.4.3. Profesionalizarea managementului de spital.

DA.4.4.4. Stimularea performanței, calității și eficienței îngrijirilor spitalicești.

DA.4.4.5. Coordonarea serviciilor spitalicești și integrarea acestora în continuumul îngrijirilor de sănătate.

#### **OS.4.5. ÎMBUNĂTĂȚIREA, PROFESIONALIZAREA ȘI DIVERSIFICAREA STRUCTURILOR DE ÎNGRIJIRE POST-ACUTE**

*Pentru eficientizarea serviciilor spitalicești acute, creșterea calității și a rezultatelor clinice, este necesară continuarea îngrijirilor în structurile specifice pe diferite profiluri. Dezvoltarea lor va fi realizată în tandem cu restructurarea rețelei de paturi de acuți, urmărindu-se profilurile de morbiditate și necesarul de servicii.*

*Externarea din spital a pacienților care necesită îngrijiri post-acute (continuitatea îngrijirii) va fi dezvoltată prin înființarea unor structuri funcționale ambulatorii noi cu rol preponderent în monitorizarea afecțiunilor cronice, diminuarea episoadelor de spitalizare și reducerea reinternărilor. De asemenea, structurile de îngrijiri cronice instituționalizate vor fi redimensionate și diversificate în concordanță cu gradul de dependență al pacienților cărora li se adresează.*

DA.4.5.1. Organizarea și diversificarea structurilor de îngrijire post-acute.

DA.4.5.2. Reorganizarea și eficientizarea structurilor de îngrijire spitalicești post-acute.

DA.4.5.3. Dezvoltarea și extinderea structurilor de îngrijire ambulatorie post-acute.

#### **OS.4.6. ÎMBUNĂTĂȚIREA, PROFESIONALIZAREA ȘI DIVERSIFICAREA STRUCTURILOR DE ÎNGRIJIRI DE LUNGĂ DURATĂ (ÎNGRIJIRI LA DOMICILIU DE LUNGĂ DURATĂ, CENTRE DE ZI ȘI ÎNGRIJIRI INSTITUȚIONALE DE LUNGĂ DURATĂ)**

*Îngrijirile de lungă durată neinstituționalizate pentru populația vârstnică vor fi dezvoltate extensiv și echitabil.*

DA.4.6.1 Evaluarea gradului de dependență al persoanelor vârstnice și dezvoltarea unui sistem sustenabil de îngrijiri de lungă durată neinstituționalizate (la domiciliu).

#### **OS.4.7. CREȘTEREA PERFORMANȚEI ȘI EFICIENTIZAREA SISTEMULUI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ DE URGENȚĂ**

DA.4.7.1. Dezvoltarea serviciilor de asistență medicală de urgență pre-spital, în mod deosebit pentru serviciile medicale asigurate de ambulanța publică;

DA.4.7.2. Revizuirea și Armonizarea legislației specifice în vederea asigurării celei mai bune asistențe medicale posibile.



DA.4.7.3. Creșterea capacității de răspuns pentru serviciile medicale asigurate de ambulanța publică, prin implementarea specializării asistenților medicali din SAJ/SABIF în specialitățile Medicină de Urgență și/sau ATI- în cadrul instituțiilor de învățământ universitar (UMF)

DA.4.7.4. Creșterea capacității de răspuns pentru serviciile medicale asigurate de ambulanța publică, prin asigurarea infrastructurii (miloace auto, sedii stații și substații de ambulanță, etc), conform normativelor, funcție de numărul populației deservite.

DA.4.7.4. Creșterea capacității de răspuns prin extinderea domeniilor în care se introduce digitalizarea.

#### **OS.4.8. OPTIMIZAREA FURNIZĂRII SERVICIILOR DE SĂNĂTATE PENTRU PROBLEME MAJORE DE SĂNĂTATE PUBLICĂ**

DA.4.8.1. Prioritizarea problemelor majore de sănătate publică și diminuarea impactului negativ al acestora.

DA.4.8.2. Diminuarea efectului negativ al bolilor transmisibile cu impact major în sănătatea publică (*TB, HIV/SIDA, infecții cu transmitere sexuală, hepatite virale*) - coroborată cu OG.2, OS.2.3..

DA.4.8.3. Diminuarea poverii asociate bolilor netransmisibile cu impact negativ major în sănătatea publică.

DA.4.8.4. Creșterea capacității de răspuns adecvat la problemele majore de sănătate mintală.

DA.4.8.5. Îmbunătățirea și optimizarea rețelei și serviciilor de transplant.

DA.4.8.6. Îmbunătățirea performanței sistemului de sănătate în adresarea bolilor rare.

#### **OS.4.9 ÎMBUNĂTĂȚIREA ACCESULUI ADECVAT LA TEHNOLOGII MEDICALE SIGURE ȘI COST-EFICACE**

*Strategia Națională de Sănătate propune direcții de acțiune și măsuri pentru dezvoltarea unui cadru multidisciplinar de evaluare a tehnologiilor medicale, care să sprijine Ministerul Sănătății și alte autorități publice responsabile în a lua decizii bazate pe dovezi cu privire la intervențiile prioritare în sistemul de sănătate, conținutul practicii medicale și rambursarea din fonduri publice a tehnologiilor medicale.*

DA.4.9.1. Creșterea capacității instituționale a sistemului de evaluare a tehnologiilor medicale și adaptarea acestuia la cadrul operațional european de evaluare a tehnologiilor medicale.

DA.4.9.2 Consolidarea cadrului actual existent de evaluare a tehnologiilor medicale, aplicabil medicamentelor.

DA.4.9.3 Extinderea ariei de aplicare a evaluării tehnologiilor medicale către alte tehnologii medicale, cu prioritate către dispozitivele medicale.

#### **OS.4.10. ASIGURAREA ADECVATĂ CU MEDICAMENTE, ÎN CONDIȚII DE PREDICTIBILITATE ȘI SUSTENABILITATE FINANCIARĂ PENTRU PACIENȚI, BUGETELE PUBLICE, FURNIZORI ȘI PRODUCĂTORI**

*Strategia Națională de Sănătate propune intervenții menite să asigure accesul continuu al pacienților la medicamente, în condiții de echitate și siguranță. În acest sens, sunt prevăzute măsuri pentru revizuirea sistemului de stabilire a prețurilor, prin care să fie stimulată prezența pe piață și eliberarea medicamentelor generice și biosimilare, precum și pentru creșterea capacității naționale de producție. În privința medicamentelor inovative, sunt propuse măsuri care să asigure accesul rapid la*

*terapii împotriva afecțiunilor grave și fără alternativă terapeutică, la terapii medicale avansate, în condiții de sustenabilitate bugetară.*

DA.4.10.1. Dezvoltarea capacității naționale de producție a medicamentelor și dispozitivelor medicale.

DA.4.10.2. Accelerarea accesului la terapii inovative prin intermediul studiilor clinice.

DA.4.10.3. Revizuirea politicii de stabilire a prețurilor de comercializare pentru a asigura disponibilitatea pe piață a medicamentelor și a reflecta valoarea clinică a acestora.

DA.4.10.4. Îmbunătățirea mecanismelor de contractare a medicamentelor, pentru accelerarea accesului, asigurarea suportabilității impactului bugetar atât pentru pacienți, cât și pentru bugetele publice, precum și adaptarea la terapiile medicale avansate.

DA.4.10.5. Îmbunătățirea practicilor de prescriere a tehnologiilor medicale atât din perspectiva unor obiective de sănătate publică, cât și pentru ameliorarea beneficiilor terapeutice.

DA.4.10.6. Asigurarea disponibilității, siguranței și autenticității medicamentelor.

### 5.3. ARIA STRATEGICĂ DE INTERVENȚIE UN SISTEM DE SĂNĂTATE INTELIGENT ȘI ECHITABIL

*Sistemul de sănătate din România va trebui să răspundă provocărilor din ce în ce mai complexe referitoare la îmbătrânirea populației, multi-morbiditate, costurile asociate tehnologiilor inovative, provocările etice și tehnologice, inclusiv tehnologiile digitale, precum și cerințelor referitoare la calitate, siguranță și valoarea asociată serviciilor de sănătate. Un sistem de sănătate responsabil, care are un leadership consistent, care valorizează guvernanta participativă și transparentă, care promovează sănătatea în toate politicile sectoriale, care documentează și prioritizează transparent și bazat pe dovezi politicile de sănătate implementate, finanțează adecvat și sustenabil intervențiile și serviciile de sănătate, care valorizează corespunzător și răspunde așteptărilor profesioniștilor în sănătate, care se bazează pe un sistem de management informațional modern complet digitalizat, care investește sustenabil în cercetare și infrastructură strategică este un sistem de sănătate ce prioritizează sănătatea și calitatea vieții cetățeanului.*

#### OG.5. GUVERNANȚA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE

##### **Provocări**

*Sistemul de sănătate românesc a experimentat în ultimii 30 de ani un număr semnificativ de reforme, schimbări frecvente ale decidenților politici și tehnici, reducerea semnificativă a personalului cu expertiză tehnică specifică la nivelul administrației centrale și locale și menținerea unui "status quo" al leadershipului organizațional referitor la teritorializarea, planificarea și organizarea serviciilor de sănătate, programele naționale de sănătate și prioritizarea domeniului sănătate în toate politicile publice. Drept consecință, capacitatea administrativă a autorităților publice din sistemul de sănătate nu este pe măsura programului de reforme propus, necesitând măsuri ample de consolidare. Implementarea programului de reformă a sistemului de sănătate propus în acest document impune creșterea considerabilă a calității politicilor publice care, în prezent, sunt prea puțin bazate pe dovezi.*

##### **Rezultate așteptate**

Guvernanța sistemului de sănătate este solidă și rezilientă și este exercitată atât prin capacitatea instituțională înaltă a autorităților existente ale sistemului de sănătate, cât și prin dezvoltarea adecvată a unor instituții noi și a unor instrumente de obiectivare și prioritizare a politicilor de sănătate care răspund nevoilor actuale și viitoare ale acestuia, precum și așteptărilor populației referitoare la starea de sănătate.

Direcțiile de acțiune și măsurile prevăzute la acest obiectiv general urmăresc asigurarea guvernantei sistemului de sănătate prin capacitate administrativă adecvată, parteneriate cu principalii actori publici și privați și un cadru coerent și transparent de politici publice bazate pe dovezi.



## Ținte 2030

- *Master-planuri și planuri regionale de sănătate funcționale.*
- *Instituții noi (ANDIS,) și existente (MS, CNAS, INSP, ANMDM, INMSS, DSP, CAS) cu capacitate instituțională dezvoltată corespunzător.*
- *Cadru instituțional de elaborare, prioritizare, implementare și evaluare a politicilor de sănătate bazat pe dovezi, predictibil și transparent.*
- *Parteneriate funcționale între Ministerul Sănătății și principalii actori guvernamentali locali și non-guvernamentali cu privire la elaborarea și implementarea măsurilor de reformă în sistemul de sănătate.*
- *Programe naționale de sănătate concentrate asupra priorităților de sănătate publică, elaborate, implementate și evaluate obiectiv și transparent, cu impact evaluat și măsurat în starea de sănătate (scăderea mortalității evitabile, a dizabilității).*
- *Canale și campanii de comunicare diversificate și funcționale privind informații relevante pentru partenerii instituționali și pentru opinia publică.*

### **OS.5.1. CREȘTEREA CAPACITĂȚII DE GUVERNANȚĂ A AUTORITĂȚILOR DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE**

DA.5.1.1. Dezvoltarea și implementarea documentelor strategice și operaționale care decurg din Strategia Națională de Sănătate 2023-2030.

DA.5.1.2. Promovarea sănătății în toate politicile publice.

DA.5.1.3. Creșterea capacității pentru efectuarea evaluării impactului asupra sănătății populației.

DA.5.1.4. Dezvoltarea guvernancei participative în sistemul de sănătate.

DA.5.1.5. Comunicarea măsurilor de reformă: obiective, progrese, obstacole, soluții.

### **OS.5.2. CREȘTEREA ȘI PROFESIONALIZAREA CAPACITĂȚII DE PLANIFICARE ȘI IMPLEMENTARE A POLITICILOR DE SĂNĂTATE**

DA.5.2.1. Consolidarea capacității instituționale a autorităților publice din sistemul de sănătate.

DA.5.2.2. Dezvoltarea capacității partenerilor din sistemul de sănătate.

DA.5.2.3. Asigurarea integrității, transparenței și eticii profesionale în sistemul de sănătate.

DA.5.2.4. Creșterea eficienței utilizării fondurilor publice prin extinderea achizițiilor publice centralizate în sistemul de sănătate.

### **OS.5.3. DEZVOLTAREA ȘI IMPLEMENTAREA DE INSTRUMENTE DE PLANIFICARE ȘI PRIORITIZARE A INTERVENȚIILOR DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI A SERVICIILOR DE SĂNĂTATE**

DA.5.3.1. Dezvoltarea cadruLUI procedural coerent și a capacității instituționale adecvate pentru elaborarea și implementarea intervențiilor strategice în sănătate.

DA.5.3.2. Dezvoltarea și utilizarea mecanismelor și instrumentelor de prioritizare a intervențiilor de sănătate.

DA.5.3.3. Profesionalizarea managementului programelor naționale de sănătate, incluzând acțiunile prioritare.

#### OS.5.4 MONITORIZAREA PERFORMANȚEI SISTEMULUI DE SĂNĂTATE

DA.5.4.1. Dezvoltarea mecanismelor pentru generarea dovezilor necesare elaborării politicilor de sănătate.

DA.5.4.2. Monitorizarea, măsurarea și comunicarea performanței sistemului de sănătate.

### OG.6. ASIGURAREA SUSTENABILITĂȚII ȘI A REZILIENȚEI FINANCIARE A SISTEMULUI DE SĂNĂTATE

#### Provocări

*Până în prezent, finanțarea sistemului de sănătate nu a răspuns adecvat obiectivelor acestuia atât din perspectiva cuantumului resurselor bugetare disponibile, cât și a eficienței în utilizarea acestora.*

*Exceptarea unor importante categorii sociale de la plata asigurărilor de sănătate sau neplata de către instituțiile în drept a acestor indemnizații pentru anumite categorii sociale a decredibilizat conceptul de solidaritate, obligativitate și justiție socială al asigurărilor sociale de sănătate, pe de o parte, iar pe de altă parte a contribuit la subfinanțarea sistemului de sănătate. Impredictibilitatea astfel generată a compromis ex-ante orice demers de planificare pe termen mediu și lung a serviciilor de sănătate și a alocărilor bugetare aferente.*

*Alocarea resurselor bugetare de la nivel central către cel județean, inclusiv pe paliere de asistență medicală, mecanismele de contractare și plată și nivelurile tarifelor achitate nu au fost adaptate la obiectivele și măsurile prevăzute în strategia națională de sănătate 2014-2020. Drept urmare, a existat și există o desincronizare între politicile naționale în sănătate și instrumentele de finanțare a acestora.*

*Subfinanțarea istorică a domeniului de asistență medicală primară și a ambulatoriului de specialitate a avut ca efect advers "rostogolirea" unui număr important de servicii de sănătate de la acest nivel către serviciile de urgență pre-spital (CPU/UPU) și serviciile spitalicești. Acest proces, împreună cu inadecvarea tarifelor pentru servicii de spitalizare continuă, au condus printre altele la supra-codificare, internări nejustificate, inclusiv evitabile, și utilizarea în exces a serviciilor spitalicești.*

*Elaborarea politicilor privind finanțarea sistemului de sănătate este fragmentată între diverse autorități publice și adeseori nu este bazată pe procese sistematice de utilizare a datelor statistice și de analiză a impactului. Fragmentarea politicilor este translatată și la nivelul mecanismelor de finanțare a serviciilor, atât a celor de sănătate publică, cât și a celor preventive, curative, paliative și de îngrijiri pe termen lung. De exemplu, spitalele publice primesc finanțare din multiple surse cu reguli distincte de alocare, contractare, plată și utilizare, precum contracte pentru servicii spitalicești continue și de zi, servicii în ambulatoriu, servicii paraclinice, intervenții din programe naționale de sănătate, intervenții din acțiuni prioritare, servicii de urgență, diverse acțiuni de sănătate etc. Având o abordare predominant economică, sistemul actual de finanțare împovărează atât administratorii, cât și furnizorii cu sarcini birocratice, neglijând importanța calității și a rezultatelor în starea de sănătate.*

*Nu în ultimul rând, în timpul pandemiei COVID-19, mecanismele de finanțare au fost adaptate la noile posibilități de furnizare a serviciilor care, pentru spitale au presupus asigurarea nevoilor de*

cheltuieli independent de volumul de activitate. În perioada post pandemică, revenirea la situația pre-2020 nu este posibilă în totalitate, oferind oportunități importante de reformă structurală prin care componenta de finanțare a sistemului de sănătate să devină un instrument de sprijin al realizării politicilor naționale în domeniu.

### Rezultate așteptate

Prin Strategie se urmărește dezvoltarea unui sistem de finanțare sustenabil, în perspectiva evoluțiilor economice, tehnologice și demografice, precum și rezilient, la șocurile provocate de crize epidemiologice și climatice, care să asigure resurse financiare suficiente, precum și mecanisme de alocare, contractare și plată cost-eficace, pentru realizarea obiectivelor sistemului de sănătate, referitoare la servicii medicale, resurse umane, informaționale și tehnologice necesare furnizării acestora etc., asigurând o protecție financiară adecvată categoriilor de populație vulnerabile.



### Ținte 2030

- *Veniturile Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate precum și resursele bugetare ale Ministerului Sănătății sunt predictibile, suficiente și alocate pe un orizont de timp multianual, potrivit nevoilor de cheltuieli generate de implementarea Planurilor Regionale de Servicii de Sănătate și a Masterplanurilor Regionale de Servicii de Sănătate.*
- *Toate categoriile sociale care realizează venituri sau primesc prestații sociale contribuie direct sau indirect, prin subvenții de la bugetul de stat, la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate.*
- *Asigurările voluntare de sănătate dispun de un cadru de reglementare care să le permită dezvoltarea în concordanță cu interesele asiguraților și ale sistemului de asigurări sociale de sănătate.*
- *Acoperirea universală a populației cu servicii de sănătate esențiale.*
- *Mecanisme de alocare a resurselor bugetare, de contractare și plată a serviciilor, medicamentelor și dispozitivelor medicale, adaptate și favorabile atingerii obiectivelor sistemului de sănătate.*
- *„Fondul pentru calitatea serviciilor medicale” înființat și funcțional.*
- *Cadru instituțional operațional și politică unitară de management al tarifelor pentru serviciile de sănătate finanțate din surse publice implementată.*
- *Finanțare consolidată și adaptată la costurile reale pentru serviciile medicale spitalicești și ambulatorii, precum și pentru intervențiile de sănătate publică.*

## OS.6.1 CREȘTEREA VENITURILOR ȘI DIVERSIFICAREA SURSELOR DE FINANȚARE PENTRU SĂNĂTATE, CU ASIGURAREA PROTECȚIEI FINANCIARE A GRUPURILOR VULNERABILE

DA.6.1.1. Majorarea veniturilor încasate din contribuțiile de asigurări sociale de sănătate, prin eliminarea unor excepții de la plată, concomitent cu asigurarea protecției financiare a persoanelor cu venituri reduse.

DA.6.1.2. Majorarea finanțării din surse private a serviciilor de sănătate prin asigurări private de sănătate și contribuții personale ponderate.

## **OS.6.2. CREȘTEREA EFICIENȚEI SURSELOR PUBLICE DE FINANȚARE A SERVICIILOR DE SĂNĂTATE**

DA.6.2.1. Elaborarea unei politici predictibile și transparente de subvenționare de la bugetul de stat a FNUASS.

DA.6.2.2. Revizuirea rolului Ministerului Sănătății cu privire la contractarea și finanțarea serviciilor de sănătate.

## **OS.6.3 ASIGURAREA ACCESULUI UNIVERSAL LA SERVICII DE SĂNĂTATE FINANȚATE DIN FONDURI PUBLICE**

DA.6.3.1. Extinderea gamei de servicii de sănătate la care au acces persoanele neasigurate.

## **OS.6.4 PRIORITIZAREA ȘI EFICIENTIZAREA ALOCĂRILOR BUGETARE ÎN SĂNĂTATE**

DA.6.4.1. Corelarea bugetării multianuale din surse publice pentru servicii de sănătate cu obiectivele naționale în domeniu.

## **OS.6.5 DEZVOLTAREA MECANISMELOR DE CONTRACTARE STRATEGICĂ A SERVICIILOR DE SĂNĂTATE**

DA.6.5.1. Asigurarea tehnologiilor medicale cost-eficiente din pachetul de servicii de bază prin utilizarea de criterii obiective de evaluare ex-ante și ex-post.

DA.6.5.2. Creșterea eficienței programelor naționale de sănătate prin redefinirea rolului lor și măsurile aferente de restructurare.

DA.6.5.3. Dezvoltarea contractării strategice a serviciilor de sănătate, adaptată la obiectivele naționale de sănătate.

DA.6.5.4. Creșterea eficienței mecanismelor de contractare a medicamentelor inovative și a dispozitivelor medicale.

## **OS.6.6 MECANISME INOVATIVE DE PLATĂ A SERVICIILOR ȘI PROFESIONIȘTILOR ÎN SĂNĂTATE**

DA.6.6.1. Utilizarea unor mecanisme inovative de plată a serviciilor în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în sprijinul obiectivelor naționale de sănătate.

DA.6.6.2. Dezvoltarea capacității de fundamentare, stabilire și monitorizare a tarifelor serviciilor de sănătate finanțate din fonduri publice și adaptarea lor la obiectivele naționale de sănătate.

DA.6.6.3. Stimularea îmbunătățirii calității serviciilor de sănătate prin mecanisme financiare de recompensare a performanței.

## **OS.6.7 CREȘTEREA EFICIENȚEI FINANȚĂRII SERVICIILOR MEDICALE**

DA.6.7.1. Adaptarea finanțării serviciilor spitalicești la obiectivele naționale de sănătate.

DA.6.7.2. Asigurarea necesarului de finanțare și a unui nivel adecvat de eficiență pentru servicii de sănătate specifice.

## OG.7. ASIGURAREA UNEI RESURSE UMANE ADECVATE, RETENȚIA ȘI PROFESIONALIZAREA ACESTEIA

### Provocări

*Resursa umană în sănătate este concentrată preponderent în centrele urbane mari și, în mod special, în centrele universitare medicale. Distribuția profesioniștilor în sănătate pe specialități și competențe nu răspunde nevoilor de sănătate ale populației și necesarului sistemului de sănătate, în special în domeniile sănătății publice, asistenței medicale primare, al altor servicii de sănătate de bază (esențiale), al serviciilor conexe și al serviciilor medicale de nișă/supra-specializate/înaltă performanță.*

*În spitalele publice, cadrul organizatoric și managementul resurselor umane sunt rigide și nesincronizate cu nevoile reale de servicii de sănătate din ariile geografice deservite, precum și cu mecanismele de finanțare. În plus, regulile privind salarizarea personalului creează inechitate între categoriile de personal și, în cazul medicilor, nu stabilesc o legătură directă între remunerație și activitatea prestată.*

*Nu în ultimul rând, sistemul de sănătate, în ansamblu, resimte lipsa unui mecanism adecvat și cost-eficace, bazat pe date statistice cuprinzătoare, pentru planificarea pe termen mediu și lung a resurselor umane. Acest neajuns are efecte negative majore în starea de sănătate a populației, prin inadecvarea resurselor umane și a capacităților tehnologice la nevoile de servicii ale acesteia.*

### Rezultate așteptate

România va elabora și implementa o politică publică pentru resurse umane în domeniul sănătății, adaptată la necesitățile actuale și viitoare ale sistemului de sănătate și ale populației, precum și la evoluțiile internaționale relevante pentru țara noastră. Obiectivele acesteia vor fi aliniate cu cele prevăzute în Planul Național de Redresare și Reziliență și în Planul Strategic Multianual pentru Dezvoltarea Resurselor Umane în Sănătate 2023-2030.



### Ținte 2030

- *Cadru instituțional și statistic funcțional pentru elaborarea de politici multianuale privind resursele umane în sistemul de sănătate, adaptate la nevoile de servicii estimate în documentele naționale și regionale de planificare.*
- *Resurse umane formate și perfecționate potrivit nevoilor identificate în Planul Strategic Multianual pentru Dezvoltarea Resurselor Umane în Sănătate, în Planurile Regionale de Servicii de Sănătate și în Masterplanurile Regionale de Servicii de Sănătate.*
- *Capital uman îmbunătățit în autoritățile publice de sănătate, precum și în unitățile sanitare din toate palierele de asistență medicală.*
- *Reglementări care asigură flexibilitate în organizarea instituțională, angajarea, normarea și salarizarea personalului în unitățile sanitare publice.*



### **OS.7.1. ELABORAREA UNEI POLITICII PUBLICE INTEGRATE PENTRU RESURSELE UMANE ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE**

DA.7.1.1. Gestiunea adecvată a informațiilor privind resursele umane din sistemul de sănătate prin constituirea și operaționalizarea registrului electronic al profesioniștilor în sănătate.

DA.7.1.2. Planificarea necesarului de resurse umane în sistemul de sănătate.

DA.7.1.3. Îmbunătățirea calității activităților manageriale din sistemul de sănătate.

### **OS.7.2 ASIGURAREA FORMĂRII ȘI PERFECTIONĂRII RESURSELOR UMANE POTRIVIT NEVOILOR SISTEMULUI DE SĂNĂTATE**

DA.7.2.1. Îmbunătățirea formării profesionale a personalului medical și adaptarea sa la obiectivele stabilite prin Planul național multianual privind gestiunea resurselor umane în sistemul de sănătate.

DA.7.2.2. Creșterea competențelor personalului medical prin programe de educație medicală continuă accesibile și adaptate evoluțiilor tehnologice internaționale și naționale în specialitățile medicale.

DA.7.2.3. Dezvoltarea capitalului uman din cadrul Ministerului Sănătății, Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al altor autorități publice din domeniu.

DA.7.2.4. Creșterea capacității de planificare, retenție și diversificare a resursei umane în sănătate publică.

DA.7.2.5. Dezvoltarea și profesionalizarea resursei umane în asistența medicală primară.

DA.7.2.6. Îmbunătățirea, abilităților și competențelor resurselor umane din cadrul unităților sanitare cu paturi.

### **OS.7.3 ÎMBUNĂTĂȚIREA MANAGEMENTULUI RESURSELOR UMANE ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE, ÎN VEDEREA CREȘTERII PERFORMANȚEI PROFESIONIȘTILOR ÎN SĂNĂTATE**

DA.7.3.1. Îmbunătățirea mecanismelor de recrutare și evaluare a resurselor umane, flexibilizarea alocării personalului și ameliorarea condițiilor de muncă din unitățile sanitare publice.

DA.7.3.2. Încurajarea performanței în unitățile sanitare publice.

## **OG.8. CREȘTEREA OBIECTIVĂRII, TRANSPARENȚEI ȘI RESPONSABILIZĂRII SISTEMULUI DE SĂNĂTATE**

### **Provocări**

*Sistemul de sănătate se confruntă cu o serie de neajunsuri cu privire la gestiunea informațiilor necesare managementului politicilor publice în domeniu, managementului activităților administrative și cercetării. Cele mai importante dintre acestea sunt:*

- *Lipsa unei politici naționale privind managementul informațiilor în sănătate.*
- *Fragmentarea organizării, generării, raportării și depozitării datelor statistice.*
- *Lipsa interoperabilității diverselor sisteme de date, atât de la nivel central, cât și de la nivelul unităților sanitare.*

- Valorificarea insuficientă a datelor deținute în prezent de autoritățile și instituțiile sistemului de sănătate (MS, CNAS, INMSS, INSP, ANMCS, DSP, CAS) atât în scopul elaborării, monitorizării și evaluării politicilor publice, cât și al cercetării.
- Nefinalizarea și funcționalitatea defectuoasă a platformei informatice a asigurărilor sociale de sănătate.
- Servicii electronice pentru pacienți insuficiente (de exemplu, informații complete despre tematici de sănătate, sistem pentru e-programări, e-trimiteri, e-comunicare cu medicii curanți etc.).
- Dosar Electronic de Sănătate nefuncțional.
- Indisponibilitatea datelor statistice necesare cuantificării rezultatelor și a impactului intervențiilor de sănătate publică și serviciilor de îngrijiri de sănătate finanțate din surse publice.
- Lipsa de integrare a datelor statistice generate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și în cadrul sectorului privat, vizând servicii medicale achitate prin plăți directe sau asigurări voluntare de sănătate.
- Dezvoltarea suboptimală a serviciilor de telemedicină.
- Registre populaționale/de boală parțial funcționale, de cele mai multe ori fără acoperire națională, neactualizate și care nu furnizează rezultatele așteptate.

Calitatea serviciilor medicale furnizate la toate nivelurile de asistență medicală este percepută ca insuficientă și nu există un mecanism național pentru evaluarea obiectivă a acesteia. La această situație contribuie semnificativ următoarele deficiențe:

- Nefinalizarea procesului de conștientizare și internalizare de către furnizori și personalul medical al acestora a importanței managementului calității.
- Lipsa unui cadru integrat și complet pentru elaborarea, diseminarea, implementarea, monitorizarea și evaluarea instrumentelor de management clinic.
- Concentrare excesivă pe procedurile de acreditare a furnizorilor de servicii medicale în detrimentul unei abordări de îmbunătățire continue a managementului calității.
- Lipsa datelor pentru cuantificarea variabilității practicii medicale și calității serviciilor medicale.
- Lipsa autoevaluării de către furnizori a calității serviciilor medicale prestate, pe niveluri de asistență medicală, precum și a mecanismelor de feedback.

### Rezultate așteptate

Strategia conține măsuri care vor contribui la creșterea calității și consistenței politicilor publice în sănătate, a eficacității serviciilor de sănătate, a eficienței cheltuielilor, a transparenței și a accesului la servicii prin îmbunătățirea managementului informațional, dezvoltarea infrastructurii IT&C, inclusiv a registrelor populaționale/de boală și a capacității de valorificare a datelor relevante din sistemul de sănătate.

Va fi creat și implementat un cadru național pentru elaborarea și diseminarea instrumentelor de management clinic. CMR, CFR, CMDR, OAMGMAMR și alte organizații ai căror profesioniști furnizează servicii conexe serviciilor de sănătate, prin comisiile de specialitate ale acestora (*care au reprezentativitate, legitimitate și autoritate profesională de necontestat*), au un rol esențial în elaborarea și monitorizarea implementării instrumentelor de management clinic dezvoltate și

actualizate regulat (*ghiduri de intervenții în sănătatea publică/practică medicală, protocoale de intervenții în sănătatea publică/practică medicală, trasee și algoritmi clinici*).

Va fi elaborat și implementat un cadru național pentru monitorizarea, evaluarea, auditarea și consilierea furnizorilor de servicii de sănătate cu privire la calitatea serviciilor de sănătate prestate.



## Ținte 2030

- *Elaborarea și aprobarea unei politici naționale privind managementul informațiilor în sănătate.*
- *Sistemul Informațional Integrat în domeniul Sănătății (SIIS) funcțional.*
- *Platforma informatică a asigurărilor sociale de sănătate restructurată și extinsă (cu sistem de e-programări, e-trimiteri, instrumente de asistență la prescriere și diagnostic etc.).*
- *Dosar Electronic de Sănătate al pacientului funcțional*
- *Portal național de sănătate funcțional.*
- *SIIS colectează date de la furnizori privați vizând servicii medicale din afara sistemului de asigurări sociale de sănătate.*
- *Registre populaționale/de boală funcționale pentru problemele de sănătate publică cu impact negativ major în dizabilitate și mortalitate evitabilă.*
- *Instrumente de management clinic și trasee clinice elaborate pentru problemele majore de sănătate publică și pentru alte afecțiuni cu impact major asupra calității vieții.*
- *Sistemul de guvernare clinică implementat în cadrul unităților sanitare.*
- *Sistemul de monitorizare și evaluare a calității serviciilor de sănătate operațional.*

### OS.8.1. RESTRUCTURAREA SISTEMULUI DE MANAGEMENT INFORMAȚIONAL AL SISTEMULUI DE SĂNĂTATE PRIN MODERNIZAREA, CREȘTEREA ROBUSTEȚII, UTILIZAREA DIGITALIZĂRII ȘI A INTEROPERABILITĂȚII ACESTUIA

DA.8.1.1. Dezvoltarea cadrului strategic, a planificării și a capacității administrative de management al informațiilor din sănătate.

DA.8.1.2. Dezvoltarea Sistemului Informațional Integrat în domeniul Sănătății (SIIS) prin standardizarea, integrarea și interoperabilitatea principalelor sisteme informaționale, aflate în administrarea Ministerului Sănătății, Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, altor autorități publice din domeniu și a unităților sanitare.

DA.8.1.3. Consolidarea și extinderea platformei informaționale a sistemului de asigurări sociale de sănătate (PIAS) în vederea îmbunătățirii managementului datelor colectate, eficientizării cheltuielilor, sprijinirii furnizorilor și îmbunătățirii accesului asiguraților la servicii de sănătate.

DA.8.1.4. Consolidarea sistemelor informaționale administrate de Ministerul Sănătății sau instituții din subordinea acestuia în vederea îmbunătățirii managementului datelor colectate, a eficientizării cheltuielilor sprijinirii furnizorilor și îmbunătățirii accesului asiguraților la servicii de sănătate.

DA.8.1.5. Creșterea accesului la servicii de sănătate prin implementarea sistemului informatic de furnizare a serviciilor medicale la distanță (telemedicină).

### **OS.8.2. DEZVOLTAREA ȘI IMPLEMENTAREA DE STANDARDE PENTRU FURNIZAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE ȘI A INTERVENȚIILOR DE SĂNĂTATE PUBLICĂ**

DA.8.2.1 Reducerea variabilității practicii medicale și îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate oferite prin creșterea capacității de implementare a instrumentelor de management clinic.

DA.8.2.2. Îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate furnizate prin implementarea mecanismelor de analiză comparativă a activității furnizorilor.

### **OS.8.3. CREȘTEREA CAPACITĂȚII DE MONITORIZARE, AUDITARE ȘI FEEDBACK A SERVICIILOR DE SĂNĂTATE ȘI A INTERVENȚIILOR DE SĂNĂTATE PUBLICĂ**

DA.8.3.1. Creșterea calității intervențiilor și serviciilor de sănătate furnizate.

DA.8.3.2. Îmbunătățirea calității serviciilor spitalicești.

DA.8.3.3. Intervenții pentru evaluarea calității serviciilor medicale.

## **OG.9. COORDONAREA ÎNGRIJIRII ȘI INTEGRAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE**

### **Provocări**

*Intervențiile de sănătate publică și serviciile de îngrijiri de sănătate sunt furnizate preponderent fragmentat, necoordonat, cu timpi de așteptare suboptimali, în special pentru afecțiunile cu prognostic grav. Pacienții nu au la dispoziție servicii de facilitare, coordonare a îngrijirii și suport în luarea deciziei referitor la problemele lor de sănătate.*

*Serviciile de sănătate pentru problemele de sănătate publică cu impact negativ major în dizabilitate și mortalitate evitabilă sunt de-teritorializate, cu consecințe defavorabile importante în speranța de viață și calitatea vieții pacienților.*

*De asemenea, intervențiile de sănătate publică și serviciile de îngrijiri de sănătate (în special pentru bolile cronice) sunt, în marea lor majoritate, furnizate ca intervenții/servicii punctuale și nu ca procese coordonate și integrate pe orizontală și pe verticală. În plus, există o lipsă acută de servicii ambulatorii oferite cât mai aproape de cetățean atât pentru diagnostic (ex. servicii de spitalizare de zi), cât și pentru monitorizarea bolii (ex. servicii post-acute non-instituționalizate).*

### **Rezultate așteptate**

Strategia prevede direcții de acțiune și măsuri prin care intervențiile de sănătate publică și serviciile de îngrijiri de sănătate la nivel teritorial să fie planificate și organizate corespunzător, iar furnizarea acestora să fie realizată într-o manieră cost-eficace și sigură.

Traseele pacienților pentru problemele de sănătate publică cu impact negativ major în dizabilitate și mortalitate evitabilă sunt dezvoltate, implementate, monitorizate și ajustate regulat, astfel încât intervențiile/serviciile furnizate să fie de o calitate înaltă și să conducă la rezultate pozitive în starea de sănătate.

Reglementarea, constituirea, pilotarea și, ulterior, replicarea/implementarea rețelelor teritoriale funcționale pentru problemele de sănătate publică cu impact negativ major în dizabilitate și mortalitate evitabilă.



### Ținte 2030

- *Planuri de intervenții în sănătatea publică și serviciile de îngrijiri de sănătate operaționale la nivel teritorial.*
- *Trasee clinice operaționale pentru problemele de sănătate publică cu impact negativ major în dizabilitate și mortalitate evitabilă.*
- *Rețele teritoriale funcționale pentru problemele de sănătate publică cu impact negativ major în dizabilitate și mortalitate evitabilă, care furnizează intervenții în sănătatea publică și serviciile de îngrijiri de sănătate coordonate și integrate.*
- *Rețele teritoriale de îngrijiri pentru urgențe medicale, inclusiv sindroame coronariene acute, accident vascular cerebral, politraumă, funcționale și care furnizează intervenții/servicii cu impact pozitiv în ameliorarea rezultatelor în starea de sănătate.*

#### OS.9.1. EVALUAREA NEVOILOR, A RESURSELOR ȘI PLANIFICAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE LA NIVEL NAȚIONAL, REGIONAL ȘI LOCAL

DA.9.1.1 Evaluarea necesarului de servicii de sănătate la nivel național/regional/local.

DA.9.1.2. Realizarea planurilor naționale și regionale de servicii de sănătate.

DA.9.1.3. Monitorizarea și evaluarea Strategiei Naționale de Sănătate, a Planurilor Regionale de Servicii de Sănătate și a Master Planurilor Regionale de Servicii de Sănătate.

#### OS.9.2. DEZVOLTAREA ȘI IMPLEMENTAREA REȚELELOR DE SERVICII DE SĂNĂTATE TERITORIALE PENTRU PRINCIPALELE PROBLEME DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

DA.9.2.1. Dezvoltarea și operaționalizarea rețelelor teritoriale pentru furnizarea integrată a serviciilor de sănătate.

DA.9.2.2. Dezvoltarea rețelelor de îngrijiri pentru urgențe medicale inclusiv sindroame coronariene acute, accident vascular cerebral, politraumă.

#### OG.10. INTEGRAREA ADECVATĂ A CERCETĂRII ȘI INOVĂRII PENTRU ÎMBUNĂTĂȚIREA STĂRII DE SĂNĂTATE

##### *Provocări*

România alocă constant un procent modest pentru cercetare (0,5% din PIB)<sup>34</sup> comparativ cu media statelor UE (2,3% din PIB) fapt care se evidențiază și în contribuția pentru cercetare per locuitor (locul 28 din 28 state membre)<sup>35</sup>.

Cercetarea în domeniul sănătății în România este coordonată de către Academia de Științe Medicale, instituție de interes public național, aflată în subordinea Ministerului Sănătății, care are afiliate 95 de unități cu activități de cercetare și dezvoltare.

Infrastructura și resursa umană aferentă cercetării, indiferent de tipul acesteia (ex. cercetare fundamentală, cercetare aplicată, cercetare translațională), este concentrată în cadrul Universităților de Medicină și Farmacie, Institutului Național de Sănătate Publică, al Institutelor Naționale de Cercetare Dezvoltare specifice și al Academiei Române/Academiei de Științe Medicale și structurilor organizaționale de cercetare afiliate acesteia.

Până în prezent, Academia de Științe Medicale nu are dezvoltată o strategie comprehensivă de cercetare pentru sănătate, astfel că marea majoritate a entităților menționate mai sus și-au dezvoltat propria strategie de cercetare-dezvoltare. Cu toate acestea, accesarea fondurilor de cercetare și inovare pentru sănătate de la nivelul UE este constant deficitară și suboptimală<sup>36</sup>.

Sistemul public de cercetare-dezvoltare în sănătate are probleme de guvernare, finanțare și infrastructură, care au ca rezultat o eficiență și o productivitate scăzută, cât și o capacitate suboptimală de traducere a rezultatelor cercetării în practică. Fondurile de cercetare de la nivelul UE pentru exercițiul financiar 2014-2020 au fost concentrate în câteva universități și Institute Naționale de Cercetare Dezvoltare, niciuna din domeniul sănătății.

Cele mai performante instituții în accesarea de fonduri de cercetare rămân universitățile, astfel încât există oportunitatea ca în continuare să se investească în structura de cercetare – inovare a acestora, atât pentru cercetarea fundamentală (ex. științele omice), cât și pentru cercetarea aplicată interdisciplinară, inclusiv prin constituirea de consorții intersectoriale cu entități publice și private.

## Rezultate așteptate

Cercetarea și inovarea pentru sănătate reprezintă una din ariile majore de cercetare la nivel European, dovada fiind sustenabilitatea acestei arii în toate ciclurile de finanțare ale Uniunii Europene inclusiv în cadrul actualului Program European de Cercetare și Inovare 2021-2027 care plasează sănătatea în cadrul celor patru domenii majore de interes alături de economia verde, digitalizare și incluziune<sup>37</sup>.

Cercetarea în sănătate este concentrată pe menținerea unei vieți sănătoase, active într-un mediu care promovează sănătatea, pe gestionarea adecvată a problemelor de sănătate și reducerea poverii problemelor de sănătate publică cu impact negativ major în dizabilitate și mortalitate evitabilă, acces echitabil la intervenții de sănătate publică și servicii de îngrijiri de sănătate inovatoare și de calitate înaltă și instrumente, tehnologii și soluții digitale care facilitează furnizarea acestora.



## Ținte 2030

<sup>34</sup> <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20211129-2>

<sup>35</sup> <https://webgate.ec.europa.eu/dashboard/sense/app/a976d168-2023-41d8-acec-e77640154726/sheet/eeb35687-5e03-44b8-ace0-9cd8802cbd00/state/analysis>

<sup>36</sup> European Commission, Directorate-General for Research and Innovation, Pupinis, M., Serbanica, C., PSF review of the Romanian R&I system: background report, Publications Office, 2021, <https://data.europa.eu/doi/10.2777/38334>

<sup>37</sup> [https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/research\\_and\\_innovation/funding/documents/ec\\_rtd\\_horizon-europe-overview.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/research_and_innovation/funding/documents/ec_rtd_horizon-europe-overview.pdf)

- Cercetarea pentru dezvoltarea de tehnologii diagnostic-terapeutice inovative, instrumente diagnostice predictive, servicii de îngrijiri de sănătate de precizie, medicină personalizată, științe omice, tehnologii care cresc gradul de autonomie, inclusiv tehnologii digitale portabile, este finanțată și conduce la rezultate implementabile pentru îmbunătățirea stării de sănătate.
- Cercetarea aplicată în sănătate publică și servicii de sănătate este utilizată consecvent pentru elaborarea și îmbunătățirea continuă a politicilor de sănătate, în special pentru problemele de sănătate publică cu impact negativ major în dizabilitate și mortalitate evitabilă, cum ar fi bolile cardiovasculare și cerebrovasculare, precum și cancerul.

### OS.10.1. CREȘTEREA CAPACITĂȚII INSTITUȚIONALE PENTRU CERCETARE FUNDAMENTALĂ ȘI APLICATIVĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

DA.10.1.1 Dezvoltarea capacității de cercetare, dezvoltare, inovare pentru sectorul de sănătate, vizând rezultate ce pot fi integrate în furnizarea serviciilor de sănătate.

DA.10.1.2. Dezvoltarea infrastructurii naționale de cercetare în domeniul științelor omice, a bolilor cardiovasculare și cerebrovasculare, precum și a cancerului.

DA.10.1.3. Dezvoltarea cercetării în sănătate publică și servicii de îngrijiri de sănătate, pentru elaborarea de politici de sănătate bazate pe dovezi.

### OG.11. ÎMBUNĂȚIREA CALITĂȚII SERVICIILOR DE SĂNĂTATE PRIN INVESTIȚII ÎN INFRASTRUCTURA DE SĂNĂTATE

#### Provocări

Sistemul de sănătate se confruntă în continuare cu deficiențe majore în privința infrastructurii și dotării cu aparatură medicală, care au impact negativ asupra capacității de furnizare a serviciilor și a calității acestora. Cele mai importante dintre ele sunt:

- Lipsa unei politici naționale integrate cu privire la investițiile în infrastructura de sănătate.
- Lipsa informațiilor cu privire la starea infrastructurii și dotările cu echipamente medicale de înaltă tehnologie ale unităților sanitare publice.
- Capacitate administrativă insuficientă pentru managementul proiectelor de investiții.
- Nesincronizarea proiectelor de investiții propuse de unitățile sanitare sau de autoritățile administrației publice locale cu obiectivele naționale de sănătate, cu masterplanurile regionale de servicii de sănătate sau cu nevoile populației deserve.
- Starea deficitară sau neadecvată a circuitelor, dotărilor și imobilelor care fac parte din unitățile sanitare publice.
- Starea adeseori precară a imobilelor, precum și dotări insuficiente cu aparatură medicală, a cabinetelor de medicina familiei.
- Capacitatea insuficientă și starea deficitară a infrastructurii de sănătate publică.

#### Rezultate așteptate

Asigurarea capacității de management, planificare și implementare a proiectelor de investiții care să îmbunătățească accesul la servicii medicale, să amelioreze calitatea acestora și siguranța pacienților și să contribuie la inversarea piramidei de servicii.

Realizarea de parteneriate viabile între MS-ANDIS și unitățile administrativ-teritoriale pentru îmbunătățirea infrastructurii de sănătate aflate în proprietatea acestora.

Îmbunătățirea infrastructurii și a dotărilor de echipamente la toate nivelurile de asistență medicală.

Implementarea Planului național de investiții în infrastructura de sănătate, cu valorificarea surselor multiple de finanțare existente, respectiv PNRR, alte fonduri externe nerambursabile, bugetul de stat, bugetele locale și împrumuturi de la BIRD.



### Ținte 2030

- *Agenția Națională pentru Dezvoltarea Infrastructurii în Sănătate înființată și operațională.*
- *Planul național de investiții în infrastructura de sănătate elaborat și în curs de implementare.*
- *Sistem informațional funcțional pentru date privind infrastructura unităților sanitare publice și private, echipamentele de înaltă performanță și necesarul de investiții.*
- *Instrumente de sprijin pentru managementul investițiilor în sănătate elaborate și utilizate (programe de instruire, proiecte tehnice tip, metodologii, proceduri etc.).*
- *Set de criterii obiective de selecție și bugetare a investițiilor finanțate din bugetul Ministerului Sănătății aprobat și implementat.*
- *Reabilitarea, modernizarea și dotarea a 3.000 de (asocieri de) cabinete de asistență medicală primară.*
- *Reabilitarea, modernizarea, extinderea, construcția, dotarea a cel puțin 50 de unități sanitare publice care furnizează asistență medicală ambulatorie.*
- *Construcția/modernizarea/extinderea a 200 de centre comunitare integrate.*
- *Trei spitale regionale de urgență operaționale.*
- *Rețea națională extinsă de tratament a urgențelor cardio- și cerebrovasculare, modernă și dotată.*
- *Investiții în imobile noi, modernizarea sau extinderea imobilelor existente, dotări cu aparatură medicală și alte dotări funcționale în cel puțin 100 de unități sanitare publice.*
- *Laboratoarele din Sistemului Național de Laboratoare de Referință reabilite/modernizate și dotate.*

## OS.11.1 CREȘTEREA CAPACITĂȚII ADMINISTRATIVE DE PLANIFICARE, FINANȚARE, PREGĂTIRE ȘI IMPLEMENTARE A INVESTIȚIILOR ÎN INFRASTRUCTURA PUBLICĂ DE SĂNĂTATE



DA.11.1.1. Creșterea capacității Ministerului Sănătății de a gestiona investițiile prioritare în infrastructura publică de sănătate, prin intermediul Agenției Naționale pentru Dezvoltarea Infrastructurii în Sănătate și al Planului național de investiții în infrastructura de sănătate.

DA.11.1.2. Creșterea investițiilor de capital privat în infrastructura de sănătate, inclusiv prin realizarea de parteneriate public-privat.

### **OS.11.2 CREȘTEREA ACCESULUI ȘI A CALITĂȚII SERVICIILOR MEDICALE PRIN CONTINUAREA INVESTIȚIILOR PUBLICE ȘI PRIVATE ÎN INFRASTRUCTURA DE SĂNĂTATE**

DA.11.2.1. Dezvoltarea infrastructurii în asistența medicală primară și ambulatorie, în special în zonele defavorizate din punct de vedere al accesului la servicii medicale, zonele rurale și zonele marginalizate.

DA.11.2.2. Continuarea dezvoltării infrastructurii publice spitalicești în concordanță cu Planurile Regionale de Servicii de Sănătate și Masterplanurile Regionale de Servicii de Sănătate.

DA.11.2.3. Dezvoltarea infrastructurii de servicii de sănătate post-spital în concordanță cu planurile regionale de servicii de sănătate și masterplanurile regionale de servicii de sănătate.

DA.11.2.4. Dezvoltarea infrastructurii serviciilor de sănătate publică pentru prevenirea, controlul, diagnosticul și supravegherea bolilor transmisibile.