



SPITALUL PPP PLOIEȘTI

RAPORT PRIVIND CONCEPTUL PROIECTULUI

iunie 2022

Disclaimer:

Acest document conține informații despre Spitalul Municipal Ploiești (SMP) și Spitalul de Pediatrie Ploiești (SPP). Acest document a fost elaborat de Concept Realization Management Consultancy (Consultant), ca parte a serviciilor International Finance Corporation (IFC) furnizate Municipiului Ploiești în legătura cu consolidarea SMP și SPP într-o facilitate spitalicească nouă și este publicat în conformitate cu OUG 57/2019. Acest document nu trebuie considerat exhaustiv și poate să nu conțină toate informațiile de care un destinatar le poate solicita pentru a-și efectua analiza. Informațiile sensibile și confidențiale din punct de vedere comercial au fost redactate. Nici IFC, nici Consultantul, nici oricare dintre ofițerii, angajații, agenții, reprezentanții, consilierii sau consultanții respectivi nu au o obligație de diligență față de niciun destinatar al acestui document și nici nu fac sau vor face nicio declarație sau garanție expresă sau implicită cu privire la astfel de informații și nicio responsabilitate sau răspundere nu este acceptată de niciunul dintre aceștia cu privire la caracterul adecvat, acuratețea, fiabilitatea sau caracterul complet al informațiilor conținute aici sau puse la dispoziție în legătură cu acesta, nici cu privire la gradul de succes care poate fi obținut în implementarea oricărei recomandări conținute în acesta și nimic din conținutul acestui document nu va fi invocat ca promisiune sau reprezentare, indiferent dacă este în trecut, prezent sau viitor. Informațiile furnizate aici nu trebuie luate în considerare ca sfaturi financiare, contabile, juridice, de reglementare sau fiscale. Nici IFC, nici Consultantul, nici oricare dintre ofițerii, partenerii, angajații, agenții, reprezentanții, consilierii sau consultanții lor respectivi nu își asumă nicio obligație de a corecta, modifica sau actualiza informațiile furnizate aici sau de a oferi destinatarului acces la orice informații suplimentare. Nici IFC, nici Consultantul, nici oricare dintre ofițerii, partenerii, angajații, agenții, reprezentanții, consilierii sau consultanții respectivi acestora nu vor fi răspunzători pentru orice pierdere sau daune directe, indirecte sau consecutive (inclusiv pierderea profitului) suferite de vreo persoană în calitate de rezultat al bazei pe orice declarație sau omisiune în orice informație conținută în acest document sau orice comunicare viitoare, scrisă sau orală, în legătură cu proiectul.



1. Cuprins

1. Cuprins	1
1. Introducere și obiective	5
1.1 Contextul general al proiectului.....	5
1.2 Obiective	6
1.3 Rolul IFC și al TA	6
1.4 Prezentarea generală a structurii raportului	6
2. Sectorul de sănătate în România în general și în județul Prahova și în orașul Ploiești în special.....	8
2.1 Contextul românesc:.....	8
2.1.1 Profilul țării.....	8
2.1.2 Situația economică.....	9
2.1.3 Mediul de afaceri	12
2.1.4 Sistemul politic și economic și stabilitatea	13
2.2 Sistemul de sănătate din România.....	15
2.2.1 Populație și date demografice	15
2.2.2 Indicatori de sănătate și epidemiologie.....	16
2.2.3 Epidemiologie	21
2.3 Accesul la servicii de sănătate în România	26
2.3.1 Accesul la servicii de sănătate în România	26
2.3.2 Asistența medicală primară	30
2.3.3 Internările în spital	33
2.3.4 Date privind bolile cronice în România	35
2.3.5 Internările de zi în sistemul de sănătate din România.....	43
2.3.6 Serviciile de urgență în România.....	45
2.3.7 Concluzii.....	47
2.4 Oferta de servicii de sănătate și finanțarea	48
2.4.1 Sistemul de sănătate.....	48
2.4.2 Sisteme de plată.....	50
2.4.3 Surse de finanțare pentru spitalele publice.....	51
2.4.4 Mecanismul de solicitare și obținere de finanțare	53
2.5 Sănătatea în Ploiești și în județul Prahova	58
2.5.1 Profilul de populație în județul Prahova	58
2.5.2 Incidența bolilor în județul Prahova.....	59
2.5.3 Accesul la asistență medicală în județul Prahova	61
2.6 Finanțarea sănătății în județul Prahova	62
2.7 Finanțarea în domeniul sănătății - pentru Spitalul Municipal Ploiești și Spitalul de Pediatrie Ploiești	65

3. Evaluarea Spitalului Municipal și a Spitalului Pediatric din Ploiești și argumentele pentru construirea unei unități noi, care să ofere mai multe specialități de servicii medicale, în cadrul unui proiect de tip greenfield	68
3.1 Introducere	68
3.2 Starea actuală a SMP și SPP	68
3.2.1 Facilități	68
3.2.2 Dotări	69
3.3 Opțiuni pentru noul spital	70
3.3.1 Renovare sau construire de la zero?	70
3.3.2 Spital unic, cu funcții multiple, sau mai multe spitale separate?	71
3.3.3 Concluzii și recomandări	71
4. Evaluarea decalajului dintre cerere și ofertă	72
4.1 Introducere	72
4.2 Zona de acoperire	72
4.3 Evaluarea ofertei	73
4.3.1 Introducere	73
4.3.2 Rezumat privind numărul de paturi în județul Prahova	73
4.3.3 Date privind celelalte spitale din Prahova	74
4.3.4 Profilul de servicii clinic al paturilor operaționale din Prahova	75
4.3.5 Prezentare pe scurt a SMP și a SPP	77
4.4 Evaluarea cererii și estimarea decalajului între cerere și ofertă la unitățile clinice	80
4.4.1 Introducere	80
4.4.2 Paturi pentru îngrijire acută și pentru îngrijire cronică – Decalajul între cerere și ofertă	80
4.5 Capacitatea și profilul de servicii clinice recomandat pentru noul spital PPP	84
5. Conceptul pentru noul spital	87
5.1 Introducere	87
5.2 Analiza amplasamentului	87
5.5 Elaborarea programelor funcționale	92
5.6 Cerințe de sustenabilitate și considerații pentru consumul de energie net egal cu zero	98
5.7 Diagrame bloc pentru Scenariul 1 (302 paturi)	99
5.7.1 Amenajarea amplasamentului	99
5.7.2 Planuri de etaj	100
5.8 Diagrame bloc pentru Scenariul 2 (412 paturi)	104
5.8.1 Amenajarea amplasamentului	104
5.8.2 Planuri de etaj	105
5.9 Cerințe de infrastructură	108
5.10 Cerințe privind echipamentele medicale, mobilierul și alte instalații	110
5.10.2 Definiția mobilierului și altor instalații (FFE)	112
5.11 Cerințe privind echipamentele informatice și tehnologice	113

5.11.1 Introducere	113
6. Costuri	116
6.1 Costurile de investiții	116
6.1.1 Metodologia utilizată pentru calcularea costurilor de investiții.....	116
6.1.2 Costurile de construcție	117
6.1.3 Costurile de infrastructură.....	117
Infrastructura acoperă trei componente: bransamentele la rețelele de utilități subterane, drumuri și trotuare, gardurile și alte structuri similare, și peisagistica. Aici intră de obicei și bransarea la rețelele de utilități, transformatoare și substații.	117
6.1.4 Costuri echipament.....	117
6.1.5 Costuri <i>soft</i>	118
6.1.6 Situații neprevăzute	118
6.2 Costurile de întreținere.....	118
6.3 Costurile utilităților	119
7. Calcularea plății de disponibilitate.....	120
7.1 Ipoteze	120
7.2 Plățile de disponibilitate	121
8. Cadrul legal pentru parteneriat public-privat (PPP), achiziții publice și concesiuni	122
8.1 Modelul PPP propus pentru Proiect	123
8.1.1 Introducere	123
8.1.2 Principalele părți interesate și relațiile dintre acestea	124
8.1.3 Forma de contract.....	126
8.1.4 Durata	126
8.2 Proprietatea asupra bunurilor	126
8.3 Mecanismul de plată, disponibilitatea, criteriile de performanță și monitorizarea	126
8.4 Alte aspecte privind structurarea	127
8.5 Aspecte cheie privind bancabilitatea	128
8.5.1 Rezilierea contractului și evenimente de reziliere.....	128
8.6 Risk sharing	129
9. Evaluarea fezabilității sociale și de mediu (E&S) pe lotul alocat pentru Proiect	132
9.1 Introducere	132
9.2 Amplasamentul.....	132
9.3 Evaluarea condițiilor de mediu	133
9.4 Constrângeri de amenajare cunoscute și posibile	134
9.5 Drept de proprietate și destinația terenului anterioară și curentă	136
9.6 Aspecte legate de părțile interesate.....	137
9.7 Sumarul posibilelor efecte și probleme E&S.....	137
9.8 Concluzii și recomandări	138
10. Concluzii	139

Anexa 4: Coroborarea numărului de paturi calculate folosind ME1 și ME2 din RO DRG cu structura de secții pentru SMP, SPP și Alte Spitale din Prahova..... 142

Pasul 1: Cartografierea fiecărui RO DRG cu Categoria Majoră de Diagnostică (CMD) și categoria Medical și Chirurgical..... 142



1. Introducere și obiective

1.1 Contextul general al proiectului

România a aderat la UE în 2007. România este o țară din Europa Centrală, care în 2021 avea o populație de 19.127.774 de oameni, în scădere cu 0,57% față de 2020. Aceasta se adaugă la scăderile anuale de populație din ultimul deceniu, determinate în principal de emigrare și de rate de natalitate scăzute.

România are un sector spitalicesc supradimensionat, caracterizat prin spitale vechi și lipsite de siguranță, reinvestiții reduse și întreținere foarte slabă. Infrastructura spitalicească și echipamentele de spital gestionate de guvern și de autoritățile locale sunt într-un proces sever de învechire și suferă de o subfinanțare cronică. În ultimii 31 de ani, în țară s-a construit un singur spital de stat. Patru incendii mortale în spitale, produse în ultimii 2 ani au declanșat un semnal de alarmă cu privire la starea rețelei de spitale din România, cu cel mai recent incendiu survenit în noiembrie 2021 în Pavilionul de Boli Infecțioase al Spitalului Județean Prahova - Spitalului Județean. Punctul de vedere al părților interesate este că aceste incendii sunt rezultatul infrastructurii și echipamentelor foarte vechi, cu fluxuri de lucru inadecvate și cu instalații sanitare și electrice foarte vechi.

România rămâne una din țările cu cel mai mic procent din produsul intern brut (**PIB**) din UE alocat pentru sănătate, respectiv 5,74% (2019¹), jumătate din media din UE, precum și una din cele mai scăzute valori ale cheltuielilor cu sănătatea pe cap de locuitor, respectiv aproximativ 700 EUR în 2019². Schema de asigurări sociale de sănătate (**ASS**) a fost introdusă în România în 1999 și reprezintă principala sursă de finanțare a sistemului de sănătate (reprezentând 80,8% din cheltuielile publice cu sănătatea în anul 2019), fiind gestionată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate (**CNAS**). Cheltuielile publice cu sănătatea au depășit 10 miliarde EUR, iar cheltuielile private au fost de peste 2 miliarde EUR în 2019, marcând o creștere semnificativă din 2001, când cheltuielile publice totale cu sănătatea au fost de 1,6 miliarde USD.

Cu toate acestea, sectorul de sănătate din România este subfinanțat în comparație cu majoritatea țărilor Uniunii Europene și se clasează aproape pe ultimul loc în grupul de țări similare, cu mult sub țările din Europa Occidentală.

Pentru a aborda problema clădirilor învechite ale spitalelor și a echipamentelor vechi, Municipality Ploiești (**Clientul**) a decis să exploreze alternative pentru finanțarea, construirea și întreținerea unui spital nou, care să înlocuiască actualul spital de pediatrie și spitalul municipal și să atragă finanțare, capacitate și expertiză din sectorul privat pentru a dezvolta și a întreține noua clădire, folosind ca modalitate de achiziții parteneriatul public-privat (**PPP**).

Acest proiect de PPP este important atât pentru dezvoltarea sectorului de sănătate din Ploiești și din județul Prahova, cât și ca proiect pilot de PPP pentru România. Până acum nu au existat progrese în ceea ce privește utilizarea PPP în sectorul sănătății în România, în ciuda multor tentative ale administrațiilor anterioare de a folosi acest mecanism. Un astfel de proiect este necesar pentru a demonstra acest concept și a aduce eficiențele și investițiile atât de necesare în acest sector.

¹ <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=RO>

² <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD?contextual=default&locations=RO>

1.2 Obiective

Aspirația municipalității, în funcție de accesibilitate, este să închidă cele două spitale existente, Spitalul Municipal Ploiești (**SMP**) și Spitalul de Pediatrie Ploiești (**SPP**) și să dezvolte în locul acestora, pe un teren viran („greenfield”), un **Spital de urgență de categoria III** cu o capacitate care să satisfacă deficitul de cerere și ofertă pentru serviciile de sănătate, preconizat a funcționa cu 300-450 de paturi (**Spitalul PPP Ploiești**). Capacitatea acestui spital urmează să fie planificată astfel încât:

- Să conțină toate funcțiile necesare pentru un Spital de urgență de categoria III;
- Să absoarbă activitatea de pacienți actuală de la SMP și SPP;
- Să acopere deficitul între cerere și ofertă care există în Județul Prahova; și
- Să fie suficient pentru a satisface nevoile viitoare ale comunității din Ploiești.

Obiectivul general este furnizarea de servicii medicale în mod modern, eficient și care să aibă pacientul în centru. După cum s-a menționat anterior, Municipality Ploiești (**Partenerul Public**) intenționează să utilizeze modalitatea de achiziții prin PPP în domeniul infrastructurii (sau „**IFP**”³) pentru acest spital, prin care un partener privat (sau **Furnizor**) selectat printr-o procedură competitivă va proiecta, construi, finanța și întreține noul spital multidisciplinar greenfield, iar partenerul public va continua să răspundă de furnizarea tuturor serviciilor clinice (**Proiectul**).

1.3 Rolul IFC și al TA

În acest context, Consultanța IFC în domeniul tranzacțiilor PPP (PPP Transaction Advisory), împreună cu Concept Realisation și EY în calitate de Consultant Tehnic, Gide Loyrette Nouel în calitate de Consultant Juridic efectuează o pre-evaluare (Faza 0) ce are ca obiectiv definirea și structurarea unui PPP și în atragerea unui investitor privat calificat în scopurile menționate anterior. Implementarea Proiectului poate fi efectuată în trei faze:

- Faza 0 – Evaluare regională preliminară și dezvoltarea conceptului de proiect (ofertă și cerere, definirea Proiectului și evaluarea accesibilității lui din punct de vedere al costurilor),
- Faza 1 – Structurarea Proiectului și
- Faza 2 – Procesul de licitație.

Prezentul raport - Nota de concept („**Raportul**”) se referă la Faza 0.

1.4 Prezentarea generală a structurii raportului

Acest Raport reprezintă o evaluare inițială a infrastructurii de sănătate existente și a cererii de servicii de sănătate în zona de acoperire. Raportul furnizează o evaluare a capacității necesare pentru a înlocui SMP și SPP și de a acoperi alte deficite la nivel de servicii pentru populația din zona de acoperire. De asemenea, raportul evaluează investiția inițială care va fi necesară pentru Spitalul PPP în contextul obținerii de către aceasta a statutului de Spital de urgență de categoria III. Mai departe, Raportul dezvoltă conceptul de

³ Inițiativa de finanțare privată (**IFP**) este termenul folosit de Guvernul Marii Britanii pentru programul său inițial de PPP, termen care este adoptat în mod obișnuit (deși nu este un termen exact) ca sinonim pentru modalitatea de furnizare a infrastructurii în regim PPP. În prezentul Raport a fost adoptat termenul de IFP pentru a desemna PPP în domeniul infrastructurii.

spital și elaborează pe tema evaluării impactului fiscal al acestui proiect, astfel încât Clientul să evalueze și să confirme accesibilitatea Proiectului din punct de vedere al costurilor. În continuare, Raportul prezintă abordarea propusă în ceea ce privește structurarea Proiectului ca PPP, precum și un sumar al acțiunilor inițiale de due diligence de natură juridică efectuate în acest scop.

Deoarece planul este ca acest Proiect să fie structurat ca IFP, este vital ca planificarea în domeniul sănătății să se facă metodic și cât mai exact posibil. Într-o inițiativă de tip IFP, Furnizorul are obligația să furnizeze capacitatea specificată de Partenerul Public și este plătit în funcție de disponibilitatea spațiului/unității, nu de utilizarea acestuia. Ca urmare, capacitatea și riscul utilizării deficitare a acesteia este riscul Partenerului Public.

Raportul este structurat după cum urmează:

- Secțiunea 2 prezintă sectorul de sănătate în România în general, în județul Prahova și în orașul Ploiești în special. Această parte explorează numărul de locuitori și caracteristicile demografice, indicatorii de sănătate și epidemiologia, tiparele în ceea ce privește trimiterile, listele de așteptare și alte instrumente de management al cererii, precum și furnizarea de servicii de sănătate și finanțarea.
- Secțiunea 3 oferă o evaluare a Spitalului Municipal și a Spitalului Pediatric care există în prezent în Ploiești și stabilește argumentele pentru realizarea unui nou spital în Ploiești. În această secțiune efectuăm și o evaluare preliminară a altor spitale din județul Prahova, profilul de servicii clinice al acestora și datele de performanță.
- Secțiunea 4 se ocupă de evaluarea cererii și ofertei și a deficitului care trebuie acoperit, alături de evaluarea ofertei de servicii și, ca urmare, evaluarea deficitului care ar urma să fie acoperit de acest nou spital
- Secțiunea 5 prezintă conceptul de Spital PPP nou în ceea ce privește planul locației, cerințele funcționale, planurile etajelor, cu indicarea adiacențelor și a structurilor. Această secțiune oferă o evaluare a gamei de servicii și a numărului aferent necesar de paturi, pe baza aplicării măsurilor de eficiență a operațiunilor. De asemenea, prezintă concluziile analizei efectuate la locația selectată de Municipality Ploiești pentru acest Spital.
- Secțiunea 6 prezintă costurile de capital, costurile de operare și metoda prin care au fost derivate acestea, precum și costurile estimate ale utilităților.
- Secțiunea 7 conține rezultatele modelării financiare efectuate pentru a proiecta fluxurile de numerar viitoare și capacitatea fiscală necesară pentru Proiect.
- Secțiunea 8 prezintă Modelul de PPP propus pentru Proiect.
- Secțiunea 9 evaluează fezabilitatea loturilor de teren din punct de vedere social și de mediu.
- Secțiunea 10 prezintă concluziile generale și o discuție privind pașii următori.

Secțiunile menționate mai sus sunt susținute de diferite anexe, care conțin analize detaliate sau rezumate ale datelor de referință.

2. Sectorul de sănătate în România în general și în județul Prahova și în orașul Ploiești în special

2.1 Contextul românesc:

2.1.1 Profilul țării

România este situată în Europa de Sud-Est. Țara se află la Marea Neagră, având ca vecini Ucraina, Moldova, Bulgaria, Serbia și Ungaria. România are o suprafață totală de 238.391 km² și 225 km de coastă⁴. București este capitala țării și cel mai mare oraș din țară.

România a fost o țară comunistă până în 1989, când regimul Ceaușescu a fost doborât în urma unei revolte civile. România a devenit membră NATO în 2004 și a aderat la Uniunea Europeană în 2007.



Țara este împărțită în opt regiuni administrative:

- Nord-Est,
- Sud-Est,
- Sud - Muntenia,
- Sud-Vest Oltenia,
- Vest,
- Nord-Vest,
- Centru
- București - Ilfov

⁴ CIA World Factbook: România

În prezent, România este împărțită în **41 de județe** și un municipiu (București), având alocat geocodul NUTS-3 în schema de împărțire statistică a României în cadrul Uniunii Europene. Fiecare județ este împărțit în orașe (din care unele au statut de municipiu) și comune.



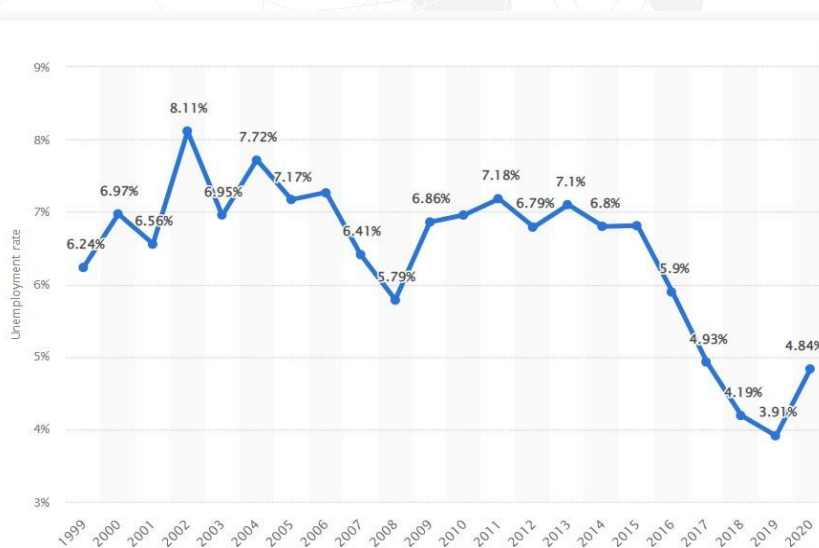
2.1.2 Situația economică

Economia României a cunoscut o îmbunătățire semnificativă după criza financiară din 2008, prin implementarea mai multor măsuri economice ale guvernului pentru corectarea dezechilibrelor fiscale. În anii mai recent, printre acestea se numără creșterea salariului minim și a salariilor din sectorul public, reduceri de impozite și o creștere a pensiilor. Ca urmare, economia țării s-a evidențiat ca cea de a doua economie cu cea mai mare rată de creștere din Uniunea Europeană în 2017.

Tabel 1: Indicatorii macroeconomici ai României⁵

Indicatori	Unități	2013A	2014A	2015A	2016A	2017A	2018B	2019	2020	2021
PIB	USD (mld)	190.9	199.6	177.9	189.0	211.9	237.1	249.9	249.5	283.5
PIB pe cap de locuitor	USD la PPP	19,714	20,557	21,497	23,113	25,728	27,375	31,240	30,570	33,710
Creștere reală a PIB	%	3.5%	3.4%	3.9%	4.8%	7.0%	4.0%	4.2%	-3.7%	5.9%
Șomaj	(Medie; %)	7.2%	6.6%	6.8%	5.6%	4.8%	4.5%	3.9%	5%	5.3%
Rata inflației	%	4.0%	1.1%	-0.6%	-1.6%	1.3%	4.1%	3.8%	2.6%	5%
PIB	USD (mld)	37.6%	39.1%	37.7%	37.1%	35.0%	35.2%	35.43%	47.3%	49.51%

În 2018-19 România s-a situat în primele zece țări din UE cu cea mai scăzută rată a șomajului⁶. Însă deoarece criza cauzată de coronavirus a afectat activitățile din multe sectoare, numărul de șomeri a crescut. În plus, mulți emigranți șomeri au revenit în țară, ceea ce a îngreunat și mai mult situația. În perioada iulie-august 2021, rata șomajului a ajuns la valoarea maximă de 5,3%⁷. După vârful de 5,6% atins în 2022, prognozele prevăd o scădere ușoară, dar stabilă a ratei șomajului, ajungând la platoul de 5,3% în 2025-2027.

Figura 1: Istorical datelor privind șomajul⁸**Figura 2:**

Unemployment rate = Rata șomajului

Proiecții privind șomajul⁹

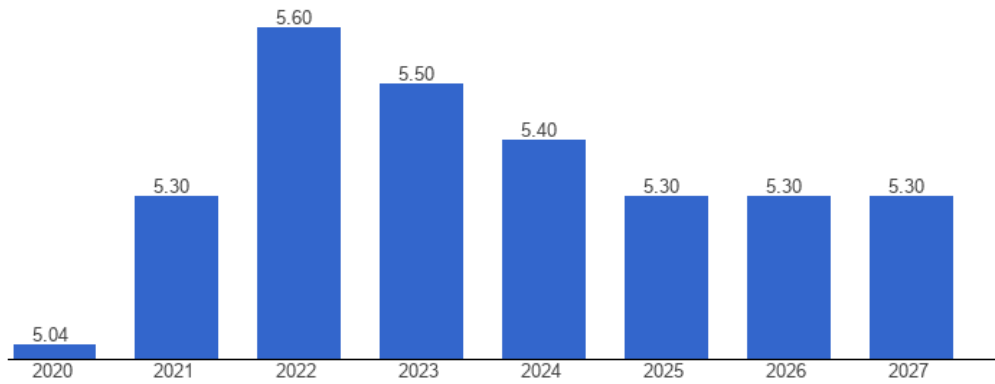
⁵ Sursa: Raportul de Țară al Unității pentru Informații Economice: România August 2018; Fondul Monetar Internațional (anii 2019 - 2021); Datoria publică netă – www.statista.com

⁶ Eurostat 2018; Eurostat 2020 (<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/10159296/3-30012020-AP-EN.pdf/b9a98100-6917-c3ea-a544-ce288ac09675>; <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/9034240/3-02072018-AP-EN.pdf/bfcf5c1a-fca8-4541-aa0a-2d5dc2e090da#:text=Eurostat%20estimates%20that%2017.207%20million,000%20in%20the%20euro%20area>).

⁷ National Library of Medicine (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8583511/>)

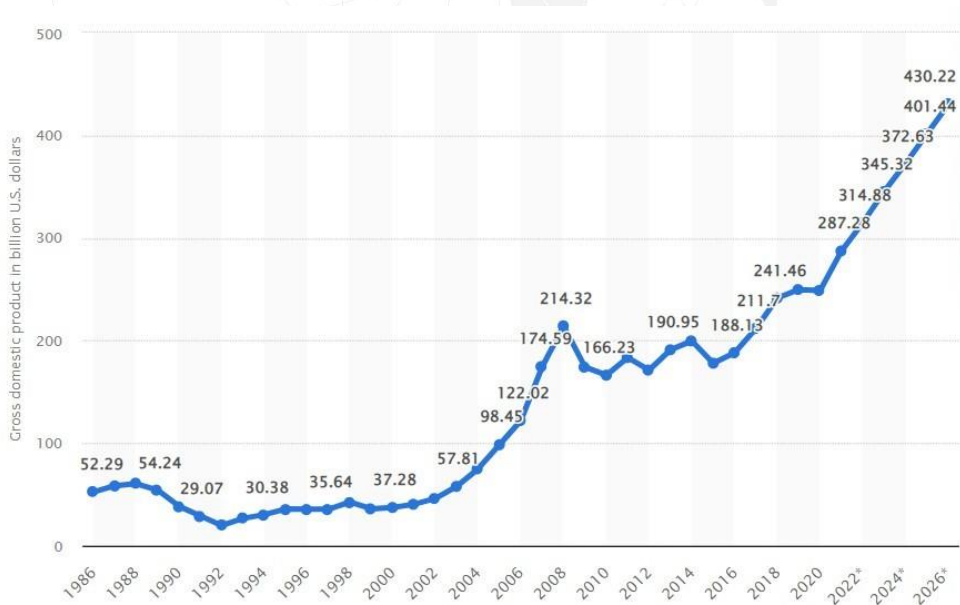
⁸ Sursa: Statista 2022 <https://www.statista.com/statistics/373188/unemployment-rate-in-romania/>

⁹ Sursa: The Global Economy https://www.theglobaleconomy.com/Romania/unemployment_outlook/



PIB-ul României a crescut din 1992, cu o scădere după criza financiară globală în 2008-2016. De atunci, a crescut de peste două ori. Această creștere a fost stimulată prin implementarea mai multor măsuri economice ale guvernului, menite să corecteze dezechilibrele fiscale. În anii mai recentți, printre acestea s-au numărat creșterea salariului minim și a salariilor din sectorul public, reduceri de impozite și o creștere a pensiilor. Ca urmare, economia țării s-a evidențiat ca cea de a doua economie cu cea mai mare rată de creștere din Uniunea Europeană în 2017.

Figura 3: Produsul intern brut (PIB) al României în prețuri actuale din 1986 până în 2026¹⁰



Gross domestic product = Produsul intern brut

¹⁰ Sursa: Statista 2022 <https://www.statista.com/statistics/373193/gross-domestic-product-gdp-in-romania/ource>

Datoria publică a României ca și procent din produsul intern brut a fost cea mai mică în perioada regimului comunist. Din acest motiv, în 1990, datoria publică a țării ca procent din PIB era sub 1%. Până în septembrie 2021, datoria publică a României reprezenta aproape o jumătate din PIB-ul țării, aceasta fiind cea mai mare valoare înregistrată vreodată¹¹.

2.1.3 Mediul de afaceri

România se situează pe locul 55 din 190 de țări în clasamentul global din raportul „Doing Business” al Băncii Mondiale pe anul 2020¹² (clasamentul Ease of Doing Business). În aprilie 2022, țara avea un rating de credit Moody’s Baa3 cu perspectivă stabilă¹³ și un rating de credit S&P BBB- cu perspectivă stabilă¹⁴. Scorul „Distance to Frontier”¹⁵ a fost de 73,30 în clasamentele din 2020, reprezentând o îmbunătățire considerabilă față de scorul de 63,81 din 2012.

În Raportul de competitivitate globală (Global Competitiveness Report) pe 2019 al Forumului Economic Mondial, România ocupă locul 51 din 137¹⁶. Raportul clasează România pe locul 92 din 137 de țări în ceea ce privește calitatea furnizării de educație în domeniul sănătății și educație primară. Acest raport indică faptul că factorii cei mai problematici în legătură cu posibilitatea de a face afaceri în România sunt următorii:

- Rate de impozitare ridicate,
- Birocrație considerabilă la nivelul guvernului;
- Acces la finanțare;
- Forță de muncă cu educație inadecvată;
- Corupție și
- Ofertă insuficientă de infrastructură.

Una din cele mai importante probleme ale României o reprezintă oferta inadecvată de infrastructură, în special autostrăzi și drumuri prin țară. Autostrăzile din România reprezintă mai puțin de 5% din rețeaua totală de drumuri din România¹⁷. Raportul privind competitivitatea globală pe 2018 al Forumului Economic Mondial clasează calitatea infrastructurii în ansamblu în România pe locul 103 din 137 de țări, iar calitatea drumurilor pe locul 120. De asemenea, Comisia Europeană clasează infrastructura de transport a României ca fiind una dintre cele mai slabe din Uniunea Europeană. Principalele cauze care au dus la lipsa dezvoltării sunt instabilitatea și interferența politică, cheltuieli publice reduse și planificarea inadecvată.

Raportul Doing Business pe 2020 al Băncii Mondiale constată că pornirea unei afaceri a devenit mai dificilă din cauza unei creșteri a timpului necesar pentru ca o entitate nouă să se înregistreze pentru un cod de TVA. Guvernul României a implementat mai multe schimbări la nivelul codului fiscal al țării începând cu anul 2018. Detaliile privind sistemul actual de asigurări sociale și impozite sunt următoarele:

¹¹ <https://www.statista.com/statistics/1263596/romania-public-debt-as-a-share-of-gdp/>

¹² <https://documents1.worldbank.org/curated/en/688761571934946384/pdf/Doing-Business-2020-Comparing-Business-Regulation-in-190-Economies.pdf>

¹³ <https://www.moodys.com/credit-ratings/Romania-Government-of-credit-rating-651437?lang=es&cy=spa>

¹⁴ <https://www.romania-insider.com/sp-rating-ro-apr-2022#:~:text=International%20rating%20agency%20S%26P%20affirmed,the%20investment%20grade%20lower%20border>

¹⁵ Acest scor evaluează nivelul absolut de performanță în reglementări al țării de-a lungul timpului

¹⁶ https://www3.weforum.org/docs/WEF_TheGlobalCompetitivenessReport2020.pdf

¹⁷ Institutul Național de Statistică din România

În cazul persoanelor fizice:

- Impozitul pe venitul gospodăriilor a fost redus de la 16% la 10%; și
- Contribuțiile de asigurări sociale au fost reduse de la 39,25% la 37,25% din salariul brut, 35% din contribuția totală fiind acum atribuită angajatului. 10% din aceasta reprezintă contribuțiile la fondul de sănătate, iar 25% reprezintă contribuții la fondul de pensii.

În cazul corporațiilor:

- Impozitul corporativ este stabilit la 16%; și
- Contribuția de asigurări de muncă, de 2,25% din salariul plătit angajatului.
- TVA pe bunuri este stabilită la 19%, iar TVA pe produse alimentare este 9%¹⁸

Moneda României este leul, iar cursurile de schimb¹⁹ sunt următoarele:

- 1 EURO: 4,94 LEI
- 1 dolar SUA: 4,62 LEI
- 1 GBP: 5,79 LEI

Termenul de 2019 pentru trecerea la moneda europeană a fost abandonat, iar planul revizuit prevede ca termen țintă anul 2024²⁰.

2.1.4 Sistemul politic și economic și stabilitatea

Cadrul politic al României este descris ca republică democratică reprezentativă semi-prezidențială²¹, în care:

- Prim-ministrul este șeful guvernului, iar
- Președintele este șeful statului și are anumite prerogative, cum ar fi aprobarea legilor și semnarea decretelor. Președintele reprezintă țara la nivel internațional.

¹⁸ Raportul de Țară al Unității pentru Informații Economice

¹⁹ www.xe.com 02 June 2022

²⁰ [https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/euro-area/euro/eu-countries-and-euro/romania-and-euro_en#:~:text=\(updated%20daily\).-,Adoption%20of%20the%20euro,year%20to%20adopt%20the%20euro.](https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/euro-area/euro/eu-countries-and-euro/romania-and-euro_en#:~:text=(updated%20daily).-,Adoption%20of%20the%20euro,year%20to%20adopt%20the%20euro.)

²¹ https://en.wikipedia.org/wiki/Politics_of_Romania

De la căderea comunismului în 1989, în țară a fost introdus un sistem politic pluripartit, iar Constituția din 1991 descrie forma de guvernământ a statului român ca fiind republica, în timp ce România este stat de drept, democratic și social. România are două camere parlamentare: Camera Deputaților și Senatul.

President = Președinte; Prime-Minister = Primul Ministru; Senate = Senat; Chamber of Deputies = Camera Deputaților; Parliament = Parlament; Vice-Presidents = Vice Președinți; County Council = Consiliul Județean; Local Council = Consiliul Local; Mayor = Primar; Prefect = Prefect; Deputy-Mayor = Viceprimar

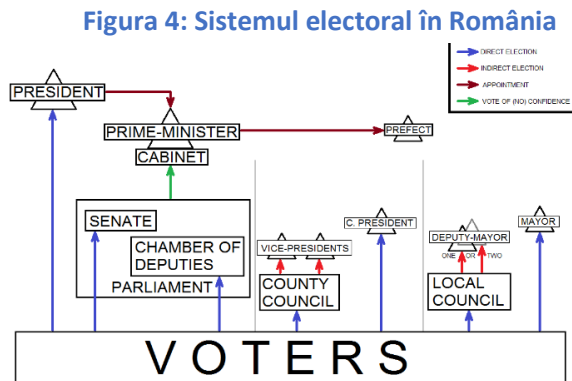
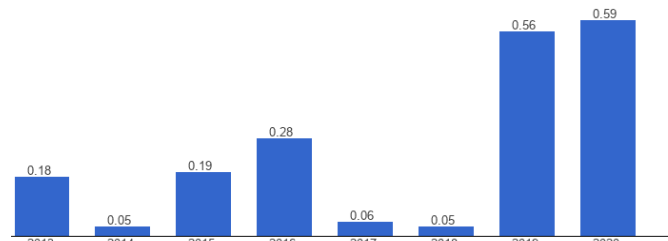


Figura 5: Indicele stabilității politice a economiei globale 2020

Indicele global de stabilitate politică în economia globală (Global Economy Political Stability Index) pe anul 2020²² plasează România pe locul 26 din 45 de țări europene, cu o tendință vizibil în creștere în 2019 și 2020 (a se vedea graficul de mai sus).

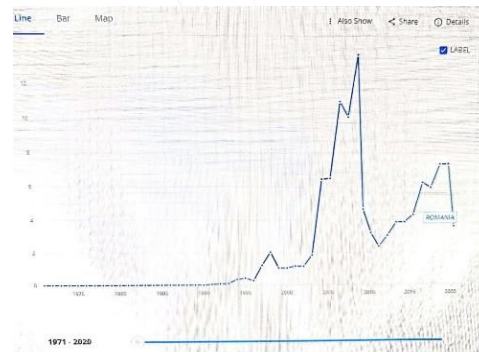


2.1.5 Investiții străine directe (ISD)

ISD în România au crescut din 2011, după o scădere uriașă în urma crizei financiare globale din 2008, când a atins un vârf de 13,67 miliarde USD, după care a scăzut la 2,37 miliarde USD în 2011. Baza de date a Băncii Mondiale²³ arată o valoare de 7,37 miliarde USD a ISD în 2019, înainte de a scădea din nou ca urmare a pandemiei. Conform Băncii Naționale, sistemul de sănătate din România a cunoscut intrări de ISD.

Guvernul a ușurat investițiile în România prin reducerea impozitelor, dar și reducerea la opt a numărului de zile în care se poate înființa o firmă. În 2004 era nevoie în total de douăzeci și nouă de zile pentru a înființa o firmă. De asemenea, guvernul a adoptat o schemă de ajutor de stat cu un buget în creștere de la 100 la 145 milioane euro. Schema de ajutor de stat vizează sprijinirea investițiilor care promovează dezvoltarea regională prin crearea de locuri de muncă. Această schemă este inclusă în programul „Ajutor de stat pentru finanțarea proiectelor de investiții” și se concentrează pe perioada 2015-2025.

Figura 6: Investiții străine directe, fluxuri nete (BoP, monedă USD) - România



²² https://www.theglobaleconomy.com/Romania/wb_political_stability/

²³ <https://data.worldbank.org/indicator/BX.KLT.DINV.CD.WD?locations=RO>

De asemenea, s-au introdus diferite stimulente fiscale pentru atragerea ISD și a antreprenorilor. De exemplu:

- Scutire de 16% din impozit pentru profitul reinvestit în echipamente tehnologice noi folosite în scopuri de afaceri; și
- Scutire de 16% din impozitul pe venit pentru angajații în IT care dețin o licență în una din cele 14 specializări tehnice specificate și care au fost angajați pe anumite posturi, cum ar fi acela de inginer software.²⁴

2.2 Sistemul de sănătate din România

2.2.1 Populație și date demografice

Populația actuală în România este estimată la 18,99 milioane de locuitori la 2 iunie 2022, pe baza elaborării de către Worldometer a celor mai recente date ale Organizației Națiunilor Unite²⁵. Țara a atins maximum de populație în 1990, cu 24,49 milioane de locuitori. De atunci, România a cunoscut o scădere a populației: 6% în deceniul din 2008 până în 2018 și o scădere de 13% în cele două decenii dintre 1998 și 2018. Se preconizează că populația va continua să scadă, ajungând la 18,5 milioane de locuitori în 2030 și 16,4 milioane în 2050, așteptările fiind ca aceasta să scadă în continuare până la aproape 12 milioane de locuitori până la sfârșitul secolului²⁶. Scăderea populației a început atunci când oamenii au plecat din țară pentru a fugi de sărăcie și de corupția din țară. Mulți dintre cei care au emigrat erau persoane cu studii superioare, iar acest lucru a avut un impact foarte mare asupra economiei României, care deja avea probleme²⁷.

Rata anuală de creștere a populației (rata de scădere) este -1,09% (estimări 2022), plasând România pe locul 231 în lume din 237 de țări în ceea ce privește rata de creștere a populației²⁸. Deși emigrarea rămâne în continuare unul dintre factori, declinul populației acum se datorează în principal ratelor ridicate de mortalitate, combinate cu rata scăzută a natalității și cu emigrarea.

România este una dintre cel mai puțin urbanizate țări din Europa, cu doar puțin peste o jumătate din populație (aproximativ 54% sau 10,5 milioane) care locuiește în zone urbane, în orașe²⁹. Însă având în vedere noua metodologie a Băncii Mondiale privind gradul de urbanizare, care include zonele mai largi ale orașelor/suburbane, 76% dintre români locuiesc în zone urbane și generează 97% din produsul economic al României. Această nouă abordare în ceea ce privește calcularea urbanizării permite o concentrare mai bună pe nevoile celorlalți 24% din populație, care ar trebui să aibă acces egal la transport rapid, educație, locuri de muncă și, desigur, infrastructură de sănătate³⁰.

²⁴ InvestRomania, „Plan de investiții pentru Europa”

²⁵ <https://www.worldometers.info/world-population/romania-population/>

²⁶ <https://worldpopulationreview.com/countries/romania-population>

²⁷ Ibid

²⁸ CIA World Factbook: România

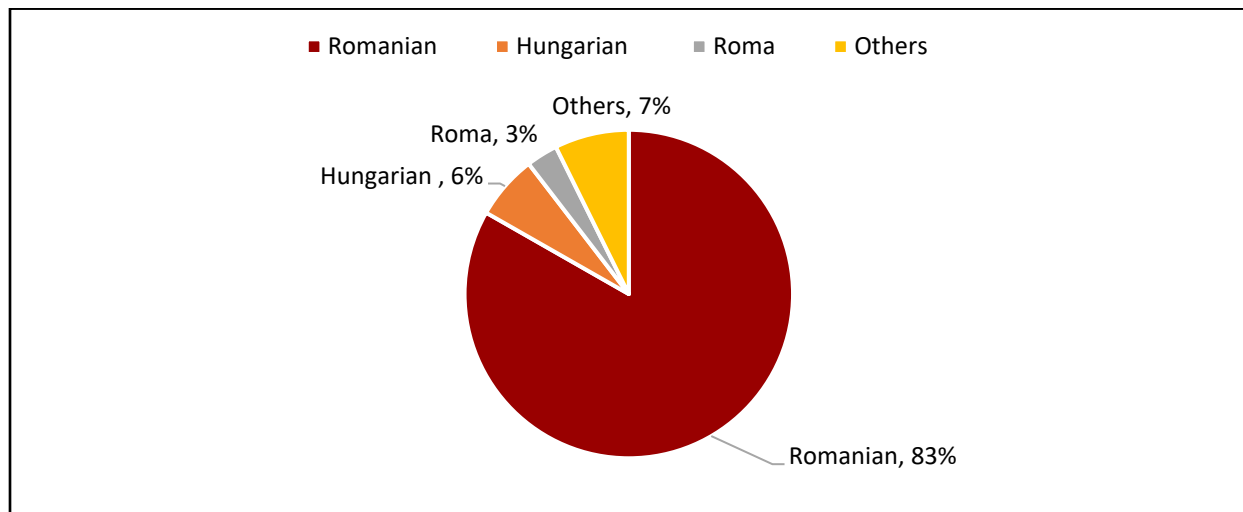
²⁹ Ibid

³⁰ <https://www.worldbank.org/en/country/romania/brief/romania-urban-development>

București este capitala țării, cu o populație de aproximativ 2,15 milioane de locuitori (2020). Al doilea oraș ca mărime este Iași, cu o populație mult mai scăzută, de 0,39 milioane³¹.

Conform datelor de la ultimul recensământ din 2011, 83,4% din populație este formată din români nativi, iar următoarele două grupuri etnice ca mărime sunt maghiarii (6,1%) și populația romă (3,1%). Trebuie reținut că populațiile rome sunt de obicei subestimate în statisticile oficiale și ar putea reprezenta între 5–11% din populația totală a României. Alte câteva grupuri sunt de asemenea incluse, printre care ucraineni și germani, așa cum se arată în figura de mai jos³².

Figura 7: Populația României pe grupuri etnice 2021



Romanian = Români; Hungarian = Unguri; Roma = Romi; Others = Altele.

2.2.2 Indicatori de sănătate și epidemiologie

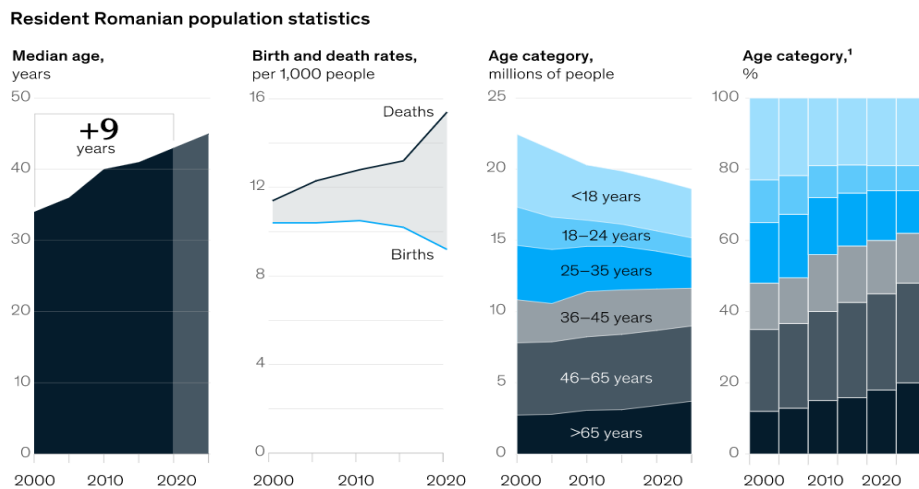
a. Tendințe demografice

Populația României îmbătrânește, vârsta mediană fiind de 46 de ani în 2020. Aceasta a crescut cu 9 ani din 2000 și este aproape de vârsta mediană din UE, de 42,6 ani³³. Peste 46% din totalul populației are vârsta între 25-54 de ani și peste 16% din populație este în categoria de vârstă 65+, după cum se poate observa din graficele privind populația, prezentate mai jos. Ca urmare, populația îmbătrânește și, în același timp, scade.

³¹ <https://www.statista.com/statistics/1102719/towns-in-romania-by-number-of-inhabitants/>

³² CIA World Factbook: România

³³ CIA World Factbook: România

Figura 8: Statistici privind populația rezidentă a României

Resident Romanian population statistics = Statistici privind populația rezidentă a României; Median age (years) = Vârsta medie (ani); Birth and death rates (per 1000 people) = Rata natalității și a mortalității (la 1000 de persoane); Age category (millions of people) = Categoria de vârstă (milioane de oameni).

b. Indicatori de sănătate

Tabelul de mai jos prezintă câțiva dintre indicatorii cheie de sănătate³⁴.

Tabel 2: Principali indicatori de sănătate

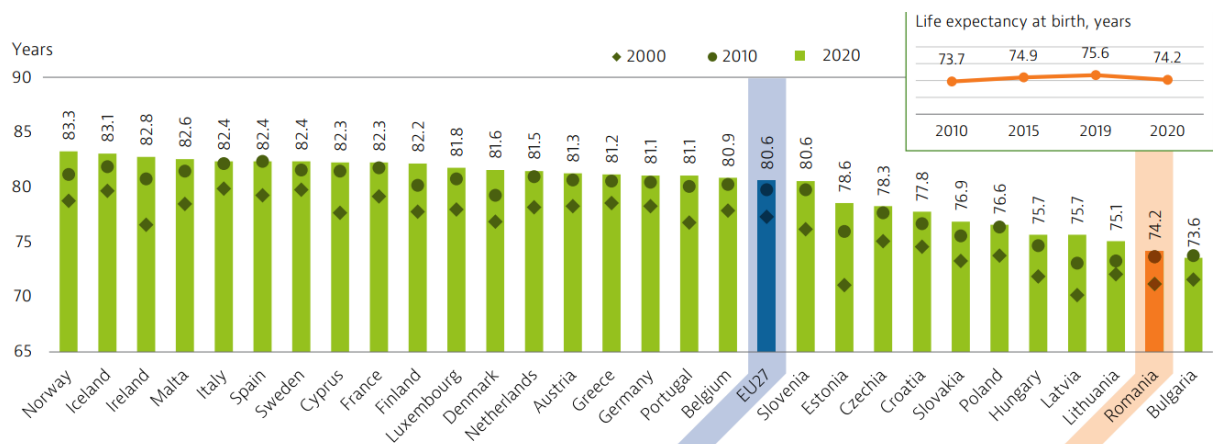
Indicator	Unități	România (anul)	UE	OCDE 38
Speranța de viață la naștere, bărbați	ani	72 (2019)	77.5 (2020)	77.9
Speranța de viață la naștere, femei	ani	80 (2019)	83.7 (2020)	83.1
Speranța de viață la naștere, medie	ani	76 (2019)	80.4 (2020)	81.0
Speranța de viață sănătoasă la naștere	ani	60 (2019)	65 (2019)	71.0
Mortalitate infantilă (sub 5 ani)	La 1000 de nașteri	7 (2020)	3.8	3.9

Starea generală de sănătate și bunăstare s-ar putea îmbunătăți, speranța de viață la naștere fiind pe penultimul loc în UE³⁵.

³⁴ Date preluate din <https://data.worldbank.org/country/RO>, „Health at a Glance 2021, OECD Indicators” și „State of Health in the EU. Romania Health Profile 2021”. Se menționează că acestea citează în cea mai mare parte date din 2019, deoarece 2020 și 2021 au fost considerați ani nereprezentativi din cauza pandemiei de COVID-19

³⁵ <https://euobserver.com/health-and-society/153979> ian 2022

Figura 9 : Speranța de viață la naștere în UE



Note: The EU average is weighted. Data for Ireland refer to 2019.
Source: Eurostat Database.

Life expectancy at birth, years = Speranța de viață la naștere, ani

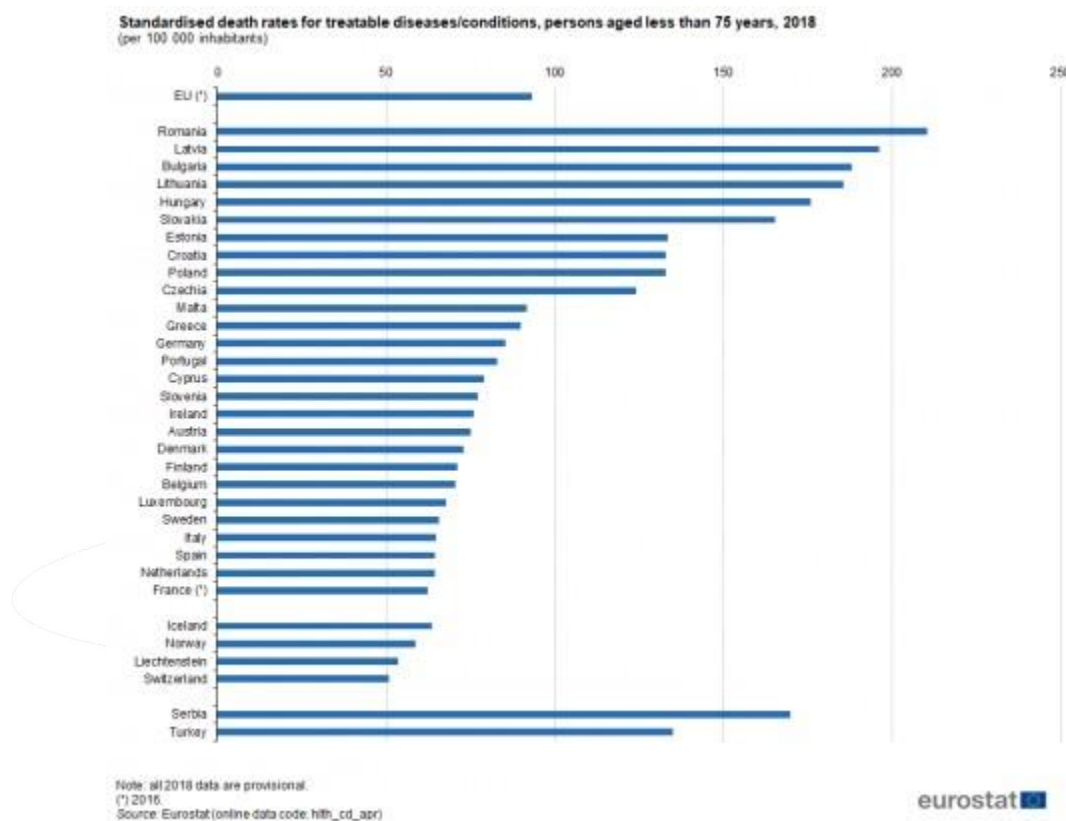
De asemenea, rata de mortalitate infantilă și rata de mortalitate maternă a țării se află printre cele mai ridicate dintre statele membre ale UE. Ultimul Raport privind sănătatea al Comisiei Europene plasează statele din sud-estul Europei pe ultimul loc în ceea ce privește durata generală de viață a cetățenilor acestora. Raportul arată că, din cauza COVID-19, românii mor acum chiar și mai tineri decât înainte. Speranța de viață în România a scăzut cu 1,4 ani în 2020, în timpul pandemiei de Covid-19 - dublul mediei europene de 0,7 ani.

c. Rata mortalității

România are o rată ridicată a mortalității infantile, mai mult decât dublul mediei în UE. Ratele mortalității tratabile și prevenibile, standardizate pe vârste (decese la 100.000 locuitori) în 2018 au fost cele mai mari din UE și peste dublul ratelor din UE, deși în ultimii zece ani s-au înregistrat îmbunătățiri. Cu toate acestea, rata mortalității evitabile în România a fost mai slabă decât cea în Europa Centrală, în comparație cu 348 de decese la 100.000 locuitori în Polonia, 427 decese la 100.000 locuitori în Bulgaria și 371 decese la 100.000 locuitori în Croația³⁶. O rată ridicată a mortalității evitabile reflectă nivelul relativ scăzut al utilizării îngrijirii medicale esențiale în România, inclusiv nivelul îngrijirii preventive și al gestionării cazurilor în cazul bolilor netransmisibile, precum și o acoperire scăzută a intervențiilor de sănătate publică, inclusiv controlul tutunului și reducerea nivelurilor dăunătoare de consum de alcool.

³⁶ Eurostat 2021i

Figura 10: Ratele standardizate ale mortalității pentru boli/afecțiuni tratabile, persoane cu vârsta mai mică de 75 de ani, 2018



Standardised death rates for treatable diseases, persons aged less than 75 years, 2018 (per 100 000 inhabitants) = Ratele standardizate ale mortalității pentru boli/afecțiuni tratabile, persoane cu vârsta mai mică de 75 de ani, 2018 (la 100 000 locuitori)

d. Indicatori privind bolile netransmisibile în România

Tabel 3 de mai jos prezintă câțiva dintre principalii indicatori de morbiditate și mortalitate aferenți bolilor netransmisibile (NCD) în România³⁷.

Tabel 3 Indicatori de morbiditate și mortalitate în România

Indicator	Unități	România	Uniunea Europeană	OCDE 38
Mortalitate cauzată de boli cardiovasculare	la 100.000 de locuitori	1,039.2	374.0	282.0
Incidența cancerului	la 100.000 de locuitori	428.1	569.3	270.5
Mortalitate cauzată de cancer	la 100.000 de locuitori	268.5	261.5	209.0

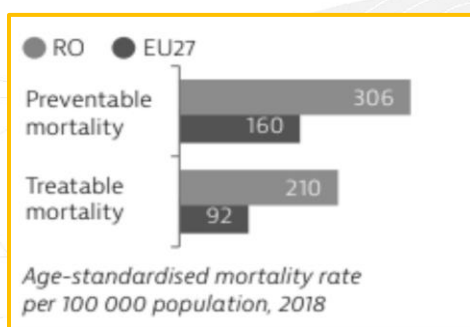
³⁷ State of Health in the EU. Romania Health Profile 2021

Prevalența diabetului	% din total	9.7%	6.1%	7.0%
-----------------------	-------------	------	------	------

Rata mortalității prevenibile este a 3-a cea mai ridicată din UE, atribuită în principal deceselor asociate cu bolile cardiovasculare, cancerul pulmonar și alcoolul. Există diferențe la nivelul ratei mortalității între diferitele zone geografice (cu rate mai ridicate în sud) și între zonele urbane și rurale (rate mai ridicate în zonele rurale).

Un procent semnificativ de decese și dizabilitate cauzată de boli netransmisibile poate fi prevenit prin accesul la servicii de sănătate de calitate și prin eforturi eficiente de prevenție în sănătatea publică.

Figura 11: Rata mortalității la 100 000 de locuitori în România față de media UE



Preventable mortality = Mortalitate care poate fi prevenită; Treatable mortality = Mortalitate tratabilă; Age-standardised mortality rate per 100 000 population, 2018 = Rata mortalității la 100 000 de locuitori, 2018.

e. Speranța de viață sănătoasă


Pe lângă indicatorii de bază privind sănătatea, numărul de ani pe care o persoană se preconizează că îi va trăi cu o stare bună de sănătate (ani de viață sănătoasă (HLY), sau ani de viață fără dizabilitate (DALY)) este cel mai mare indicator de presiune asupra sistemelor de sănătate. Acesta este influențat de stilul general de viață și de nivelul de conștientizare a importanței aplicării de măsuri de prevenție, diagnosticare preventivă și managementul bolilor cronice. Tabelul de mai jos, extras din Eurostat, arată valorile HLY pentru România și pentru alte țări din UE. Figura 12 extrasă din Eurostat, arată valorile HLY pentru România și pentru alte țări din UE.

Figura 12: Ani de viață sănătoasă în țările UE

Healthy life years
(2019)

	Healthy life years at birth			Healthy life years at age 65		
	Females	Males	Difference	Females	Males	Difference
EU	65.1	64.2	0.9	10.4	10.2	0.2
Bulgaria	68.4	64.4	4.0	10.4	9.2	1.2
Estonia	57.7	53.9	3.8	7.2	6.4	0.8
Poland	64.1	60.9	3.2	9.0	8.1	0.9
Lithuania	59.1	56.0	3.1	6.4	6.0	0.4
Croatia	58.5	56.4	2.1	4.9	4.6	0.3
Hungary	62.8	60.7	2.1	7.4	6.7	0.7
Ireland	70.5	68.6	1.9	14.1	13.1	1.0
Latvia	54.1	52.2	1.9	4.8	4.5	0.3
Germany	67.1	65.4	1.7	12.8	11.5	1.3
Austria	58.0	56.7	1.3	7.7	7.7	0.0
Spain	70.4	69.4	1.0	12.3	12.4	-0.1
Czechia	62.6	61.7	0.9	8.2	8.0	0.2
Cyprus	63.0	62.1	0.9	7.1	8.1	-1.0
France	64.6	63.7	0.9	11.6	10.4	1.2
Greece	66.4	65.6	0.8	7.7	8.1	-0.4
Belgium	62.8	62.1	0.7	10.7	10.5	0.2
Romania	60.6	59.9	0.7	6.5	6.7	-0.2
Malta	73.5	72.9	0.6	15.1	14.4	0.7
Italy	68.6	68.1	0.5	10.2	10.6	-0.4
Slovenia	61.2	60.8	0.4	8.6	8.7	-0.1
Slovakia	56.3	56.0	0.3	4.7	4.6	0.1
Denmark	58.8	59.0	-0.2	11.8	10.7	1.1
Sweden	72.7	73.8	-1.1	16.6	15.9	0.7
Luxembourg	61.9	63.2	-1.3	10.6	10.1	0.5
Portugal	57.8	60.6	-2.8	6.9	7.9	-1.0
Finland	54.8	57.7	-2.9	9.6	9.3	0.3
Netherlands	59.4	62.5	-3.1	9.6	10.2	-0.6
Switzerland	60.0	61.0	-1.0	10.5	11.2	-0.7
Norway	68.1	71.2	-3.1	15.8	15.8	0.0
Iceland (*)	59.0	65.7	-6.7	11.3	13.2	-1.9

(*) 2018 instead of 2019.
Source: Eurostat (online data code: hlth_hlye)

eurostat 

Healthy life years = Ani de viață sănătoasă; Healthy life years at birth = Ani de viață sănătoasă la naștere; Healthy life years at age 65 = Ani de viață sănătoasă la vârsta de 65 de ani; Males = Bărbați; Females = Femei; Difference = Diferența.

HLY este un indicator statistic compilat separat pentru bărbați și femei, la naștere și la vârsta de 50 și 65 de ani³⁸.

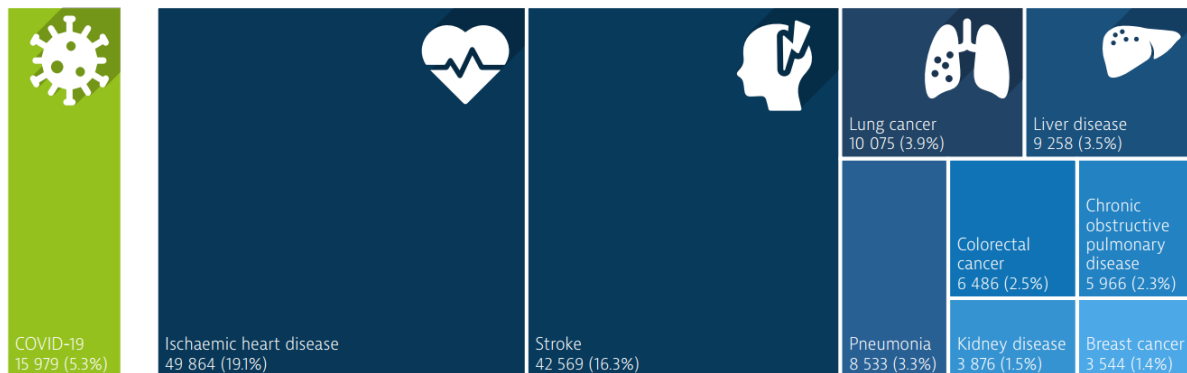
2.2.3 Epidemiologie

Bolile cardiovasculare, atacul vascular cerebral și cancerul reprezintă cauzele principale de deces.

³⁸ HLY se bazează pe prevalența (procente), pe vârste, de populație sănătoasă și nesănătoasă și pe informații privind mortalitatea, pe vârste. O stare sănătoasă este definită ca fiind o stare fără limitare a funcționării și fără dizabilitate. Indicatorul se calculează măsurând procentul, pe vârstă, de populație cu și fără dizabilitate și datele privind mortalitatea

După cum ilustrează figura de mai jos, în afară de COVID-19, aceste afecțiuni reprezintă cea mai mare provocare pentru sistemul de sănătate din România.

Figura 13: Rata mortalității în România, 2020



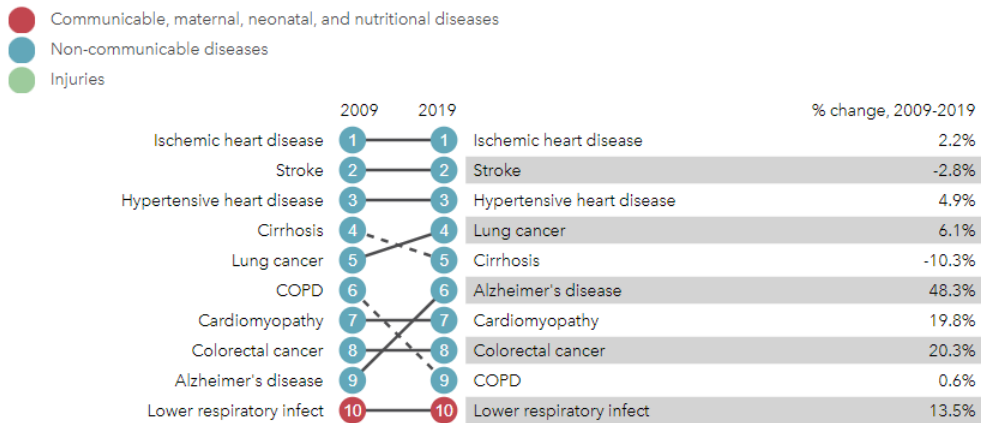
Note: The number and share of COVID-19 deaths refer to 2020, while the number and share of other causes refer to 2018. The size of the COVID-19 box is proportional to the size of the other main causes of death in 2018.

Sources: Eurostat (for causes of death in 2018); ECDC (for COVID-19 deaths in 2020, up to week 53).

Ischaemic heart disease = Boala cardiacă ischemică; Stroke = Accident vascular cerebral; Lung cancer = Cancer la plămâni; Liver disease = Boli ale ficatului; Pneumonia = Pneumonie; Colorectal cancer = Cancer de col; Chronic obstructive pulmonary disease = .Boala pulmonară obstructivă cronică; Kidney disease = Boli de rinichi; Breast cancer = Cancer la sân.

Cauzele de morbiditate nu s-au modificat în ultimii zece ani, după cum arată graficul de mai jos.

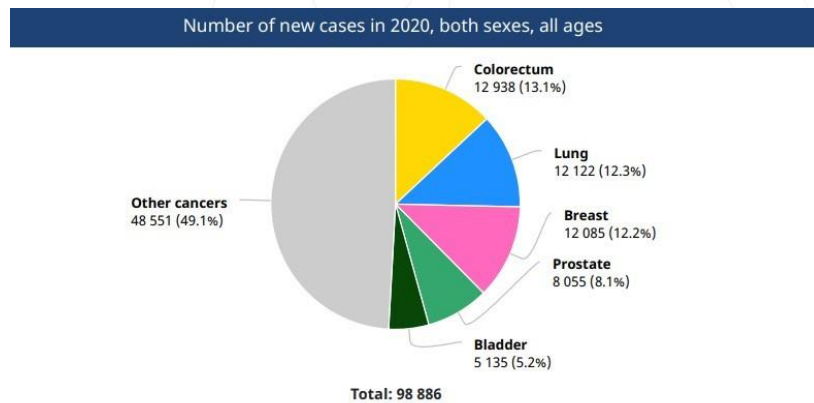
Figura 14: Cauzele morbidității în România între 2009 și 2019³⁹



Non-communicable diseases = Boli netransmisibile; Injuries = Leziuni; Communicable, maternal, neonatal, and nutritional diseases = Boli transmisibile, materne, neonatale și nutriționale; % change = schimbări procentuale; Ischaemic heart disease = Boala cardiacă ischemică; Stroke = Accident vascular cerebral; Lung cancer = Cancer la plămâni; Hypertensive heart disease = Boli cardiace hipertensive; Cirrhosis = Ciroze; Colorectal cancer = Cancer de col; Cardiomyopathy = Cardiomiopatie; Alzheimer's disease = Boala Alzheimer; Lower respiratory infect = Infecție respiratorie inferioară.

În 2020 au fost diagnosticate în total 98.886 cazuri de cancer, ceea ce face ca numărul total de cazuri de cancer prevalente (statistica pe 5 ani) să fie 260.884. Numărul de decese cauzate de cancer a fost 54.486. Deși incidența cancerului este mai scăzută decât media în UE, mortalitatea totală cauzată de cancer în România este ușor mai ridicată, cu 283 decese la 100.000 locuitori (media în UE a fost de 264). Aceasta indică puncte slabe în ceea ce privește diagnosticarea și tratarea cancerului⁴⁰.

Figura 15: Tipuri predominante de cancer în România



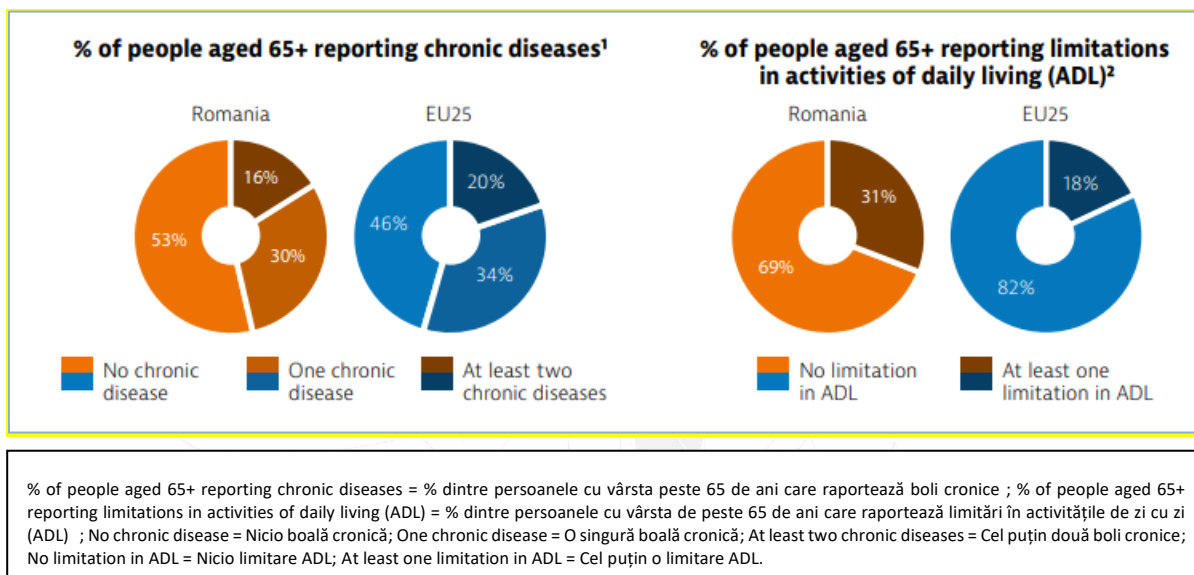
Number of new cases in 2020, both sexes, all ages = Numărul de cazuri noi în 2020, ambele sexe, toate vârstele; Colorectum = Colon; Lung = Plămân; Breast = Sân; Prostate = Prostată; Bladder = Vezică; Other cancers = Alte tipuri de cancer.

³⁹ <https://www.healthdata.org/romania>

⁴⁰ OECD/UE (2021), Health at a Glance: România 2021

În România, boala cronică sau dizabilitatea după vârsta de 65 de ani afectează femeile mai mult decât bărbații cu vârsta de 65 de ani. Deși numai 46% dintre românii cu vârsta peste 65 de ani raportează că suferă de una sau mai multe boli cronice (în comparație cu 54% în UE), cei mai mulți pot să continue să trăiască independent până la o vârstă înaintată. Însă 31% dintre românii cu vârsta peste 65 de ani raportează limitări în activitățile lor de viață zilnică (ADL), cum ar fi îmbrăcatul și mâncatul, valoare care este cu mult peste media din UE.

Figura 16: Prevalența bolilor cronice și dizabilităților în România



Printre bolile cronice se numără atacuri de cord, hipertensiune și colesterol mărit, atacuri vasculare cerebrale, diabet, Parkinson, Alzheimer, artrită reumatoidă și osteoartrită. Activitățile elementare de viață zilnică sunt îmbrăcatul, mersul prin cameră, mâncatul, toaleta zilnică (duș), ridicatul din pat și culcatul în pat și folosirea toaletei⁴¹.

Conform Raportului OCDE privind România pe anul 2021, controlul anumitor boli infecțioase, cum ar fi tuberculoza (TBC) și pojarul, rămâne în continuare o problemă importantă de sănătate publică în România. Numărul de cazuri de TBC a scăzut în ultimul deceniu, dar rămâne cel mai ridicat din UE (în jur de 13 000 de cazuri în 2017). Pojarul este și el o problemă națională din cauza acoperirii vaccinale reduse.

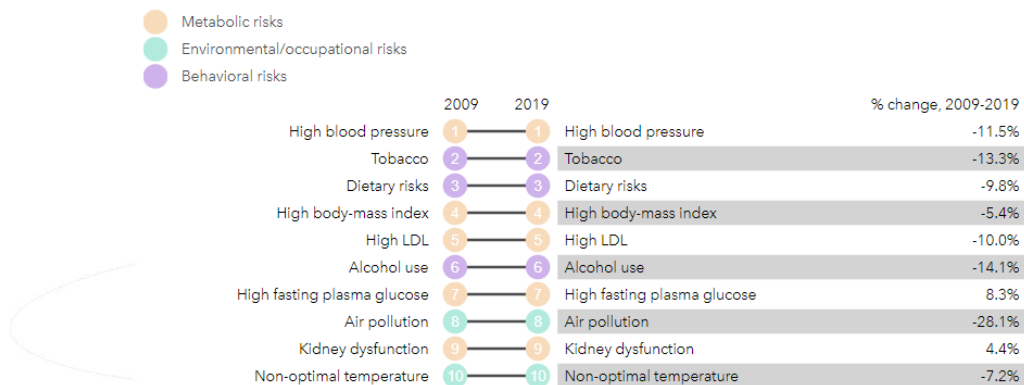
Tiparele de comportament și factorii de risc din mediu cauzează peste 50% din toate decesele din România. Indicele ridicat de masă corporală și obezitatea, la fel ca tutunul, au ca rezultat un număr substanțial de boli, inclusiv boală cardiacă, accident vascular cerebral, diabet, hipertensiune, valori nesănătoase ale colesterolului, astm, apnee în somn, litiază biliară, litiază renală, infertilitate și nu mai puțin de 11 tipuri de cancer⁴².

⁴¹ Baza de date Eurostat privind speranța de viață și anii de viață sănătoasă, 2017

⁴² <https://www.hsph.harvard.edu/obesity-prevention-source/obesity-consequences/>

După cum arată figura de mai jos, un regim alimentar prost, consumul de tutun și alcool, poluarea aerului și nivelul scăzut de activitate fizică sunt elemente care contribuie major la speranța scăzută de viață în România. Clasamentul relativ al acestor riscuri comportamentale nu s-a modificat în cei 10 ani dintre 2009 și 2019, ceea ce arată un nivel scăzut al conștientizării sănătății și o rezistență la schimbarea stilului de viață și a dietei. Comportamentele negative afectează sistemele de sănătate în mod necesar și pot fi influențate prin scheme de prevenție și campanii de educare.

Figura 17: Factori care contribuie la morbiditate în România



Metabolic risks = Riscuri metabolice; Environmental/occupational risks = Riscuri de mediu/profesionale; Behavioral risks = Riscuri comportamentale; High blood pressure = Hipertensiune arterială; Tobacco = Tutun; Dietary risks = Riscuri dietetice; High body-mass index = Indice de masă corporală ridicat; Alcohol use = consumul de alcool; High fasting plasma glucose = hiperglicemie.; High LDL = colesterol; Air pollution = Poluarea aerului; Kidney dysfunction = Disfuncție renală; Non-optimal temperature = Temperatură neoptimă.

Principalii factori de risc pentru sănătate sunt:

- Accesul scăzut la infrastructură sigură și curată de apă și canalizare în zonele rurale ale țării. Aproximativ 7 milioane de oameni beau apă din puțuri, care sunt adesea poluate cu bacterii și pesticide;
- Consum ridicat de alcool de la vârsta de 15 ani și peste, cu o medie de 12,6 litri/adult. Comparativ, consumul mediu de alcool în țările UE și OCDE este de 11,3 și 9,9 litri/adult în 2016; aproximativ 7% au putut fi atribuite consumului de alcool în 2019;
- Regimul alimentar nesănătos, inclusiv aportul redus de fructe și legume și consumul ridicat de zahăr și sare au reprezentat un factor cu impact puternic în un sfert din numărul total de decese în 2019;
- Prevalența ridicată a consumului de tutun, aproape 30% din populația peste vârsta de 15 ani fumând tutun⁴³. Consumul de tutun (inclusiv fumatul pasiv) a contribuit la un procent estimat de 17% din numărul total de decese în 2019;
- Poluarea aerului și impactul asupra sănătății persoanelor este o problemă globală;
- Disparități în ceea ce privește accesul la servicii de sănătate;

⁴³ <https://www.healthdata.org/romania>

- Utilizarea deficitară a serviciilor de îngrijire în ambulator;
- Conștientizare scăzută a aspectelor privind sănătatea.

2.3 Accesul la servicii de sănătate în România

2.3.1 Accesul la servicii de sănătate în România

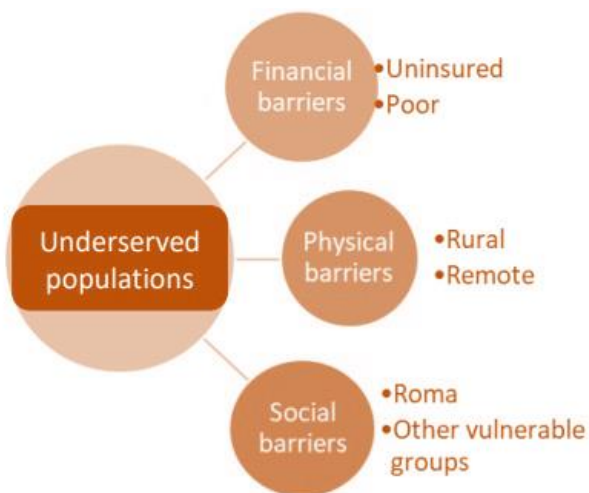
a. Elemente generale

Conform articolului 34 din Constituția României, dreptul la servicii de sănătate este garantat pentru toți cetățenii. Statul este obligat să ia măsuri pentru a asigura igiena și sănătatea publică. Ca urmare, pe baza legală a sistemului de sănătate al țării, toți cetățenii români asigurați au dreptul la servicii medicale gratuite și nerestricționate, însă sistemul de sănătate din România se luptă să se alinieze cu tendințele europene și cu reformele globale în domeniul sănătății. Spre deosebire de alte țări (de ex. Germania, care alocă între 11-12% din produsul său intern brut pentru cheltuieli cu sănătatea), cheltuielile României cu sistemul de sănătate variază între 5-6% din PIB-ul său. Limitările bugetare, precum și lipsa de echipamente medicale adecvate au dus la perturbarea condițiilor de lucru pentru personalul medical din țară, iar acest lucru, la rândul său, impulsionează identificarea orizonturi de remunerare financiară și progres mai favorabile, în afara țării. Lipsa de specialiști medicali este unul din elementele principale care afectează accesibilitatea cetățenilor României la servicii de sănătate, în special în zonele rurale.

România se confruntă cu provocări substanțiale în ceea ce privește îmbunătățirea accesului egal la servicii mai bune de îngrijire a sănătății, într-un mod sustenabil din punct de vedere financiar, iar acest lucru ar trebui să reprezinte o prioritate. Conform Raportului din 2021 al Băncii Mondiale privind îmbunătățirea asistenței primare: „pentru a realiza acest obiectiv, guvernul va trebui să aibă în vedere nu doar nivelul de finanțare în ansamblu, ci și schimbări în continuare la nivelul componentei finanțării sectorului de sănătate, distribuției și organizării furnizării serviciilor, asumării răspunderii și deciziilor cu privire la cine plătește pentru ce servicii, precum și a mecanismelor de stimulente care să ducă la îmbunătățirea calității serviciilor. Probabilitatea unei încetiniri economice și presiunea aferentă asupra bugetului guvernului înseamnă că reducerea costurilor cu îngrijirea sănătății, căutând, în același timp, moduri de a îmbunătăți echitatea, calitatea și eficiența îngrijirii, va fi extrem de importantă”⁴⁴.

⁴⁴ Banca Mondială REFORME PRIVIND PLATA FURNIZORILOR PENTRU O ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ MAI BUNĂ ÎN ROMÂNIA, august 2021

Figura 18: Obstacole în calea accesului la servicii de asistență medicală în rândul populațiilor insuficient deservite⁴⁵



Underserved populations = Populații insuficient deservite; Financial barriers = Bariere financiare; Physical barriers = Bariere fizice; Social barriers = Bariere sociale; Uninsured = Neasigurat ;Poor = Sărac; Roma = Romi; Other vulnerable groups = Alte grupuri vulnerabile.

Nevoile nesatisfăcute de îngrijire medicală rămân la un nivel ridicat. Aproximativ 4,9% dintre români au raportat nevoi nesatisfăcute de îngrijire medicală în 2019 ⁴⁶. Cererea de îngrijire asociată cu COVID-19 și introducerea de măsuri de izolare în timpul pandemiei au reprezentat factori care au determinat întârzierea consultațiilor și a tratamentelor, precum și creșterea nivelului de nevoi nesatisfăcute. Dovezile din studii bazate pe chestionare arată că 29% dintre respondenții români au raportat că au renunțat la îngrijirea medicală în primul an de pandemie, în comparație cu 21% în țările din UE (Eurofound, 2021).

Nu există date privind timpul de așteptare pentru asistența opțională, astfel că este dificil de identificat unde sunt localizate cele mai presante nevoi. Măsurarea timpilor de așteptare oferă informații utile pentru direcționarea îmbunătățirii accesului la îngrijire.

b. Accesul la îngrijire spitalicească

Principala provocare în ceea ce privește îngrijirea în spital este lipsa de resurse și exodul de creiere, personalul medical căutând o viață mai bună și condiții de lucru mai bune în partea de vest a Europei și în America. În ciuda modificărilor recente la nivel de salarii, personalul medical caută în afara țării o

⁴⁵ Programul de sănătate al Băncii Mondiale în România cu plăți bazate pe rezultate (P169927); august 2019

⁴⁶ Profilul de sănătate pe țară, România, 2021

remunerare mai bună, condiții de muncă mai bune și oportunitatea de a-și dezvolta aptitudinile. Principalele statistici sunt prezentate în caseta de mai jos⁴⁷.

Figura 19: România în număr de paturi 2022

HOSPITAL CAPACITY	
Number of hospital beds	144,270
Number of hospital beds per 1,000 people	6.14
Number of hospital beds at intensive care	5,181
Number of hospital beds at oncology sections	3,629

Hospital capacity = Capacitatea spitalului; Number of hospital beds = Numărul de paturi de spital; Number of hospital beds per 1000 people = Numărul de paturi de spital la 1000 de oameni; Number of hospital beds at intensive care = Numărul de paturi de spital la terapie intensivă; Number of hospital beds at oncology sections = Numărul de paturi de spital la secția de oncologie.

Problemele principale care afectează accesul la infrastructura spitalicească:

- Disponibilitatea cadrelor medicale profesionale,
- Finanțarea spitalelor,
- Lipsa de echipamente (sau echipamente depășite),
- Infrastructură neîngrijită, care devine nesigură atât pentru pacienți, cât și pentru personal, cu o rată ridicată de infecții în spitale și fluxuri ineficiente de lucru și de gestionare a pacienților,
- Lipsa de medicamente și de proceduri formalizate,
- Alocarea ineficientă a resurselor, care duc la o prestare sub așteptări a serviciilor din partea spitalelor,
- Sisteme ineficiente de trimitere și externare, care duc la supraaglomerarea spitalelor,
- Lipsa de fonduri și resurse medicale suficiente duce, în unele cazuri, la utilizarea suboptimă a paturilor și a infrastructurii,
- Lipsa sau numărul insuficient de clinici de tratament în ambulator.

⁴⁷ Asistența medicală în România - statistici și date, februarie 2022

Ca urmare, pacientul nu rămâne în centrul atenției unității medicale sau a sistemului, iar rezultatele clinice ale tratamentelor sunt nesatisfăcătoare⁴⁸.

c. Capacitatea totală

Tabelul de mai jos prezintă numărul de unități medicale, pe tipuri de unități și forme de proprietate, în anul 2020⁴⁹

Tabel 4: Rezumatul unităților medicale din România în 2020

Tipul de unitate medicală	Total			Public			Privat		
	TOTAL	Urban	Rural	Total	Urban	Rural	Total	Urban	Rural
SPITALE ^{1w}	527	479	48	368	335	33	159	144	15
Centre de sănătate cu paturi de spital	9	3	6	8	2	6	1	1	-
Centre de sănătate	8	7	1	4	4	-	4	3	1
Centre de sănătate multifuncționale	9	6	3	9	6	3	-	-	-
Centre de sănătate mintală	80	80	-	80	80	-	-	-	-
Centre de diagnostic și tratament cu paturi de spital	23	22	1	1	1	-	22	21	1
Centre medicale specializate cu paturi de spital	126	119	7	1	1	-	125	118	7
Unități medicale și sociale	66	27	39	66	27	39	-	-	-
Sanatorii de TBC	2	2	-	2	2	-	-	-	-
Unități de prevenție	2	-	2	2	-	2	-	-	-
Sanatorii de neurologie sau neuropsihiatrie	2	1	1	2	1	1	-	-	-
Sanatorii SPA	8	7	1	4	3	1	4	4	-
Dispensare medicale	184	180	4	184	180	4	-	-	-
Cabinete medicale școlare	2012	1996	16	2012	1996	16	-	-	-
Cabinete medicale studențești	52	52	-	52	52	-	-	-	-
Cabinete independente ale medicilor de medicină generală	746	648	98	20	15	5	726	633	93
Cabinete independente ale medicilor de familie	10652	6385	4267	21	16	5	10631	6369	4262
Societăți civile medicale	264	188	76	-	-	-	264	188	76
Farmacii	8045	5392	2653	405	374	31	7640	5018	2622
Puncte de lucru ale farmaciilor și drogheriilor	1783	683	1100	69	56	13	1714	627	1087
Depozite farmaceutice	245	221	24	3	3	-	242	218	24
Dispensare	85	83	2	4	3	1	81	80	1

⁴⁸ <https://www.statista.com/topics/8317/health-care-in-romania/#dossierContentsouterWrapper>

⁴⁹ Sursa: Activitatea unităților sanitare și medicale în anul 2020, Institutul Național de Statistică

Tipul de unitate medicală	Total			Public			Privat		
	TOTAL	Urban	Rural	Total	Urban	Rural	Total	Urban	Rural
Centre de dializă	17	16	1	4	4	-	13	12	1
Puncte de lucru ale centrelor de dializă	73	72	1	-	-	-	73	72	1
Centre de diagnostic și tratament	23	19	4	7	6	1	16	13	3
Centre medicale de specialitate	681	670	11	37	37	-	644	633	11
Ambulanțe de specialitate	328	316	12	39	38	1	289	278	11
Clinici de tratament în ambulator integrate cu spitalele	364	339	25	342	317	25	22	22	-
Cabinete stomatologice școlare	468	467	1	468	467	1	-	-	-
Cabinete stomatologice studențești	37	37	-	37	37	-	-	-	-
Cabinete stomatologice independente	15650	13374	2276	33	31	2	15617	13343	2274
Societăți civile medicale stomatologice	332	280	52	-	-	-	332	280	52
Cabinete medicale independente specializate	12276	11743	533	2	1	1	12274	11742	532
Societăți civile medicale specializate	568	542	26	-	-	-	568	542	26
Centre de transfuzii de sânge	43	43	-	43	43	-	-	-	-
Laboratoare medicale	4336	4160	176	2165	2050	115	2171	2110	61
Laboratoare dentare	2244	2150	94	16	15	1	2228	2135	93
Unități de ambulanță, transport pacienți și SMURD	118	115	3	84	84	-	34	31	3
Alte tipuri de cabinete medicale	719	682	37	204	193	11	515	489	26
Institute și instituții fără paturi	107	107	-	107	107	-	-	-	-

2.3.2 Asistența medicală primară

Deși utilizarea asistenței medicale primare (AMP) este deficitară, nivelul de conștientizare a utilizării și beneficiilor acesteia este în creștere și numărul de consultații crește. Însă numărul de centre de AMP și centre de diagnostic este insuficient pentru a satisface nevoile, având în vedere îmbătrânirea populației și nivelul scăzut de conștientizare în ceea ce privește măsurile de prevenție în sănătate în comparație cu alte țări din UE. Între 2014 și 2019, numărul de pacienți care au apelat la consultații de AMP a crescut de la 1.588 mii la 2.053 mii.

Figura 20: Număr de persoane care au beneficiat de consultații de AMP (2014)

The usual resident population who consulted a doctor and the average number of consultations received in the 12 months preceding the interview, by doctor's speciality, by age group, sex and area of residence, in 2014										
Sex Area of residence Doctor's speciality	Total persons who consulted a doctor during the past 12 months (persons)	Average number of consultations (consultations/person):								
		Total	0-14 years	15-24 years	25-34 years	35-44 years	45-54 years	55-64 years	65-74 years	75 years and over
A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TOTAL										
Consultations with the family doctor	9353148	3,7	2,6	2,2	2,3	2,3	3,2	4,5	5,1	5,5
Consultations with the medical specialist	3194350	2,3	2,1	2,3	2,3	1,9	2,2	2,4	2,4	2,6
Consultations with the dentist	3091140 ¹⁾	2,9 ¹⁾	2,5 ¹⁾	2,9	2,9	3,1	3,0	3,1	2,7	2,6
MALE										
Consultations with the family doctor	4106424	3,3	2,6	1,8	2,2	2,1	2,7	4,2	4,6	5,4
Consultations with the medical specialist	1285669	2,3	2,1	1,8	2,2	1,8	2,0	2,4	2,3	2,8
Consultations with the dentist	1503550 ¹⁾	2,8 ¹⁾	2,4 ²⁾	2,6	2,8	2,9	3,1	3,4	2,7	2,7
FEMALE										
Consultations with the family doctor	5246724	3,9	2,7	2,6	2,4	2,5	3,5	4,7	5,4	5,5
Consultations with the medical specialist	1908681	2,4	2,2	2,5	2,4	1,9	2,3	2,5	2,5	2,5
Consultations with the dentist	1587590 ¹⁾	3,0 ¹⁾	2,7 ²⁾	3,2	3,1	3,3	3,0	2,9	2,7	2,5
URBAN										
Consultations with the family doctor	5384542	3,8	2,8	2,3	2,4	2,3	3,3	4,6	5,2	6,1
Consultations with the medical specialist	1947119	2,4	2,1	2,1	2,3	1,9	2,2	2,6	2,5	2,9
Consultations with the dentist	2034240 ¹⁾	3,0 ¹⁾	2,7 ²⁾	3,1	3,1	3,3	3,0	3,2	3,0	2,7
RURAL										
Consultations with the family doctor	3968606	3,5	2,4	2,1	2,1	2,3	3,0	4,1	4,9	4,9
Consultations with the medical specialist	1247231	2,2	2,2	2,5	2,5	1,9	2,0	2,2	2,4	2,3
Consultations with the dentist	1056900 ¹⁾	2,6 ¹⁾	2,3 ²⁾	2,5	2,6	2,7	3,1	3,1	2,4	2,2

¹⁾ The data refer to the usual resident population aged 3 years and over.
²⁾ The data refer to the usual resident population aged 3-14 years.

Figura 211: Număr de persoane care au beneficiat de consultații de AMP (2019)

The usual resident population who consulted a doctor and the average number of consultations received in the 12 months preceding the interview, by doctor's speciality, by age group, sex and area of residence, in 2019										
Sex Area of residence Doctor's speciality	Total persons who consulted a doctor during the past 12 months (persons)	Average number of consultations (consultations/person):								
		Total	0-14 years	15-24 years	25-34 years	35-44 years	45-54 years	55-64 years	65-74 years	75 years and over
A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TOTAL										
Consultations with the family doctor	9894620	3,2	2,1	1,7	1,8	2,0	2,4	3,9	4,8	5,1
Consultations with the medical specialist	3850312	2,1	1,9	1,8	2,0	1,9	2,0	2,1	2,4	2,3
Consultations with the dentist	3919870 ¹⁾	2,4 ¹⁾	1,9 ²⁾	2,3	2,2	2,6	2,7	2,8	2,5	2,2
MALE										
Consultations with the family doctor	4339511	3,0	2,1	1,6	1,6	1,9	2,3	3,8	4,5	5,1
Consultations with the medical specialist	1594192	2,1	2,0	1,6	1,6	2,2	1,9	1,9	2,3	2,3
Consultations with the dentist	1867001 ¹⁾	2,4 ¹⁾	1,9 ²⁾	2,3	2,3	2,5	2,8	2,8	2,6	2,4
FEMALE										
Consultations with the family doctor	5555109	3,4	2,2	1,8	2,0	2,1	2,5	4,0	5,0	5,0
Consultations with the medical specialist	2256120	2,2	1,7	1,9	2,2	1,7	2,0	2,3	2,4	2,3
Consultations with the dentist	2052869 ¹⁾	2,4 ¹⁾	2,0 ²⁾	2,3	2,2	2,6	2,5	2,9	2,4	2,0
URBAN										
Consultations with the family doctor	5593462	3,2	2,3	1,7	1,8	1,9	2,5	4,0	5,0	5,4
Consultations with the medical specialist	2287338	2,3	1,9	1,7	2,0	2,1	2,1	2,3	2,6	2,5
Consultations with the dentist	2476470 ¹⁾	2,5 ¹⁾	2,0 ²⁾	2,3	2,3	2,6	2,7	3,0	2,5	2,3
RURAL										
Consultations with the family doctor	4301158	3,1	2,0	1,7	1,8	2,1	2,3	3,9	4,5	4,8
Consultations with the medical specialist	1562974	1,9	1,8	1,9	2,0	1,6	1,8	1,8	2,0	2,1
Consultations with the dentist	1443400 ¹⁾	2,3 ¹⁾	1,8 ²⁾	2,3	2,1	2,5	2,6	2,5	2,5	1,9

¹⁾ The data refer to the usual resident population aged 3 years and over.
²⁾ The data refer to the usual resident population aged 3-14 years.

The usual resident population who consulted a doctor and the average number of consultations received in the 12 month preceding the interview, by doctor specialty, by age group, sex and area of residence = populația rezidentă care a consultat un doctor și numărul mediu de consultații din ultimele 12 luni, în funcție de specialitatea doctorului, grupa de vârstă, sex și aria de rezidență; Consultations with the family doctor = consultații la medicul de familie; Consultations with the medical specialist = consultații la medicul de specialitate; Consultations with the dentist = consultații la dentist

În 2019, specialiștii în domeniul medical (inclusiv chirurgii) au oferit consultații pentru 19,9% din populația rezidentă obișnuită (cu 3,9 puncte procentuale mai mult decât în 2014). Populația de femei a consultat un specialist în domeniul medical într-o măsură mai mare decât bărbații (22,8% în comparație cu 16,9%), iar populația urbană a consultat un specialist în domeniul medical într-o măsură mai mare decât populația din mediul rural (21,9% din persoanele din mediul urban, în comparație cu 17,5% dintre persoanele din mediul rural). O cincime din populația rezidentă uzuală nu a consultat un specialist în domeniul medical. În medie, s-au acordat 2,1 consultații (2,3 consultații în zona urbană și 1,9 consultații în zona rurală) unei persoane care a solicitat asistența unui specialist în domeniul medical⁵⁰.

Dezvoltarea inadecvată a asistenței medicale primare și accesibilitatea redusă a clinicilor de medicină generală și a clinicilor de specialitate, mai ales în zonele rurale (până la 90% din populație în unele regiuni)⁵¹ generează o situație în care unitățile de urgențe din spitale sunt supra-aglomerate și tratate ca punct inițial de contact pentru proceduri minore și de îngrijire în ambulator, după cum se arată în tabelul de mai jos.

Tabel 5: Spitalizările cu îngrijiri acute pentru afecțiuni aferente asistenței în ambulator în România, 2015-2019⁵²

DRG name	2015	2019	Average annual change (%)
Heart Failure and Shock	83,139	43,337	-15%
Otitis Media and Upper Respiratory Infections	17,591	12,313	-9%
Esophagitis, Gastroenteritis and other Digestive System Disorders > 9 years old	15,152	10,518	-9%
Diabetes	12,203	9,358	-6%
Respiratory Infections and Inflammations	17,514	9,298	-15%
Hypertension	8,192	4,859	-12%
Kidney Failure	7,062	4,693	-10%
Gastroenteritis < 10 years old	3,312	2,337	-8%
Bronchitis and asthma < 50 years old	2,995	1,594	-15%
Unstable angina	3,976	1,555	-21%
Subtotal ACSCs	171,136	99,862	-13%
% of total hospitalizations	5%	3%	

DRG name = nume DRG (grupe înrudite cu boala); Heart failure and shock = insuficiență cardiacă și șoc; Otitis media and Upper respiratory infections = otită medie și infecții respiratorii superioare; Esophagitis, Gastroenteritis and other Digestive System Disorders = esofagită, gastroenterită și alte afecțiuni ale sistemului digestiv; Diabetes = diabet; Respiratory infections and inflammations = Infecții respiratorii și inflamații; Hypertensions = hipertensiune; Kidney failure = Insuficiență renală; Bronchitis and asthma = bronșită și astm; Unstable angina = angină instabilă

⁵⁰ Institutul Național de Statistică, România, martie 2021

⁵¹ Banca Mondială Reforme privind plata furnizorilor pentru o asistență medicală primară mai bună în România, august 2021

⁵² Sursa: Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar

În practică, rutina este ca îngrijirea pentru afecțiunile aferente sistemului de îngrijire în ambulatoriu și pentru cazurile fără complexitate să se furnizeze în spitale. Tabelul de mai sus prezintă numărul de spitalizări din 2015 -2019, cu DRG-urile pentru 10 afecțiuni *aferente sistemului de îngrijire în ambulatoriu*, fără complicații. Cu trimitere de la medicul de medicină generală sau de la specialist, persoanele se prezintă la unitatea Urgențe a spitalului local.

Probabilitatea de spitalizări cu îngrijire acută pentru afecțiuni aferente sistemului de îngrijire în ambulatoriu a scăzut între 2015 și 2019, acestea reprezentând mai puțin de 5% din numărul total de spitalizări. Totuși, încă mai există un număr semnificativ de astfel de situații anuale, iar aceste servicii sunt în continuare decontate de CNAS. Spitalizările pentru afecțiuni aferente sistemului de îngrijire în ambulatoriu reflectă performanța asistenței medicale primare în practică în România, cu trimiteri în exces, ambiguitate privind ruta pacientului în cazul bolilor netransmisibile, deficiențe la nivel de calitate în îngrijirea de prim nivel și obstacole în accesarea AMP⁵³.

Medicii de asistență primară au un rol de filtru în România, însă este permisă ocolirea acestei categorii de medici în situații acute sau de urgență. În condițiile unui triaj limitat, pacienții optează în continuare pentru serviciile de urgență pentru îngrijiri care se pot furniza în contextul medicinei de familie. La nivel de spital, asistența de urgență este furnizată de unitățile de urgență ale spitalelor. Aceste unități pot fi accesate direct prin prezentare la acestea sau prin ambulanță. Un procent ridicat de apeluri la ambulanță se rezolvă la domiciliul pacientului și nu necesită internare în spital, ceea ce indică o suprautilizare a serviciilor de ambulanță și neajunsuri la nivelul asistenței primare (31% în anul 2020).

2.3.3 Internările în spital

Analiza datelor din sondajul MS din România din 2019 privind pacienții internați pentru 24 de ore și pentru mai mult de 24 de ore pe grupe de vârstă a generat următoarele observații:

- Bolile asociate cu sistemul circulator, oase și țesut conjunctiv, precum și cele asociate cu sistemul respirator contribuie la peste 50% din numărul total de internări în spital, atât la bărbați, cât și la femei.
- Bolile respiratorii au o prevalență mai mare în grupele de vârstă 0-14 și 15-24; bolile sistemului circulator sunt prezente în grupele de vârstă mai avansată, începând de la 55 de ani, iar bolile oaselor, mușchilor și țesutului conjunctiv au o prevalență mai ridicată în grupa de vârstă 35-44 și la vârste mai avansate (grupa de vârstă >55).
- Alte boli cu contribuție majoră în populația masculină și feminină sunt bolile sistemului endocrin, boli de nutriție și metabolism, boli ale sistemului digestiv, ale tractului urogenital și accidente/traumatisme.

⁵³ ibid

Tabel 6: Populația rezidentă spitalizată pentru o noapte sau mai multe nopți în ultimele 12 luni, în funcție de motivul ultimei spitalizări, pe sexe și grupe de vârstă⁵⁴

Motivul spitalizării	Total	Pe grupe de vârstă (ani)							
		0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
A	1	2	3	4	5	6	7	8	9
TOTAL (persoane)	82472 9	6013 1	1230 2	2989 5	5833 8	7140 4	16288 0	20409 4	22568 5
din care (%):									
Leziuni / leziuni sau accidente	4,83	4,20	14,12	15,76	2,22	4,85	6,92	1,85	4,90
Afecțiuni infecțioase și parazitare	1,35	4,03	4,21	8,17	4,25	0,62	0,27	0,91	0,22
Boli ale sistemului respirator	13,30	52,12	54,24	2,46	7,60	15,71	10,36	11,71	6,44
Boli ale sistemului digestiv	8,06	18,66	11,71	8,58	20,81	15,37	4,30	6,08	3,87
Boli de sânge	0,50	-	-	-	-	-	0,59	0,59	0,87
Boli ale sistemului circulator	29,28	3,79	-	2,55	3,21	15,07	30,39	32,59	48,64
Boli ale tractului urogenital	6,88	-	15,73	23,69	17,56	8,44	6,12	5,86	4,22
Boli endocrine, de nutriție și metabolice	9,67	-	-	3,78	-	16,89	11,67	11,03	11,08
Tumori	2,70	-	-	2,63	3,77	5,05	2,08	4,83	1,06
Boli ale pielii și țesutului subcutanat	0,38	-	-	-	-	0,75	0,37	0,50	0,45
Boli ale sistemului osteoarticular, ale mușchilor și țesutului conjunctiv	13,44	-	-	-	22,93	8,11	17,72	16,38	13,00
Boli ale ochiului și urechii	1,53	-	-	6,85	-	2,29	1,59	1,57	1,39
Boli ale sistemului nervos	1,84	-	-	-	0,80	1,32	2,67	3,64	0,88
Tulburări mintale și de comportament	1,84	-	-	7,87	7,18	3,51	2,03	0,70	0,63
Alte boli și simptome	1,55	-	-	17,66	5,63	1,20	-	0,45	1,08
Informații indisponibile	2,86	17,20	-	-	4,05	0,83	2,91	1,30	1,27
BĂRBAȚI (persoane)	34933 8	3618 2	3515	6539	2804 1	2782 7	84714	78183	84337
din care (%):									
Leziuni / leziuni sau accidente	4,75	-	44,32	34,68	4,63	1,99	9,63	1,39	1,96
Afecțiuni infecțioase și parazitare	2,33	6,70	14,74	-	8,85	1,60	0,52	1,69	0,59
Boli ale sistemului respirator	17,74	63,28	-	-	5,94	17,93	12,94	12,03	14,31
Boli ale sistemului digestiv	9,25	6,70	40,97	-	30,52	25,02	2,99	7,89	5,03
Boli de sânge	0,28	-	-	-	-	-	1,14	-	-
Boli ale sistemului circulator	24,99	-	-	-	-	18,18	24,00	32,02	43,72
Boli ale tractului urogenital	5,83	-	-	-	4,96	2,78	6,85	9,86	5,57
Boli endocrine, de nutriție și metabolice	7,50	-	-	17,30	-	5,11	14,09	6,30	8,03
Tumori	2,04	-	-	12,04	-	1,88	-	5,91	1,42

⁵⁴ Activitatea unităților sanitare și medicale în anul 2020, Institutul Național de Statistică

Motivul spitalizării	Total	Pe grupe de vârstă (ani)							
		0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
A	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Boli ale pielii și țesutului subcutanat	0,15	-	-	-	-	-	-	0,69	-
Boli ale sistemului osteoarticular, ale mușchilor și țesutului conjunctiv	15,47	-	-	-	34,40	14,31	20,74	13,76	14,32
Boli ale ochiului și urechii	1,06	-	-	-	-	3,77	0,52	1,75	1,01
Boli ale sistemului nervos	1,85	-	-	-	1,67	-	3,31	4,06	-
Tulburări mintale și de comportament	1,95	-	-	35,98	2,28	3,77	2,13	1,22	-
Alte boli și simptome	0,57	-	-	-	-	1,54	-	-	1,85
Informații indisponibile	4,25	23,33	-	-	6,77	2,12	1,14	1,43	2,19
FEMEI (persoane)	47539	2394	8787	2335	3029	4357	78165	12591	14134
	1	9		7	7	7		2	8
din care (%):									
Leziuni / leziuni sau accidente	4,89	10,54	2,04	10,46	-	6,68	3,98	2,13	6,66
Afecțiuni infecțioase și parazitare	0,63	-	-	10,46	-	-	-	0,43	-
Boli ale sistemului respirator	10,04	35,27	75,93	3,15	9,13	14,29	7,57	11,52	1,74
Boli ale sistemului digestiv	7,19	36,74	-	10,98	11,82	9,20	5,72	4,96	3,17
Boli de sânge	0,67	-	-	-	-	-	-	0,96	1,40
Boli ale sistemului circulator	32,43	9,50	-	3,26	6,17	13,09	37,32	32,94	51,58
Boli ale tractului urogenital	7,65	-	22,02	30,32	29,22	12,05	5,34	3,37	3,41
Boli endocrine, de nutriție și metabolice	11,26	-	-	-	-	24,41	9,05	13,97	12,89
Tumori	3,18	-	-	-	7,25	7,07	4,34	4,16	0,84
Boli ale pielii și țesutului subcutanat	0,55	-	-	-	-	1,23	0,78	0,37	0,72
Boli ale sistemului osteoarticular, ale mușchilor și țesutului conjunctiv	11,94	-	-	-	12,31	4,16	14,44	18,01	12,22
Boli ale ochiului și urechii	1,87	-	-	8,77	-	1,34	2,75	1,46	1,62
Boli ale sistemului nervos	1,84	-	-	-	-	2,16	1,98	3,37	1,41
Tulburări mintale și de comportament	1,76	-	-	-	11,72	3,34	1,92	0,37	1,00
Alte boli și simptome	2,27	-	-	22,61	10,84	0,98	-	0,73	0,62
Informații indisponibile	1,83	7,94	-	-	1,53	-	4,82	1,23	0,73

2.3.4 Date privind bolile cronice în România

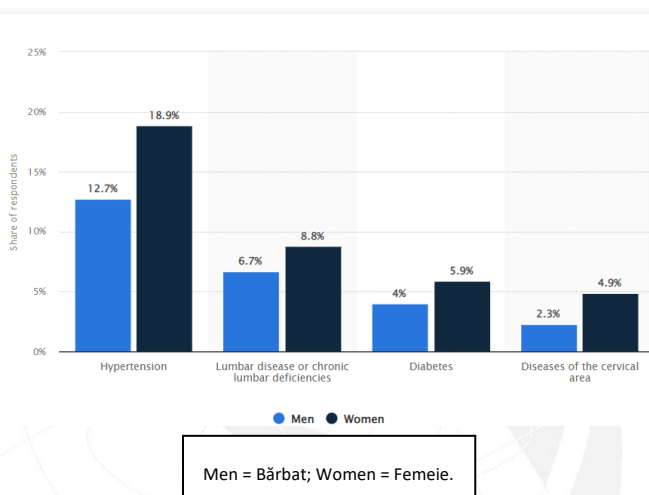
Unul din patru români, cu vârsta de doi ani și peste, suferă de cel puțin o boală cronică sau de probleme de sănătate pe termen lung, conform unui sondaj efectuat de Institutul Național de Statistică (INS).

În zonele rurale, procentul de persoane care suferă de o boală cronică sau de o problemă de sănătate pe termen lungi (24,7%) este ușor mai mic decât în cazul persoanelor din zonele urbane (25,8%)⁵⁵. În

⁵⁵ <https://www.romania-insider.com/quarter-romanians-chronic-diseases>

ansamblu, prevalența bolilor cronice majore în România în 2019 a fost considerabil mai ridicată la femei în comparație cu bărbații. Aproximativ 5% dintre femei au fost diagnosticate cu boli ale zonei cervicale, în comparație cu 2,3% dintre bărbați.

Figura 222: Prevalența bolilor cronice majore în România în 2019⁵⁶



Tabelul de mai jos este rezultatul unui sondaj efectuat pe populația României cu vârsta de 15 ani și peste, în 2019, în care persoanele au declarat că au suferit de anumite boli și afecțiuni cronice în ultimele 12 luni.

Datele sunt segregate pe grupe de vârstă și sexe. Acest tabel a generat următoarele observații:

- Din cele 16,4 milioane de locuitori incluși în studiu, 73% nu au declarat nicio boală cronică enumerată în tabelul de mai jos.
- La cei care au declarat că suferă de boli cronice, procentul maxim de boli observate a fost reprezentat de hipertensiune (frecvent peste 140/90 mmHg), durere de spate, diabet, osteoartrită, nivel ridicat al lipidelor în sânge și afecțiuni cervicale/ale gâtului. Toate aceste boli au fost raportate în principal în grupele de vârstă de peste 55 ani.

⁵⁶ Activitatea unităților sanitare și medicale în anul 2020, Institutul Național de Statistică

Tabel 7: Populația rezidentă cu vârsta >15 ani cu afecțiuni cronice, pe sexe și grupe de vârstă (date pe 2019)

Populația rezidentă cu vârsta 15 ani și peste în funcție de declararea anumitor boli și afecțiuni cronice și dizabilități în ultimele 12 luni înainte de interviu, pe sexe și grupe de vârstă (date pe 2019)												
Sexe / Boli și afecțiuni cronice	Nr total persoane cu vârsta 15+	Persoane cu vârsta 15+ care au declarat că suferă de anumite boli și afecțiuni cronice	Din persoane cu boli și afecțiuni cronice				care în ultimele 12 luni înainte de interviu					Persoane care nu au niciuna din bolile cronice din listă
			au suferit de anumite			boli și afecțiuni clinice						
			Total	În total,			Pe grupe de vârstă:				Persoane care suferă de cel puțin o boală sau afecțiune cronică, dar care nu au suferit în ultimele 12 luni din cauza acestei boli sau afecțiuni	
				15-24 ani	25-34 ani	35-44 ani	45-54 ani	55-64 ani	65-74 ani	15-24 ani		
A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
TOTAL (persoane)	16417001	4486625	4E+06	22838	100486	197030	450995	1027279	1341676	1266932	79389	11,930,376
din care (%):												
Astm (inclusiv astm alergic)	100,00	1,47	1,46	*	0,05	0,08	0,08	0,26	0,48	0,48	*	98,53
Bronșită cronică, boală pulmonară obstructivă cronică, emfizem	100,00	1,29	1,17	0,05	*	0,08	0,13	0,21	0,36	0,28	0,13	98,71
Infarct miocardic (atac de cord) sau consecințe cronice ale atacului miocardic	100,00	1,25	1,14	-	*	*	0,07	0,25	0,31	0,48	0,11	98,75
Boală cardiacă coronariană sau angină pectorală	100,00	1,54	1,49	*	-	*	0,09	0,36	0,41	0,60	0,06	98,46
Hipertensiune arterială (Hipertensiune arterială - Frecvent peste 14cm Hg / 9cm Hg)	100,00	15,90	15,68	-	0,10	0,27	1,10	3,74	5,04	5,42	0,22	84,10
Atac vascular cerebral (hemoragie sau tromboză) sau consecințe cronice ale atacului vascular cerebral	100,00	1,23	1,15	*	*	*	0,08	0,19	0,28	0,54	0,08	98,77
Osteoartrită (cu excepția artritei)	100,00	3,98	3,97	-	-	0,10	0,11	0,64	1,24	1,88	*	96,02

Populația rezidentă cu vârsta 15 ani și peste în funcție de declararea anumitor boli și afecțiuni cronice și dizabilități în ultimele 12 luni înainte de interviu, pe sexe și grupe de vârstă (date pe 2019)												
Sexe / Boli și afecțiuni cronice	Nr total persoane cu vârsta 15+	Persoane cu vârsta 15+ care au declarat că suferă de anumite boli și afecțiuni cronice	Din persoane cu boli și afecțiuni cronice				care în ultimele 12 luni înainte de interviu					Persoane care nu au niciuna din bolile cronice din listă
			au suferit de anumite			boli și afecțiuni clinice						
			Total	În total,			Pe grupe de vârstă:				Persoane care suferă de cel puțin o boală sau afecțiune cronică, dar care nu au suferit în ultimele 12 luni din cauza acestei boli sau afecțiuni	
				15-24 ani	25-34 ani	35-44 ani	45-54 ani	55-64 ani	65-74 ani	15-24 ani		
A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Tulburări lombare sau alte tulburări cronice lombare (de spate)	100,00	7,79	7,59	*	0,25	0,34	0,90	1,64	1,99	2,48	0,20	92,21
Tulburări cervicale (la nivelul gâtului, gâtului) sau alte tulburări cervicale cronice (gât, gât)	100,00	3,64	3,52	-	0,14	0,18	0,44	0,82	0,97	0,97	0,11	96,36
Diabet	100,00	5,00	4,98	*	*	0,11	0,37	1,09	1,76	1,63	*	95,00
Alergii cum ar fi rinita, alergii la polen, inflamații ale ochilor, dermatită, alergii alimentare sau altele (inclusiv astm alergic)	100,00	0,74	0,67	*	0,05	0,11	0,05	0,16	0,16	0,12	0,08	99,26
Ciroză hepatică	100,00	0,30	0,28	-	-	*	0,05	0,08	0,11	*	*	99,70
Incontinență urinară, dificultăți în controlarea vezicii	100,00	1,55	1,51	*	*	*	0,05	0,16	0,37	0,88	*	98,45
Probleme cronice de rinichi	100,00	1,21	1,18	*	*	*	0,14	0,26	0,30	0,39	*	98,79
Depresie	100,00	1,05	0,98	-	0,08	0,13	0,12	0,26	0,15	0,25	0,07	98,95
Ulcer gastric și duodenal	100,00	1,68	1,58	-	*	0,06	0,25	0,39	0,40	0,45	0,10	98,32
Nivel ridicat de lipide în sânge (hiperlipidemie: colesterol mărit, trigliceride mărite)	100,00	3,65	3,55	-	0,06	0,11	0,39	1,00	0,98	1,01	0,11	96,35
BĂRBAȚI (persoane)	7944434	1858647	2E+06	9519	34279	100404	208924	471249	543132	451751	39388	6085788

Populația rezidentă cu vârsta 15 ani și peste în funcție de declararea anumitor boli și afecțiuni cronice și dizabilități în ultimele 12 luni înainte de interviu, pe sexe și grupe de vârstă (date pe 2019)												
Sexe / Boli și afecțiuni cronice	Nr total persoane cu vârsta 15+	Persoane cu vârsta 15+ care au declarat că suferă de anumite boli și afecțiuni cronice	Din persoane cu boli și afecțiuni cronice				care în ultimele 12 luni înainte de interviu					Persoane care nu au niciuna din bolile cronice din listă
			au suferit de anumite			boli și afecțiuni clinice						
			Total	În total,			Pe grupe de vârstă:				Persoane care suferă de cel puțin o boală sau afecțiune cronică, dar care nu au suferit în ultimele 12 luni din cauza acestei boli sau afecțiuni	
				15-24 ani	25-34 ani	35-44 ani	45-54 ani	55-64 ani	65-74 ani	15-24 ani		
A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
din care (%):												
Astm (inclusiv astm alergic)	100,00	1,17	1,17	0,05	*	*	0,07	0,20	0,36	0,43	-	98,83
Bronșită cronică, boală pulmonară obstructivă cronică, emfizem	100,00	1,53	1,39	*	*	0,11	0,13	0,28	0,43	0,38	0,14	98,47
Infarct miocardic (atac de cord) sau consecințe cronice ale atacului miocardic	100,00	1,30	1,21	-	0,05	*	0,11	0,35	0,31	0,37	0,09	98,70
Boală cardiacă coronariană sau angină pectorală	100,00	1,16	1,11	*	-	*	0,10	0,30	0,27	0,41	0,05	98,84
Hipertensiune arterială (Hipertensiune arterială - Frecvent peste 14cm Hg / 9cm Hg)	100,00	12,72	12,56	-	0,06	0,31	1,12	3,52	3,92	3,63	0,16	87,28
Atac vascular cerebral (hemoragie sau tromboză) sau consecințe cronice ale atacului vascular cerebral	100,00	1,17	1,14	-	*	0,05	0,09	0,16	0,28	0,53	*	98,83
Osteoartrită (cu excepția artritei)	100,00	2,42	2,41	-	*	0,10	0,05	0,45	0,81	0,99	*	97,58
Tulburări lombare sau alte tulburări cronice lombare (de spate)	100,00	6,67	6,44	*	0,17	0,39	0,89	1,66	1,65	1,66	0,23	93,33
Tulburări cervicale (la nivelul gâtului, gâtului) sau alte tulburări cervicale cronice (gât, gât)	100,00	2,34	2,26	-	0,11	0,17	0,31	0,58	0,49	0,60	0,08	97,66
Diabet	100,00	4,01	3,99	-	*	0,16	0,38	1,05	1,44	0,94	*	95,99

Populația rezidentă cu vârsta 15 ani și peste în funcție de declararea anumitor boli și afecțiuni cronice și dizabilități în ultimele 12 luni înainte de interviu, pe sexe și grupe de vârstă (date pe 2019)												
Sexe / Boli și afecțiuni cronice	Nr total persoane cu vârsta 15+	Persoane cu vârsta 15+ care au declarat că suferă de anumite boli și afecțiuni cronice	Din persoane cu boli și afecțiuni cronice				care în ultimele 12 luni înainte de interviu					Persoane care nu au niciuna din bolile cronice din listă
			au suferit de anumite			boli și afecțiuni clinice						
			Total	În total,			Pe grupe de vârstă:				Persoane care suferă de cel puțin o boală sau afecțiune cronică, dar care nu au suferit în ultimele 12 luni din cauza acestei boli sau afecțiuni	
				15-24 ani	25-34 ani	35-44 ani	45-54 ani	55-64 ani	65-74 ani	15-24 ani		
A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Alergii cum ar fi rinita, alergii la polen, inflamații ale ochilor, dermatită, alergii alimentare sau altele (inclusiv astm alergic)	100,00	0,49	0,45	*	*	0,05	*	0,15	0,12	*	*	99,51
Ciroză hepatică	100,00	0,37	0,34	-	-	*	0,08	0,08	0,14	*	*	99,63
Incontinență urinară, dificultăți în controlarea vezicii	100,00	1,55	1,50	*	-	-	0,06	0,19	0,41	0,85	0,05	98,45
Probleme cronice de rinichi	100,00	1,19	1,17	*	*	*	0,16	0,28	0,30	0,35	*	98,81
Depresie	100,00	0,70	0,69	-	0,09	0,09	0,08	0,22	0,11	0,10	*	99,30
Ulcer gastric și duodenal	100,00	1,98	1,82	-	*	0,10	0,32	0,48	0,50	0,40	0,16	98,02
Nivel ridicat de lipide în sânge (hiperlipidemie: colesterol mărit, trigliceride mărite)	100,00	2,95	2,90	-	0,06	0,10	0,37	0,91	0,77	0,69	0,05	97,05
FEMEI (persoane)	8472566	2627978	##### #	13319	66207	96625	242071	556031	798543	815181	40001	5844588
din care (%):												
Astm (inclusiv astm alergic)	100,00	1,75	1,72	-	0,06	0,13	0,09	0,31	0,60	0,52	*	98,25
Bronșită cronică, boală pulmonară obstructivă cronică, emfizem	100,00	1,07	0,96	0,06	0,06	0,06	0,13	0,16	0,30	0,20	0,12	98,93

Populația rezidentă cu vârsta 15 ani și peste în funcție de declararea anumitor boli și afecțiuni cronice și dizabilități în ultimele 12 luni înainte de interviu, pe sexe și grupe de vârstă (date pe 2019)												
Sexe / Boli și afecțiuni cronice	Nr total persoane cu vârsta 15+	Persoane cu vârsta 15+ care au declarat că suferă de anumite boli și afecțiuni cronice	Din persoane cu boli și afecțiuni cronice				care în ultimele 12 luni înainte de interviu					Persoane care nu au niciuna din bolile cronice din listă
			au suferit de anumite			boli și afecțiuni clinice						
			Total	În total,			Pe grupe de vârstă:				Persoane care suferă de cel puțin o boală sau afecțiune cronică, dar care nu au suferit în ultimele 12 luni din cauza acestei boli sau afecțiuni	
				15-24 ani	25-34 ani	35-44 ani	45-54 ani	55-64 ani	65-74 ani	15-24 ani		
A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Infarct miocardic (atac de cord) sau consecințe cronice ale atacului miocardic	100,00	1,20	1,08	-	-	-	*	0,15	0,31	0,58	0,12	98,80
Boală cardiacă coronariană sau angină pectorală	100,00	1,90	1,84	-	-	*	0,08	0,42	0,54	0,79	0,06	98,10
Hipertensiune arterială (Hipertensiune arterială - Frecvent peste 14cm Hg / 9cm Hg)	100,00	18,88	18,61	-	0,15	0,24	1,07	3,95	6,10	7,10	0,27	81,12
Atac vascular cerebral (hemoragie sau tromboză) sau consecințe cronice ale atacului vascular cerebral	100,00	1,28	1,16	*	*	-	0,08	0,21	0,29	0,54	0,12	98,72
Osteoartrită (cu excepția artritei)	100,00	5,44	5,43	-	-	0,10	0,16	0,81	1,64	2,71	*	94,56
Tulburări lombare sau alte tulburări cronice lombare (de spate)	100,00	8,84	8,66	-	0,33	0,29	0,90	1,61	2,30	3,24	0,18	91,16
Tulburări cervicale (la nivelul gâtului, gâtului) sau alte tulburări cervicale cronice (gât, gât)	100,00	4,85	4,71	-	0,17	0,20	0,57	1,04	1,41	1,32	0,15	95,15
Diabet	100,00	5,93	5,91	*	*	0,07	0,36	1,13	2,05	2,28	*	94,07
Alergii cum ar fi rinita, alergii la polen, inflamații ale ochilor, dermatită, alergii alimentare sau altele (inclusiv astm alergic)	100,00	0,98	0,87	*	0,06	0,16	0,06	0,16	0,19	0,21	0,11	99,02
Ciroză hepatică	100,00	0,23	0,23	-	-	*	*	0,07	0,09	*	-	99,77
Incontinență urinară, dificultăți în controlarea vezicii	100,00	1,54	1,51	*	*	*	*	0,13	0,35	0,92	*	98,46

Populația rezidentă cu vârsta 15 ani și peste în funcție de declararea anumitor boli și afecțiuni cronice și dizabilități în ultimele 12 luni înainte de interviu, pe sexe și grupe de vârstă (date pe 2019)												
Sexe / Boli și afecțiuni cronice	Nr total persoane cu vârsta 15+	Persoane cu vârsta 15+ care au declarat că suferă de anumite boli și afecțiuni cronice	Din persoane cu boli și afecțiuni cronice				care în ultimele 12 luni înainte de interviu					Persoane care nu au niciuna din bolile cronice din listă
			au suferit de anumite			boli și afecțiuni clinice						
			Total	În total,			Pe grupe de vârstă:				Persoane care suferă de cel puțin o boală sau afecțiune cronică, dar care nu au suferit în ultimele 12 luni din cauza acestei boli sau afecțiuni	
				15-24 ani	25-34 ani	35-44 ani	45-54 ani	55-64 ani	65-74 ani	15-24 ani		
A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Probleme cronice de rinichi	100,00	1,23	1,19	*	*	*	0,12	0,25	0,31	0,42	*	98,77
Depresie	100,00	1,38	1,26	-	0,08	0,17	0,16	0,29	0,18	0,39	0,12	98,62
Ulcer gastric și duodenal	100,00	1,39	1,34	-	*	*	0,17	0,31	0,30	0,51	0,05	98,61
Nivel ridicat de lipide în sânge (hiperlipidemie: colesterol mărit, trigliceride mărite)	100,00	4,31	4,15	-	0,05	0,11	0,41	1,09	1,18	1,30	0,16	95,69

2.3.5 Internările de zi în sistemul de sănătate din România

Conform contractului-cadru din România, asistența de zi include cazurile care necesită supraveghere medicală până la 12 ore, cazurile de chirurgie de zi externate în aceeași zi și cazurile care necesită contact zilnic (pentru diagnosticare, monitorizare sau tratament) cu vizite de mai puțin de 12 ore.

Asistența de zi este furnizată în spitale și centre de asistență care au contract cu CNAS. Conform bazei de date RO-DRG, cele mai frecvente servicii de asistență medicală furnizate sub formă de asistență de zi în România sunt cele pentru boli ale sistemului circulator (hipertensiune), tulburări endocrine (monitorizarea diabetului), oncologie (radioterapie), afecțiuni ale oaselor (managementul durerii, înlocuirea genunchiului etc.), sistemul respirator (BPOC), sistemul digestiv (apendicectomie), tractul urogenital (prostatectomie) și monitorizarea pacienților cu HIV/SIDA și endoscopie. Tabelul de mai jos detaliază procentul de internări de zi pe categorii de boli și grupe de vârstă în România.

Internările de zi în România cuprind pacienți trimiși pentru tratamente oncologice, cum ar fi chimioterapie și radiologie unde majoritatea pacienților nu vin doar pentru operații chirurgicale de zi, acestea crescând numărul de paturi în spital și ducând la ineficiențe în folosirea spațiului și a personalului și în ceea ce privește costurile cu întreținerea. Tendințele globale sugerează redirecționarea fluxului de tratament către serviciile în ambulatoriu și evitarea spitalizărilor care nu sunt necesare.

Detaliile privind internările de zi pot fi consultate în tabelul mai jos.

Tabel 8: Populația rezidentă internată în timpul zilei (fără ședere peste noapte) în ultimele 12 luni înainte de interviu, în funcție de motivul ultimei spitalizări, pe sexe și grupe de vârstă

Sex Motivul ultimei spitalizări	Persoane spitalizate Total	În total, pe grupe de vârstă:							
		0-14 ani	15-24 ani	25-34 ani	35-44 ani	45-54 ani	55-64 ani	65-74 ani	75 de ani și peste
A	1	2	3	4	5	6	7	8	9
TOTAL (persoane)	474824	34477	8269	19508	29048	70173	97988	122968	92393
din care (%):									
Leziuni / leziuni sau accidente	6,83	16,09	37,63	22,52	24,26	3,63	3,14	2,26	4,23
Afecțiuni infecțioase și parazitare	1,41	-	-	-	-	4,41	0,98	2,13	-
Boli ale sistemului respirator	9,48	43,01	15,78	16,22	9,88	4,01	6,06	10,18	1,72
Boli ale sistemului digestiv	8,92	13,12	13,06	10,54	8,32	23,29	5,85	7,74	0,75
Boli de sânge	2,17	-	5,50	-	-	3,10	5,04	0,92	1,76
Boli ale sistemului circulator	28,84	-	-	-	12,48	12,34	30,98	35,64	54,63
Boli ale tractului urogenital	6,39	-	14,62	8,55	16,31	5,50	2,29	8,04	7,27
Boli endocrine, de nutriție și metabolice	13,40	-	7,28	4,89	2,09	10,21	24,78	16,13	11,04
Tumori	2,02	-	-	-	-	4,15	1,77	1,92	2,81

Sex Motivul ultimei spitalizări	Persoane spitalizate Total	În total, pe grupe de vârstă:							
		0-14 ani	15-24 ani	25-34 ani	35-44 ani	45-54 ani	55-64 ani	65-74 ani	75 de ani și peste
A	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Boli ale pielii și țesutului subcutanat	0,84	-	-	-	3,40	0,77	0,45	0,82	1,10
Boli ale sistemului osteoarticular, ale mușchilor și țesutului conjunctiv	9,39	-	-	2,36	13,66	15,55	11,64	10,52	5,31
Boli ale ochiului și urechii	1,54	14,45	-	-	-	-	-	0,57	1,78
Boli ale sistemului nervos	1,66	-	6,12	17,09	-	0,81	-	0,55	3,04
Tulburări mintale și de comportament	0,46	-	-	-	-	-	0,50	0,71	0,88
Alte boli și simptome	4,38	-	-	17,82	9,60	9,02	4,42	0,41	3,67
Informații indisponibile	2,25	13,32	-	-	-	3,22	2,09	1,46	-
BĂRBAȚI (persoane)	193682	17099	3415	3937	13374	28830	47191	44666	35170
din care (%):									
Leziuni / leziuni sau accidente	6,10	15,95	29,37	-	38,25	3,52	4,13	-	-
Afecțiuni infecțioase și parazitare	0,33	-	-	-	-	-	-	1,43	-
Boli ale sistemului respirator	12,99	51,56	38,21	-	-	5,76	5,24	20,83	4,52
Boli ale sistemului digestiv	6,89	-	-	-	8,01	23,28	3,87	6,83	1,97
Boli de sânge	2,88	-	-	-	-	-	8,08	2,53	1,82
Boli ale sistemului circulator	24,79	-	-	-	18,27	18,06	27,32	24,26	47,33
Boli ale tractului urogenital	7,58	-	-	-	3,45	8,20	4,76	9,64	15,07
Boli endocrine, de nutriție și metabolice	13,82	-	17,63	-	4,55	17,74	21,66	16,78	7,73
Tumori	1,00	-	-	-	-	1,82	-	3,16	-
Boli ale pielii și țesutului subcutanat	0,80	-	-	-	-	1,87	-	2,25	-
Boli ale sistemului osteoarticular, ale mușchilor și țesutului conjunctiv	10,63	-	-	11,71	23,69	13,39	15,55	8,33	5,78
Boli ale ochiului și urechii	1,90	16,75	-	-	-	-	-	-	2,34
Boli ale sistemului nervos	1,28	-	14,82	-	-	1,96	-	-	3,98
Tulburări mintale și de comportament	1,13	-	-	-	-	-	1,04	1,97	2,32
Alte boli și simptome	5,22	-	-	88,29	3,78	4,39	4,97	-	7,14
Informații indisponibile	2,68	15,74	-	-	-	-	3,39	1,99	-
FEMEI (persoane)	281142	17378	4854	15570	15674	41344	50797	78302	57223
din care (%):									
Leziuni / leziuni sau accidente	7,33	16,24	43,45	28,22	12,31	3,72	2,22	3,55	6,84
Afecțiuni infecțioase și parazitare	2,15	-	-	-	-	7,48	1,89	2,53	-
Boli ale sistemului respirator	7,07	34,60	-	20,32	18,32	2,78	6,82	4,09	-

Sex Motivul ultimei spitalizări	Persoane spitalizate Total	În total, pe grupe de vârstă:							
		0-14 ani	15-24 ani	25-34 ani	35-44 ani	45-54 ani	55-64 ani	65-74 ani	75 de ani și peste
A	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Boli ale sistemului digestiv	10,32	26,03	22,25	13,21	8,59	23,29	7,69	8,27	-
Boli de sânge	1,68	-	9,37	-	-	5,26	2,22	-	1,72
Boli ale sistemului circulator	31,63	-	-	-	7,53	8,35	34,38	42,14	59,12
Boli ale tractului urogenital	5,56	-	24,91	10,71	27,27	3,62	-	7,12	2,48
Boli endocrine, de nutriție și metabolice	13,12	-	-	6,13	-	4,95	27,68	15,76	13,07
Tumori	2,73	-	-	-	-	5,78	3,42	1,22	4,54
Boli ale pielii și țesutului subcutanat	0,87	-	-	-	6,30	-	0,87	-	1,78
Boli ale sistemului osteoarticular, ale mușchilor și țesutului conjunctiv	8,54	-	-	-	5,11	17,06	8,01	11,77	5,02
Boli ale ochiului și urechii	1,30	12,19	-	-	-	-	-	0,89	1,44
Boli ale sistemului nervos	1,93	-	-	21,41	-	-	-	0,87	2,46
Tulburări mintale și de comportament	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alte boli și simptome	3,81	-	-	-	14,57	12,25	3,90	0,64	1,53
Informații indisponibile	1,96	10,94	-	-	-	5,46	0,88	1,15	-

2.3.6 Serviciile de urgență în România

Medicii de asistență primară reprezintă primul punct de contact al pacientului în România, însă recomandarea din partea acestora nu este necesară în situații acute sau de urgență. În condițiile unui triaj limitat, pacienții optează în continuare pentru serviciile de urgență pentru îngrijiri care se pot furniza în contextul medicinei de familie. La nivel de spital, asistența de urgență este furnizată de unitățile de urgență ale spitalelor. Aceste unități pot fi accesate direct prin prezentare sau prin ambulanță. Un procent ridicat de apeluri la ambulanță se rezolvă la domiciliul pacientului și nu necesită internare în spital, ceea ce indică o suprautilizare a serviciilor de ambulanță și neajunsuri la nivelul asistenței primare (31% în anul 2020).

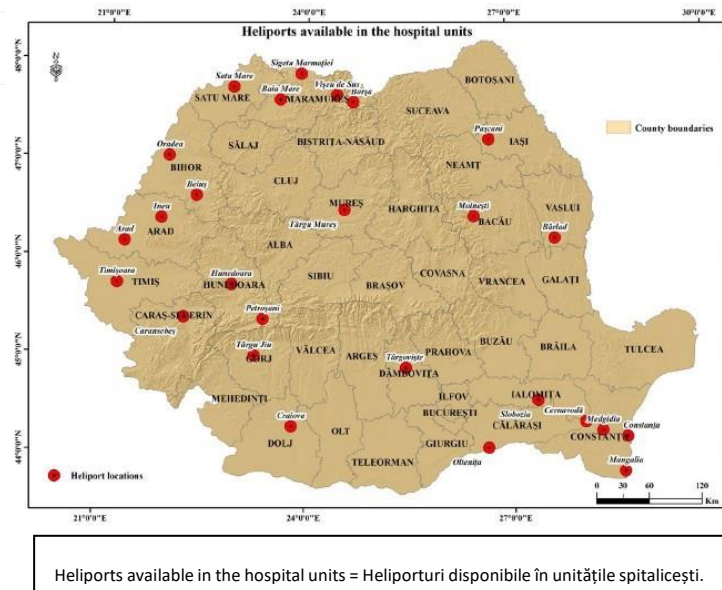
Tabel 9: Servicii de urgență, anul 2020

Forma de proprietate	Unități sanitare	Nr. de cereri		Pacienți transportați	Număr de pacienți care nu au beneficiat de transport
		Total	din care rezolvate		
A	1	2	3	4	5
TOTAL	3 703	3 586 271	3 386 134	2 343 568	1 042 566
Urban	3 597	3 483 834	3 292 351	2 278 624	1 013 727
Rural	106	102 437	93 783	64 944	28 839

La nivel de spital, asistența de urgență este furnizată în secțiile de urgență ale spitalelor, în care sunt angajați medici specializați în asistență de urgență sau terapie intensivă. Acestea sunt unități independente în cadrul spitalului, finanțate de la bugetul de stat. Acestea pot fi accesate direct prin prezentare sau prin transportul pacienților cu ambulanța. Pacienții sunt triați în funcție de urgență. După ce sunt îngrijiți la secția de urgență, pacienții sunt fie internați pentru continuarea tratamentului în același spital, fie sunt trimiși la un alt spital de competență superioară, dacă este necesar, sau sunt externați.

România a implementat cu succes diferite reforme critice ale sistemului de servicii de asistență medicală de urgență, cu sprijinul fondurilor Băncii Mondiale și al fondurilor UE. Printre aceste reforme s-a numărat îmbunătățirea secțiilor de urgență din spitale prin modernizarea infrastructurii, formarea personalului și îmbunătățirea comunicării, implementarea telemedicinii în serviciile de urgență și dezvoltarea SMURD⁵⁷, care în prezent este considerat unul dintre cele mai bune exemple din regiune (Banca Mondială, 2014⁵⁸). România are un sistem național de telemedicină, care conectează ambulanțele și trei centre de recepție a datelor medicale. Acestea din urmă conectează mai departe peste 100 de secții de urgență din spitale. Este necesar să se continue dezvoltarea helipadurilor de spital și a serviciilor de urgență medicopter în sudul și vestul țării, după cum este prezentat pe harta de mai jos, pentru a echilibra disparitățile și a crește accesul pacienților la timpi minimi de răspuns și la o siguranță mai bună.

Figura 233: Heliporturi de spitale din România



Conform legii, timpul de așteptare în secțiile de urgență din spitalele din România poate fi între 0 și 240 de minute, în funcție de gravitatea cazului. Însă decesul unei femei în vârstă de 70 de ani după o așteptare de 16 ore la un spital din zona de sud a României cristalizează consecințele unui sistem public supraîncărcat.

⁵⁷ Serviciul Mobil de Urgență, Reanimare și Descarcerare, SMURD (STS, 2015).

⁵⁸ Sisteme de sănătate în România în perioada de tranziție

Dr. Adriana Nica, directorul Spitalului Universitar de Urgență din București (SUUB), spune că, în cazul spitalului pe care îl conduce, „numărul de pacienți [pe care îl gestionează SUUB] depășește 70.000 pe an... Iar în Unitatea de Primiri Urgențe sunt între 450 și 500 de pacienți în fiecare zi”, pe lângă toți cei prezenți în secțiile de ambulatoriu de specialitate. Cu alte cuvinte, sunt mai mulți pacienți decât poate să gestioneze spitalul, pentru că „nu toți cei care vin la secția de urgență în fiecare zi sunt cazuri de urgență”. Aceasta înseamnă că aproximativ 40 la sută din cazurile de la SUUB nu sunt urgențe cu adevărat și ar putea fi rezolvate printr-o vizită la o clinică specializată sau la un medic de familie.

Mai mult, educația în domeniul sănătății rămâne o problemă majoră în România, iar 25% din cazuri care nu sunt de urgență solicită atenția serviciilor medicale de urgență. Sistemul supraîncărcat inhibă spitalele în a-și alocă și optimiza resursele. Un program complet de diagnosticare sau prevenire ar ușura sistemul, educând publicul larg despre alternative, dar, în același timp, ar detecta mult mai devreme cazuri noi de boli grave, cum ar fi cancerul, în stadiul I sau II, în loc de stadiul III sau IV, cum se întâmplă în prezent⁵⁹.

2.3.7 Concluzii

- România se confruntă cu provocările pe care le generează faptul că are unul din cel mai ineficiente sisteme de sănătate din Europa, subdezvoltat și, în același timp, subfinanțat. De asemenea, sistemul are resurse insuficiente.
- Cheltuielile pe cap de locuitor în domeniul prevenirii se situează pe penultimul loc în UE.
- Finanțarea asistenței medicale primare este și cea mai redusă dintre țările din UE.
- România are cele mai înalte rate ale mortalității în regiune, atât datorate cauzelor ce pot fi prevenite, cât și cele datorate cauzelor ce pot fi tratate.
- Migrarea personalului medical a contribuit la penuria de cadre medicale din țară, deoarece mulți au plecat din țară după căderea comunismului, iar numărul de medici și asistente pe cap de locuitor este cu mult sub media din UE. Acest lucru afectează negativ accesul la asistență și crește timpii de așteptare⁶⁰.
- Obiceiurile nesănătoase contribuie la aproape o jumătate dintre decesele din România. România raportează un consum de alcool mai ridicat și regimuri alimentare mai nesănătoase decât media în UE.
- Boala cardiovasculară este principala cauză de deces, iar cancerul pulmonar este principala cauză de deces asociat cu cancerul. Ratele de persoane supraponderale, persoane obeze și fumători în rândul adolescenților sunt ridicate și continuă să crească constant în ultimele două decenii, ducând la o speranță redusă de viață.
- Barierele sociale predomină în rândul minorităților etnice (inclusiv al populației rome) și în rândul femeilor, din cauza normelor culturale care nu întotdeauna încurajează utilizarea serviciilor de sănătate, dar și din cauza dificultății de a naviga rutele furnizării serviciului și din cauza dinamicii luării deciziilor în gospodărie. Aceste bariere se suprapun. Până la 50% din populația romă, care se confruntă cu obstacole în ceea ce privește navigarea sistemului de sănătate, este și populație neasigurată, în comparație cu 14% din populația generală (Grupul Băncii Mondiale, 2019).

⁵⁹ <https://pharmaboardroom.com/articles/romania-emergency-healthcare-ordinance-papering-over-larger-cracks/> Erik Vos la 13.02.2020 Stressed Public System

⁶⁰Raportul Comisiei Europene privind sănătatea

2.4 Oferta de servicii de sănătate și finanțarea

2.4.1 Sistemul de sănătate

După 1989, sistemul de sănătate din România a trecut treptat de la o abordare centralizată la o abordare mai descentralizată; au fost proiectate și implementate mai multe reforme în domeniul sănătății, dar, în ansamblu, infrastructura de sănătate a României și cadrul de furnizare a serviciilor încă mai au un drum lung de parcurs către folosirea de tehnologii moderne și satisfacerea nevoilor medicale ale populației.

Ultima versiune a Programului Operațional Sănătate (în prezent discutată cu Comisia Europeană) vizează și câteva dintre provocările cu care se confruntă România în prezent⁶¹. Printre acestea enumerăm următoarele:

- *speranța de viață* este printre cele mai scăzute din UE (2018), iar pandemia a evidențiat această diferență,
- *boala cardiovasculară* este principala cauză de deces, iar mortalitatea datorată cancerului pulmonar este cea mai frecventă cauză de deces asociat cu cancerul.
- deși s-a remarcat o creștere a *cheltuielilor cu sănătatea*, acestea rămân la un nivel scăzut față de alte țări europene
- România se situează pe ultimele locuri în UE în ceea ce privește *cheltuielile pentru asistența medicală primară și cheltuielile pe cap de locuitor cu prevenția*.

Conform publicației „Sistemul conturilor de sănătate (SCS) în România”⁶², finanțarea cheltuielilor actuale cu serviciile, bunurile și alte activități (cum ar fi activitățile de prevenție sau administrarea organizării și finanțării sistemului) în cadrul sistemului național de sănătate se efectuează:

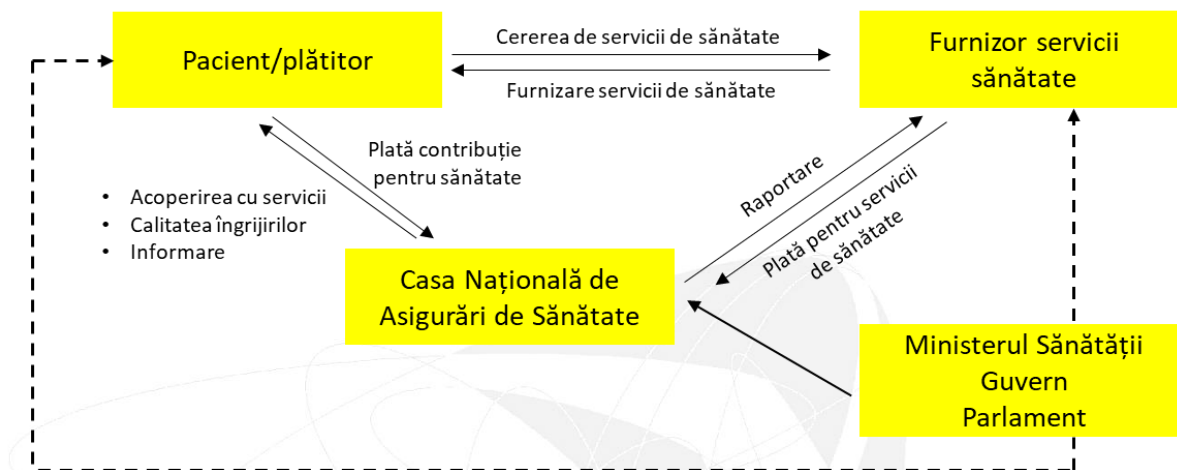
- *la nivelul autorităților publice centrale*, de la bugetul de stat sau din venituri proprii, prin Ministerul Sănătății sau prin bugetele altor ministere și instituții, care au propria lor rețea de sănătate sau activități în domeniul sănătății și din bugetele fondurilor de asigurări sociale prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Ministerul Muncii și Protecției Sociale;
- *la nivelul autorităților publice locale*, din bugetele locale, prin consiliile județene, municipale sau comunale, sau din veniturile proprii ale spitalelor subordonate autorităților publice locale;
- *din fondurile proprii ale instituțiilor non-profit* în serviciul gospodăriilor (organizații non-profit);
- *din fonduri externe nerambursabile*;
- *din plăți directe de la gospodării* sau persoane juridice care achiziționează produse medicale și servicii de sănătate;
- *din fondurile alocate de angajatori pentru serviciile medicale furnizate angajaților*, în cabinetele de medicina muncii sau sub formă de servicii contractate în cadrul abonamentelor medicale.

⁶¹ Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene, Programul Operațional Sănătate, pagina 5

⁶² Institutul Național de Statistică, *Sistemul conturilor de sănătate în România – anul 2019*, (ediția 2021), pagina 15

Sectorul de sănătate din România cuprinde 3 părți principale care sunt implicate: Casa Națională de Asigurări de Sănătate (**CNAS**), furnizorii de servicii de sănătate și pacienții care contribuie la sistemul de sănătate.

Figura 244: Părțile Implicate în Sistemul de Sănătate Românesc



Sursa: CNAS, Analiză EY

Sistemul de sănătate din România se bazează pe modelul asigurărilor sociale de sănătate, statul având un rol major, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) și prin Ministerul Sănătății. Toate persoanele care desfășoară activități generatoare de profit au obligația să contribuie la Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate FNUASS), contribuția fiind determinată în funcție de venitul brut.

Finanțarea se bazează pe o contribuție obligatorie a tuturor persoanelor active, reprezentând 10% din venitul lunar brut. Anumite categorii sociale sunt scutite prin lege de la plata contribuției de sănătate, respectiv persoanele cu vârsta sub 18 ani, persoanele cu vârsta sub 26 de ani dacă studiază sau sunt incluse în sistemul de protecția copilului, soțul/soția, părinții fără venituri ai unei persoane asigurate, persoanele cu dizabilități și fără venituri, persoanele care beneficiază de venitul minim garantat de stat, șomerii, deținuții sau persoanele neasigurate cu anumite boli severe acoperite de programele naționale de sănătate.

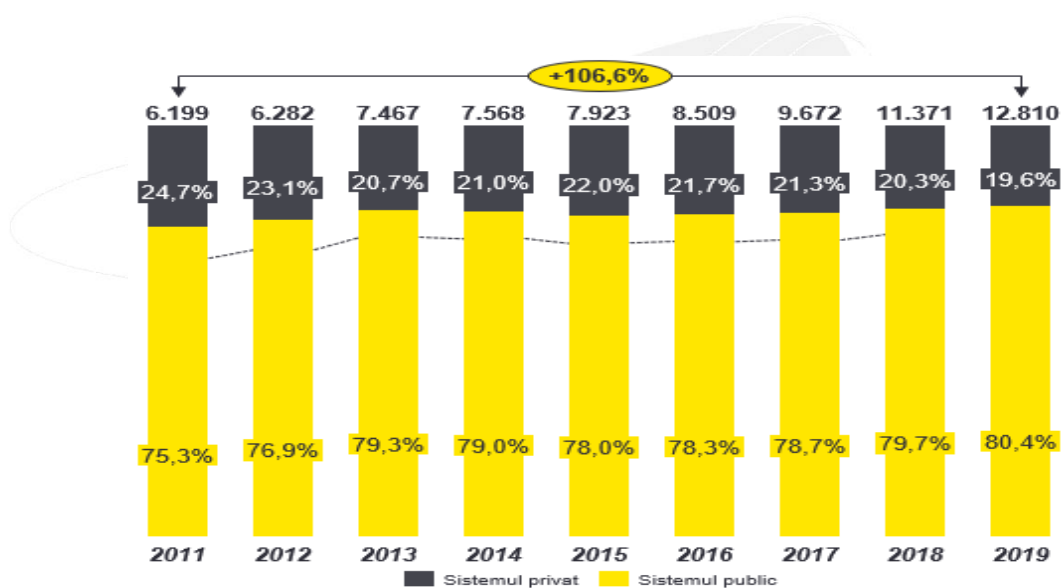
Personele asigurate au dreptul să acceseze un pachet de servicii de bază (printre care asistența primară sau de specialitate în ambulator, internare, medicamente și dispozitive medicale). Persoanele neasigurate au dreptul la un pachet minim de servicii, respectiv asistență medicală de urgență, anumite servicii de prevenție, asistență pe perioada sarcinii și asistență în caz de boli contagioase.

În ansamblu, în România, cel mai mare procent din cheltuielile cu sănătatea provine din surse publice, reflectând un procent constant de aproximativ 80% în ultimii ani (2011-2019). La nivelul Uniunii Europene, structura de finanțare a sistemului de sănătate este similară cu cea din România, cea mai mare parte din

finanțare provenind din surse publice, așa cum se arată în graficul următor. Sursele private finanțează sistemul de sănătate într-un procent de aproximativ 20%, având o contribuție semnificativă prin plățile directe ale populației pentru accesarea serviciilor medicale, dar și prin abonamentele medicale sau prin asigurările voluntare.

În comparație cu alte state membre, România ocupă ultimul loc în Uniunea Europeană în ceea ce privește cheltuielile cu sănătatea pe cap de locuitor. Însă în perioada analizată, cheltuielile pe cap de locuitor au crescut cu 106,6%, în timp ce populația României este în scădere, această tendință fiind generată de o migrație externă puternică și o creștere naturală negativă.

Figura 255: Cheltuieli cu asistența medicală pe cap de locuitor în perioada 2011-2019 în România



Sursa: Eurostat, Analiză EY

2.4.2 Sisteme de plată

Conform raportului „Sistemul conturilor de sănătate (SCS) în România”⁶³, pentru finanțarea unităților și a serviciilor de sănătate se folosesc următoarele sisteme de plată:

- *decontări prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS)*, prin Casele Județene de Asigurări de Sănătate (CJAS), Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București (CASMB) și prin Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești (CASAOPSNAJ), din Fondul Național de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS), pentru serviciile furnizate de unitățile medicale care au contract cu Casele de Asigurări de Sănătate;

⁶³ Ibidem

- finanțarea anumitor categorii de servicii și activități (în principal activități cu scop de prevenție sau activități în cadrul Programelor Naționale de Sănătate) de către Ministerul Sănătății, din bugetul de stat alocat ministerului și din veniturile proprii ale Ministerului;
- *finanțarea cheltuielilor cu servicii medicale și infrastructură* prin bugetele ministerelor și ale altor autorități centrale pentru rețelele sanitare proprii;
- finanțarea anumitor categorii de servicii medicale și acordarea de alocații persoanelor asigurate în caz de incapacitate de muncă sau dizabilitate (de către Ministerul Muncii și Protecției Sociale) din bugetul asigurărilor sociale de stat (BASS);
- *decontarea, de către companiile private de asigurări, a serviciilor medicale sau a materialelor furnizate persoanelor care au încheiat contracte de asigurări private de sănătate sau contracte private de asigurări care includ o componentă de sănătate;*
- *plățile directe ale populației* pentru servicii de sănătate și produse medicale;
- sponsorizarea serviciilor de sănătate, a facilităților medicale, investiții sau programe și campanii inițiate de instituții non-profit în slujba gospodăriilor (organizații non-profit);
- *finanțarea sistemului de sănătate din fonduri externe nerambursabile* (de ex. Fondul European de Dezvoltare Regională (FEDR), Fondul Social European (FSE), Mecanismul Financiar Norvegian etc.).

2.4.3 Surse de finanțare pentru spitalele publice

Conform Legii 95/2006, spitalele publice sunt instituții publice finanțate integral din venituri proprii, care funcționează pe principiul autonomiei financiare. Veniturile spitalelor publice provin din sumele încasate pentru servicii medicale, alte servicii prestate pe bază de contract, precum și din alte surse, descrise mai jos:

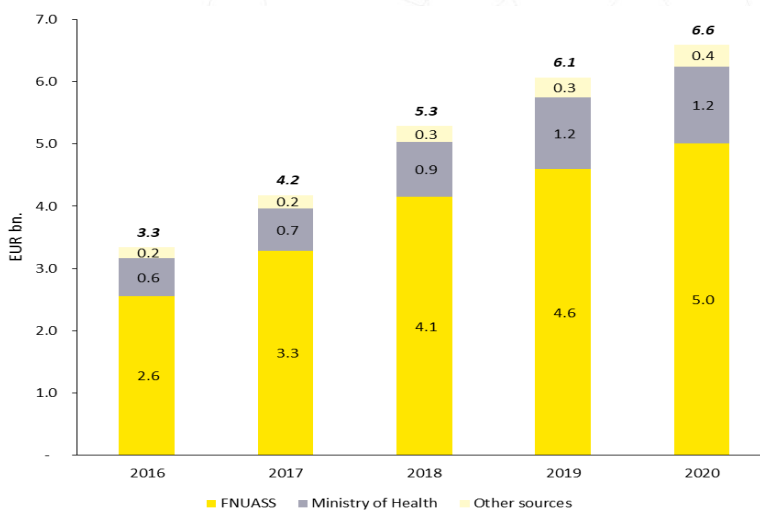
- Contracte cu casele județene de asigurări pentru furnizarea serviciilor medicale în cadrul sistemului național de asigurări de sănătate
- Contracte pentru furnizarea de servicii medicale, cu companii private de asigurări de sănătate sau cu alte entități economice
- Contracte pentru furnizarea de servicii medicale cerute de alte spitale sau de alte instituții medicale publice sau private
- Contracte pentru publicare și/sau diseminarea de publicații medicale
- Contracte pentru servicii medicale, de hotel sau alte servicii asociate cu sănătate, furnizate unor terți
- Contracte sau pur și simplu servicii furnizate la domiciliu la solicitarea pacienților
- Contracte de cercetare
- Contracte care reprezintă asocieri de investiții în domeniul medical sau farmaceutic sau în cercetare
- Închirieri de infrastructură medicală către alți furnizori de sănătate
- Închirierea de echipamente, echipamente medicale și alte bunuri care aparțin spitalului către alți furnizori de servicii medicale
- Donații și sponsorizări
- Obligațiuni

- Finanțare de la bugetul de stat prin Ministerul Sănătății, pentru investiții de capital (echipamente, clădiri)
- Finanțare din taxe de acciză pe tutun și alcool
- Finanțare de la bugetul local prin autoritățile județene de sănătate publică, pentru cheltuieli de întreținere și/sau operaționale
- Finanțare pentru activitățile desfășurate prin programele naționale de sănătate: programe de prevenție (fonduri de la Ministerul Sănătății) și programe curative (fonduri de la CNAS)
- Finanțarea secțiilor de UPU / CPU, de la bugetul de stat, prin Ministerul Sănătății
- Salarii pentru rezidenți, de la Ministerul Sănătății
- Contracte cu institutele de medicină legală din centrele medicale universitare la care sunt alocate
- Fonduri / proiecte europene
- Din plăți directe, sub formă de coplată sau plăți directe integrale.⁶⁴

Sumarizând, principalele surse de finanțare pentru spitalele publice din România sunt asigurate de:

- *Fondul Național de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS)*, de la CNAS, prin Casele Județene de Asigurări de Sănătate (peste 75% din veniturile spitalelor publice la nivel național în 2020)
- *Bugetul de stat*, prin Ministerul Sănătății, direct sau prin autoritățile județene de sănătate publică (peste 18% din veniturile spitalelor publice la nivel național în 2020, direcționate în cea mai mare parte către spitalele clinice și de urgență)
- *Bugetele locale*, prin autoritățile județene de sănătate publică

Figura 266: Principalele surse de finanțare pentru spitalele publice din România



Sursa: Ministerul Finanțelor

Ministry of Health = Ministerul Sănătății; Other sources = Alte surse.

⁶⁴ Legea nr. 95/2006 privind reforma serviciilor de sănătate, republicată, articolele 190 - 194

2.4.4 Mecanismul de solicitare și obținere de finanțare

CNAS stabilește anual o perioadă de contractare pentru sistemul de asigurări sociale de sănătate. Această perioadă, precum și documentele care stau la baza încheierii contractelor, sunt comunicate furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale. În termenele stabilite, furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive transmit cererile de intrare în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, precum și documentele necesare și ofertele de servicii medicale - acolo unde este cazul.

Documentele eligibile pentru încheierea de contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizorii de servicii medicale care sunt spitale sunt următoarele:

- structura organizațională aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății
- autorizație sanitară de funcționare
- acreditare sau dovadă de înregistrare în procesul de acreditare

În perioada încheierii contractului, o comisie formată din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate și ai departamentului de sănătate publică stabilește numărul de paturi care pot fi contractate pentru fiecare spital, cu includerea în planul de paturi aprobat la nivel de județ, stabilit prin ordin al ministrului sănătății pe baza unor criterii stabilite prin norme.

Spitalele încheie contracte anuale cu CAS județene și primesc o serie de plăți de la Casele Județene de Asigurări de Sănătate, care se efectuează prin mai multe categorii de metode de plată, după cum este descris mai jos:

- DRG pentru spitalizările acute
- Tarif în funcție de specialitate pentru spitalizările acute non-DRG
- Plăți pe caz, pentru operațiile de zi și asistența medicală de zi
- Tarif pe serviciu pentru serviciile în ambulatoriu
- Tarif pe zi de spitalizare pentru asistența pe termen lung
- Bugete fixe pentru programele naționale curative de sănătate (care acoperă medicamente și materiale medicale)

Pe lângă sursele menționate mai sus, spitalele pot să primească fonduri de la Ministerul Sănătății, direct sau prin autoritățile județene de sănătate publică, pentru:

- Bugete pentru servicii prestate în secțiile de urgență ale spitalelor de urgență
- Bugete pentru serviciile prestate în cadrul programelor naționale de prevenție în sănătate
- Plăți pentru spitalizări acute (DRG)
- Pacienții acuți cu o ședere în spital de peste 12 ore vor fi decontați folosind un mecanism de plată în funcție de DRG (sistemul românesc [RO-DRG] a fost creat în 2010, prin adaptarea și rafinarea sistemului de DRG australian).

Conform Ordinului nr. 1068/627/2021⁶⁵ emis de Ministerul Sănătății, suma totală contractată de spitale cu casele de asigurări de sănătate va fi formată din următoarele sume, după caz:

- a) Suma contractată (SC) de fiecare spital cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate pentru servicii de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute în sistemul DRG se calculează după cum urmează:

$$SC = P \times (Nr_pat \times IU_pat / DMS_spital) \times ICM \times TCP$$

- În formula de mai sus,
- Nr_pat reprezintă numărul de paturi aprobate și care pot fi contractate după aplicarea prevederilor planului național de paturi, care nu include paturile pentru unitatea de terapie intensivă,
- IU_pat reprezintă procentul de utilizare a paturilor
- DMS_spital, durata medie de spitalizare la nivel de spital (DMI, durata medie a internării)
- TCP, tariful pe caz ponderat și
- ICM, indicele de mix de cazuri.

Valoarea procentului de referință (P) este:

- pentru categoria I: P = 85 %;
- pentru categoria IM: P = (P - 4)%;
- pentru categoria II: P = (P - 3)%;
- pentru categoria IIM: P = (P - 5)%;
- pentru categoria III: P = (P - 5)%;
- pentru categoria IV: P = (P - 15)%;
- pentru categoria V: P = (P - 23)%;
- pentru spitalele neclasificabile: P = (P - 33)%.

- b) suma pentru spitalele de boli cronice și pentru saloanele și secțiile de îngrijiri cronice din alte spitale se stabilește conform următoarei formule:

$$\text{număr de cazuri externate} \times \text{durata spitalizării prevăzută în norme sau, după caz, durata efectivă} \times \text{tariful pe zi de spitalizare}$$

Numărul de cazuri externate se referă la cazurile estimate a fi externate pe spital și pe secție, în funcție de:

⁶⁵ Anexa 23, Ordinul 1068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice pentru aplicarea în 2021 a Hotărârii de Guvern nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a contractului-cadru care reglementează condițiile de furnizare a asistenței medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale, tehnologiilor asistive și dispozitivelor din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pe anii 2021 - 2022

- numărul de paturi care pot fi contractate
- indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național pentru secțiile de boli cronice (prevăzut în norme)
- durata spitalizării prevăzută în norme sau, unde este cazul, durata de spitalizare realizată în anul anterior;
- durata spitalizării pe saloane este valabilă pentru toate categoriile de spitale și este prevăzută în norme.
- tariful pe zi de spitalizare pe compartiment/secție se negociază pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare spital pentru compartimentele și secțiile din structura sa, ținând seama de documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcție de particularitățile fiecărui tip de spital, în conformitate cu sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate pentru servicii medicale spitalicești. Tarifele pe zi de spitalizare negociate nu pot să depășească tarifele maxime prevăzute în norme.

c) suma pentru serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă dacă nu se pot efectua în condiții de asistență medicală la domiciliu se vor stabili după cum urmează:

numărul de paturi care pot fi contractate x indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național în saloane/secțiile de îngrijire paliativă x tariful pe zi de spitalizare negociat.

Tariful pe zi de spitalizare negociat nu poate să depășească tariful maxim prevăzut în norme.

d) suma pentru serviciile medicale spitalicești prestate în regim de spitalizare de zi, pentru care plata se face în funcție de tariful pe serviciu medical / caz rezolvat și care se determină după cum urmează:

numărul negociat și contractat de servicii medicale spitalicești pe tipuri / cazuri rezolvate x tariful respectiv

- Numărul negociat și contractat de servicii medicale spitalicești pe tipuri/cazuri rezolvate se stabilește pe baza ofertei transmise de spital și în funcție de numărul de servicii prestate în perioada anterioară.
- Tariful pe serviciu medical/caz rezolvat este prevăzut în norme.

Sumele contractate inițial pentru spitalizare continuă sau spitalizare de zi se pot suplimenta pentru contractarea de cazuri / servicii suplimentare față de cele contractate inițial, pe baza cererilor unităților medicale, însoțite de note de fundamentare.

Pe lângă pachetele de servicii de bază furnizate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, mai există o serie de programe naționale de prevenție și programe curative finanțate direct de Ministerul Sănătății (MS) și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) pentru boli considerate probleme majore de sănătate publică (printre care HIV/SIDA, tuberculoză, unele tipuri de cancer, transplanturi,

dializă etc.). Aceste programe sunt aprobate o dată la doi ani prin Hotărâre de Guvern. Oricine are acces la programele naționale de sănătate, inclusiv persoanele neasigurate.

- *Programele naționale de prevenție finanțate prin bugetul Ministerului Sănătății:* o serie de programe naționale de prevenție sunt reglementate printr-o Hotărâre de Guvern (155/2017) și prin Normele tehnice ale Ministerului Sănătății. Programele acoperă acțiuni de prevenție și tratamente pentru anumite boli care au un impact major asupra sănătății publice. Fondurile sunt furnizate din bugetul de stat, prin Ministerul Sănătății și prin autoritățile județene de sănătate. Programele au unități de coordonare dedicate. Spitalele și alți furnizori sunt selectați pe baza unor criterii de calificare și capacitate. Serviciile preventive sunt rambursate dintr-un buget dedicat în funcție de nivelurile de activitate, cum ar fi campanii de informare / educare, detectarea cazurilor prin teste active sau pasive, investigații epidemiologice, tratament preventiv (profilaxie), inițierea tratamentului pentru cazurile detectate, consumabile medicale etc. și în funcție de volumul de astfel de activități (numărul de pliante, teste, cazuri preconizate, tratamente etc.).
- *Programele naționale curative finanțate din bugetul FNUASS.* O serie de programe naționale de prevenție sunt reglementate printr-o Hotărâre de Guvern (155/2017) și prin Normele tehnice ale CNAS. Programele curative acoperă tratamentul pentru anumite boli care au un impact major asupra sănătății publice. Fondurile sunt contractate și asigurate din FNUASS prin CNAS și acoperă costurile medicamentelor, consumabilelor medicale, protezelor, dispozitivelor medicale, anumitor proceduri de diagnostic etc. pentru anumite cazuri, sub formă de spitalizare sau asistență în ambulator. Spitalele și alți furnizori sunt selectați pe baza unor criterii tehnice și de capacitate.

Un scurt tabel rezumă mai jos indicatorii Programelor Naționale de Sănătate în 2020⁶⁶:

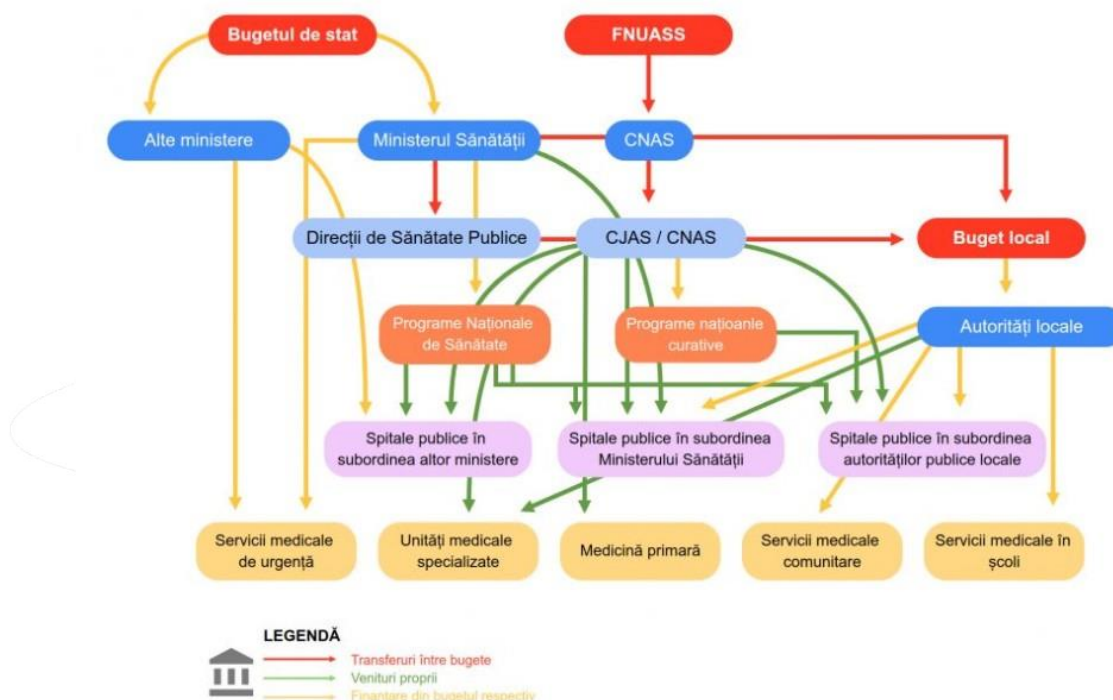
Tabel 10: Programele Naționale de Sănătate disponibile în România în 2020

Nr.	Denumirea programului	Credite bugetare inițiale 2020 (LEI)	Credite bugetare definitive an 2020 (LEI)	Credite de angajament 2020 (LEI)	Valoare medicamente/materiale sanitare consumate din bugetul FNUASS(LEI)	Număr pacienți realizat în anul 2020
1.	Program național de boli cardiovasculare	191.463.000	177.690.660	179.213.000	149.735.291	23.018
2.	Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile (implant cohlear și proteze auditive)	28.973.000	25.584.150	23.104.000	19.294.195	-
3.	Program național de tratament al bolilor neurologice	159.928.000	172.603.460	160.928.000	161.837.086	5.257
4.	Program național de tratament al hemofiliei și talasemiei	169.741.000	183.307.100	187.525.000	186.021.006	1.029
5.	Program național de diagnostic și tratament pentru boli rare	294.321.000	428.697.590	343.451.000	405.288.385	3.489
6.	Program național de sănătate mintală	1.945.000	1.921.150	2.195.000	2.232.630	13.900
7.	Programul național de endocrinologie	2.219.000	1.690.780	2.219.000	1.542.982	4.677
8.	Programul național de ortopedie	107.304.000	98.668.740	88.244.000	74.353.368	14.555
9.	Programul național de transplant de organe, tesuturi și celule umane	51.821.000	55.035.860	54.821.000	54.767.796	4.626
10.	Program național de terapie intensivă a insuficienței hepatice	822.000	246.310	276.000	175.644	38
11.	Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiența renală cronică	1.131.898.000	1.208.754.290	1.251.511.000	1.200.985.647	16.643
12.	Program național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparatului de înaltă performanță	22.351.000	16.177.130	19.586.000	15.467.567	3.103
13.	Programul național de oncologie	2.512.732.000	2.371.584.860	2.597.990.000	2.562.637.814	-
14.	Programul național de diabet zaharat	1.648.762.000	1.582.484.920	1.737.140.000	1.743.782.558	-

⁶⁶ Sursa: CNAS, Analiză EY

Pentru a concluziona cu privire la această prezentare schematică a aspectelor privind finanțarea spitalelor publice din România, ilustrația de mai jos oferă o reprezentare generală schematică a mecanismului de finanțare a sistemului de sănătate⁶⁷:

Figura 277: Reprezentarea schematică a mecanismului de finanțare a sistemului de sănătate



După cum s-a menționat mai sus, gospodăriile cheltuie 1,7% din consumul lor general cu sănătatea, în comparație cu media din UE de 3,3%, acest lucru plasând România pe penultimul loc în UE. De asemenea, cheltuielile cu serviciile de prevenție reprezintă aproximativ 1,4% din cheltuielile totale cu sănătatea, în comparație cu media UE de 2,8%.

Asistența medicală primară, finanțată deficitar, pune tensiune suplimentară asupra serviciilor spitalelor, iar cheltuielile reduse și finanțarea deficitară a sănătății sunt exacerbate la nivel local.

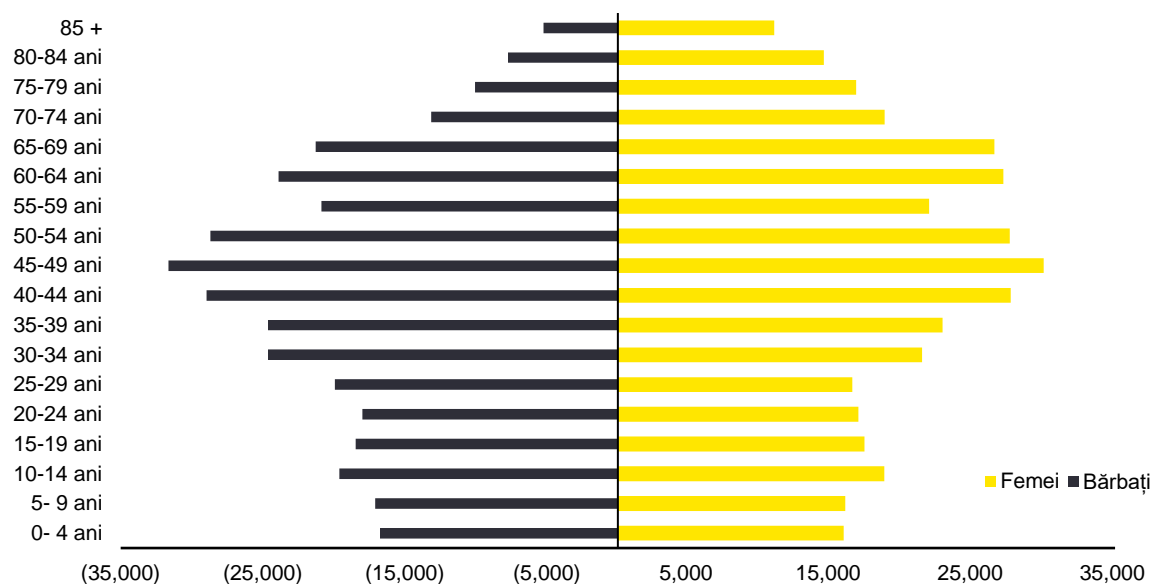
⁶⁷ Sursa: <https://buletin.de/bucuresti/bugete-explicate/>

2.5 Sănătatea în Ploiești și în județul Prahova

2.5.1 Profilul de populație în județul Prahova

Populația rezidentă a județului Prahova este de 718.000 locuitori⁶⁸. Diferențierea demografică majoră este realizată la nivel de grupe de vârstă. Din graficul de mai jos, se poate concluziona că populația dominantă este în categoria de vârstă sub 50 de ani (grupa dominantă de vârstă fiind 40-44 ani, urmată de grupele 45-49 și respectiv 50-54 ani).

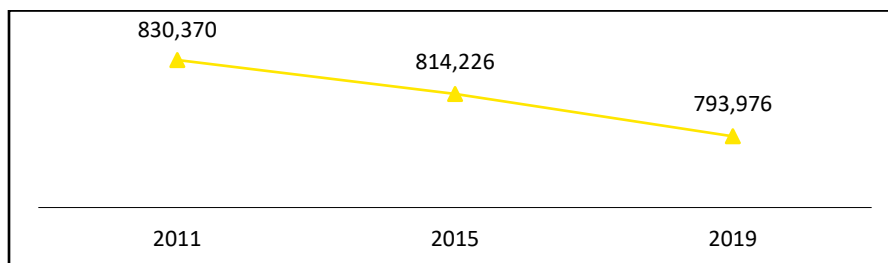
Figura 288: Distribuția populației pe grupe de vârstă în județul Prahova (2019)



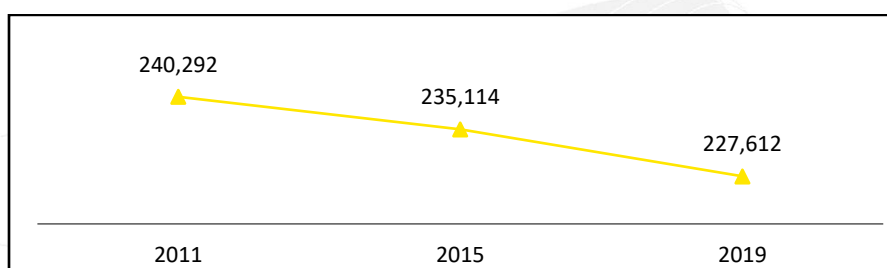
Sursa: INS, Analiză EY

Conform așteptărilor generate de evoluția structurii de populație în anii recenti, se poate spune că România prezintă o tendință demografică de îmbătrânire, care însă este universală și durabilă. Aceste estimări sunt susținute de creșterea speranței de viață la nivel național, de o tendință de scădere a ratei de nașteri și a fertilității și de o tendință de creștere a migrației externe a populației.

⁶⁸ Institutul Național de Statistică, 2019

Figura 299: Evoluția populației județului Prahova

Sursa: INS, Analiză EY

Figura 300: Evoluția populației din Ploiești

Sursa: INS, Analiză EY

Din punct de vedere demografic, există o tendință descrescătoare la nivelul județului și al municipiului.

- Populație în curs de îmbătrânire, cu 41% peste 50 de ani și 27% peste 60.
- Tendința va continua, determinată de speranța mai mare de viață, rate scăzute ale nașterilor și fertilității și rate crescute de migrație externă
- Populația în general scade atât în Ploiești, cât și în județul Prahova
- Cu toate acestea, dată fiind îmbătrânirea populației și speranța crescută de viață, există o cerere crescută de servicii de sănătate și cadre medicale

2.5.2 Incidența bolilor în județul Prahova

Tiparele de boli în județul Prahova reflectă problemele de sănătate întâlnite la nivel național, județul confruntându-se cu probleme similare cu cele observate în restul țării: nivel nesatisfăcător de cheltuieli publice cu sănătatea, disparități în ceea ce privește accesul la servicii medicale, în special în rândul populației rurale, număr insuficient de personal medical, echipamente învechite și infrastructură proastă, condiții slabe de salubritate, care duc la un număr ridicat de infecții intraspitalicești.

Tabel 11: Date privind internările în toate spitalele din Prahova, pe tipuri de boli [date din 2019]

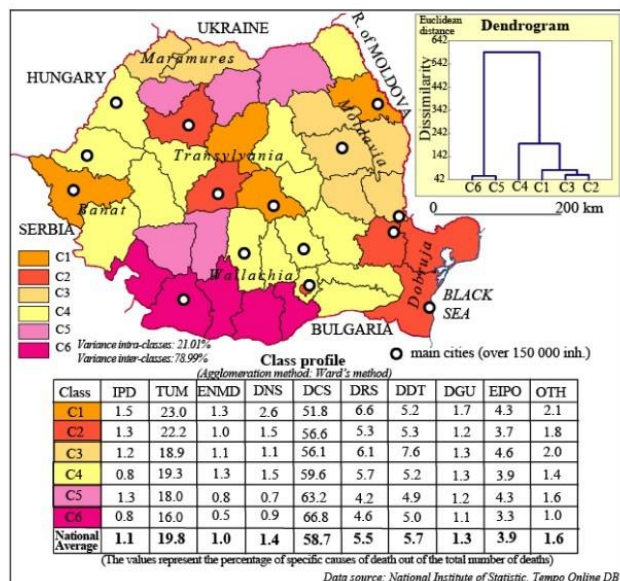
Cod de boli ICD-10	Grupă de boli ICD-10	Total
A00-B99	Afecțiuni infecțioase și parazitare	2 656
C00-D49	Neoplazii	1 320
D50-D89	Boli ale sângelui și organelor hematopoietice	1 431
E00-E90	Boli endocrine, de nutriție și metabolice	2 118
F01-F99	Tulburări mintale și de comportament	8 687
G00-G99	Boli ale sistemului nervos	11 954
H00-H59	Boli ale ochiului și anexelor	1 376
H60-H95	Afecțiuni ale urechii și creste papilare	3 601
I00-I99	Boli ale sistemului circulator	14 330
J00-J99	Boli ale sistemului respirator	14 472
K00-K95	Boli gastrointestinale	13 632
L00-L99	Boli ale pielii și țesutului subcutanat	2 245
M00-M99	Boli ale sistemului musculo-scheletal și țesutului conjunctiv	14 547
N00-N99	Boli urogenitale	7 206
O00-O9A	Sarcină, naștere și lăuzie	7 715
P00-P96	Afecțiuni survenite în preajma momentului nașterii	4 096
R00-R99	Simptome, semne și observații clinice și de laborator anormale	460
S00-T88	Leziuni, otrăviri și alte consecințe de cauză externă	1 248
Z00-Z99	Factori care influențează starea de sănătate și contacte cu serviciile de sănătate	309
	Total	113 403

Din punct de vedere epidemiologic, 113 403 din 718 000 (16%) persoane în Prahova au avut nevoie de internare în spital în 2019 (în UE, rata de internări se încadrează între 7,8% în Cipru și 24,6% în Austria). 80% dintre acești pacienți au fost în grupa de vârstă 45+ și >50% în grupa de vârstă 65+.

Analizând povara bolii pe grupe de boli ICD-10, majoritatea cazurilor au fost raportate în aceste grupe de boli, constituind aproape 40% din numărul total de pacienți internați.

- I00 -I99 Boli ale sistemului circulator [în 2019 12,63 %]
- J00 -J99 Boli ale sistemului respirator [în 2019 12,76%]
- M00-M99 Boli ale sistemului musculo-scheletal și țesutului conjunctiv [în 2019 12,76%]

Figura 311: Tipologia structurii mortalității pe cauze de deces în România



Typology of the structure of mortality by cause of death in Romania (average of the 2012–2018 years). IPD—infectious and parasitic diseases; TUM—tumours; ENMD—endocrine, nutrition and metabolism diseases; DNS—diseases of the nervous system and sense organs; DCS—diseases of the circulatory system; DRS—diseases of the respiratory system; DDT—digestive disorders; DGU—diseases of the genitourinary tract; EIPO—traumatic injuries, poisoning and external causes; OTH—other causes.

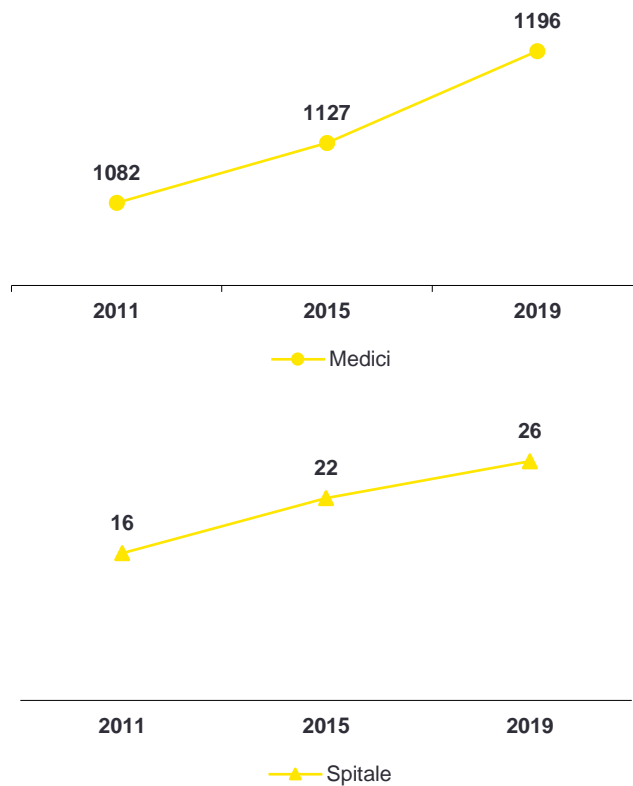
Typology of the structure of mortality by cause of death in Romania (average of the 2012-2018 years) = tipologia mortalității, în funcție de cauza decesului, în România (medie a perioadei 2012-2018); Infectious and parasitic diseases = boli infecțioase și parazitare; Tumours = tumori; Endocrine, nutrition and metabolism diseases = boli endocrine, nutriționale și metabolice; Diseases of the nervous system and sense organs = boli ale sistemului nervos și ale organelor de simț; Diseases of the circulatory system = boli ale sistemului circulator; Diseases of the respiratory system = boli ale sistemului respirator; Digestive disorders = tulburări digestive; Diseases of the genitourinary tract = boli ale tractului genital; Traumatic injuries, poisoning and external causes = leziuni traumatice, intoxicații și cauze externe

Celelalte 2 grupe substanțiale care constituie încă 23 % din numărul total de pacienți internați în 2019 au fost:

- K00-K95 Boli gastrointestinale
- G00-G99 Boli ale sistemului nervos

2.5.3 Accesul la asistență medicală în județul Prahova

Tendința în județul Prahova este pozitivă, numărul de doctori și de unități medicale crescând constant, ceea ce înseamnă că județul are potențialul de a atrage forță de muncă în domeniul medical.

Figura 322: Numărul medicilor și unităților sanitare din județul Prahova.

Sursa: INS, Analiză EY

2.6 Finanțarea sănătății în județul Prahova

Din datele furnizate de CAS Prahova, mai jos poate fi identificată o reprezentare schematică a spitalelor existente în 2019 (fiind anul de referință pentru această analiză), cu o diferențiere între numărul de paturi din structura aprobată de Ministerul Sănătății și numărul de paturi care pot fi contractate după aplicarea prevederilor din Planul național de paturi.

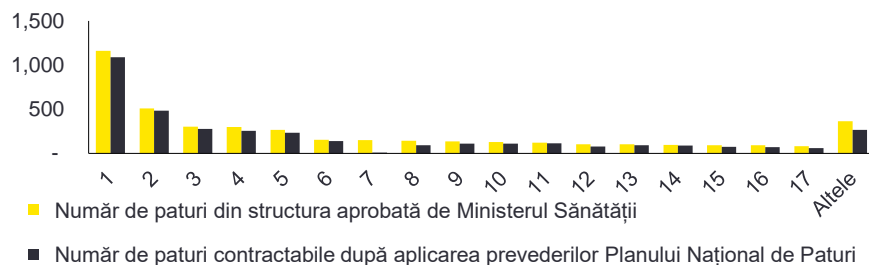
Tabel 12: Paturi contractate în Prahova

Nr.	Denumirea unității medicale (cu paturi)	Nr. de paturi din structura aprobată de Ministerul Sănătății	Nr. de paturi care pot fi contractate după aplicarea prevederilor din Planul național de paturi
1.	Spitalul județean de urgență Ploiești	1,160	1,090
2.	Spitalul psihiatric Voila Câmpina	510	485
3.	Spitalul municipal Câmpina	302	279

4.	Spitalul de obstetrică și ginecologie Ploiești	300	255
5.	Spitalul municipal Ploiești	267	232
6.	Spitalul General CF Ploiești	155	138
7.	Sc Patrik Medical Center Srl	149	10
8.	Spitalul de pneumoftiziologie Florești	144	94
9.	Spitalul de pediatrie Ploiești	135	110
10.	Spitalul orășenesc Băicoi	130	111
11.	Spitalul orășenesc Vălenii de Munte	120	115
12.	Sanatoriul SPA pentru copii	104	79
13.	Spitalul orășenesc „Sfânta Filoftea” Mizil	102	94
14.	Spitalul de ortopedie și traumatologie Azuga	95	89
15.	Spitalul orășenesc Sinaia	94	73
16.	Spitalul de pneumologie Drajna	94	69
17.	Sc Darius Medical Center Srl	81	61
18.	Spitalul de boli de plămâni Breaza	70	64
19.	Spitalul orășenesc Urlați	67	56
20.	Sc Centrul Medical Mediurg Srl	53	34
21.	Sc Sfanta Sofia Hospital Med Srl	48	2
22.	Sc Bestmed Serv Srl	38	34
23.	Sc Dentirad Hospital Srl	34	28
24.	Sc Spital Asmedica Srl	32	26
25.	Sc Wia Kineto Dent Srl	21	21

În plus, graficul de mai jos ilustrează aceeași diferențiere între numărul de paturi din structura aprobată de Ministerul Sănătății și numărul de paturi care pot fi contractate după aplicarea prevederilor din Planul național de paturi (în 2019), Spitalul Municipal Ploiești fiind menționat la poziția 5, iar Spitalul de Pediatrie Ploiești la poziția 9.

Figura 333: Diferențierea între numărul de paturi din structura aprobată de Ministerul Sănătății și numărul de paturi contractabile după aplicarea prevederilor Planului Național de Paturi (în anul 2019)



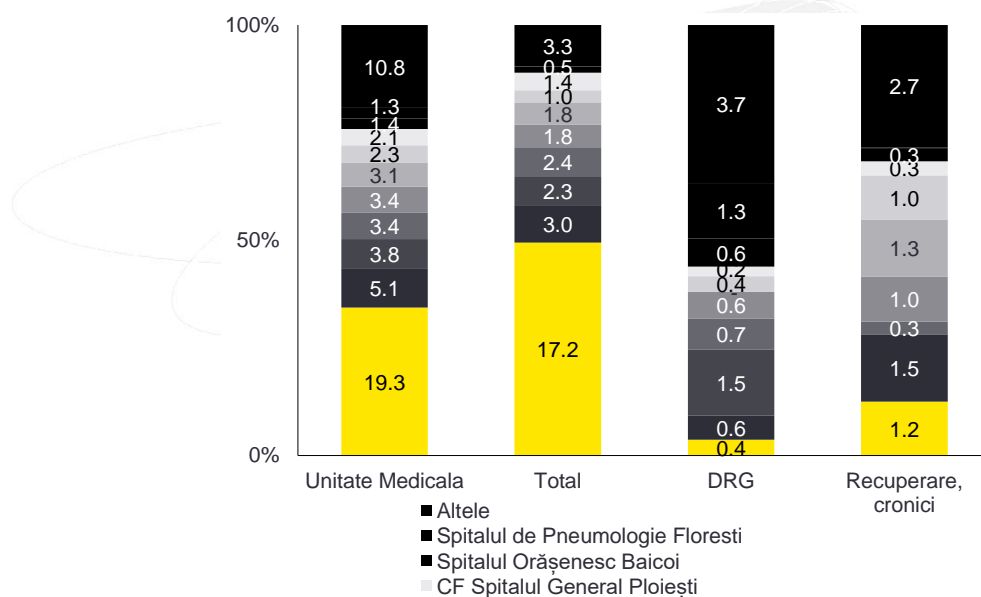
69

⁶⁹ Spitalele de la pozițiile 18 - 25 sunt grupate în categoria „Altele”.

Din datele furnizate de CAS Prahova cu privire la sumele contractate pentru servicii medicale cu internare în 2019 se rețin următoarele:

- Spitalele din județ au obținut în total 56,1 milioane EUR, cea mai mare sumă fiind obținută de Spitalul Județean de Urgență (19,3 milioane EUR); Spitalul Municipal Ploiești (evidențiat cu negru) și Spitalul de Pediatrie Ploiești (evidențiat cu galben) au contractat 3,4 milioane EUR și respectiv 3,1 milioane EUR;
- Din punct de vedere al DRG, ambele spitale (Spitalul Municipal Ploiești și Spitalul de Pediatrie Ploiești) au contractat fiecare câte 1,8 milioane EUR, iar pentru spitalizare de zi, Spitalul de Pediatrie a contractat suma de 1,3 milioane EUR, iar Spitalul Municipal a contractat suma de 1,0 milioane EUR.

Figura 344: Sumele contractate pentru servicii medicale cu internare în 2019 (milioane EUR)



În același timp, în Programul național de sănătate implementat la nivelul județului Prahova (tabelul de mai jos), Spitalul Municipal Ploiești are un rol esențial, absorbind aproximativ 83% din valoarea contractului județean (10,6 milioane EUR din suma totală de 12,8 milioane), în special în domeniul oncologie.

Tabel 13: Finanțarea din Programul național de sănătate și pe spitale în Prahova (2021)

Programul național de sănătate - valoare contract (milioane EUR)	Oncologie - medicamente în spital	Oncologie - cost-volum	Diabet	Boli endocrine	Ortopedie	Cardiovasculare	Hemofiliile și talasemie	Boli rare - purpură - medicamente în spital	Boli rare - cost-volum	Boli rare - boala Hunter	Radioterapie	Total
Spitalul județean de urgență Ploiești	0.2	0.1	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0	-	-	-	-	0.6
Spitalul municipal Câmpina	0.7	0.5	-	-	-	-	0.0	-	-	-	-	1.2
Spitalul municipal Ploiești	5.2	4.8	-	-	-	-	0.4	0.1	0.0	0.0	0.0	10.6
Spitalul de ortopedie Azuga	-	-	-	-	0.1	-	-	-	-	-	-	0.1
Spitalul de pediatrie Ploiești	-	-	-	-	-	-	0.1	-	-	0.3	-	0.4

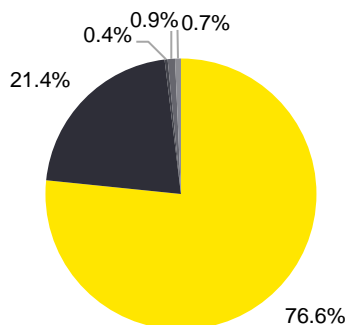
2.7 Finanțarea în domeniul sănătății - pentru Spitalul Municipal Ploiești și Spitalul de Pediatrie Ploiești

Din analiza conturilor existente de execuție a veniturilor și cheltuielilor, s-a determinat faptul că Municipality a primit finanțare de **29,4 milioane EUR** pentru SMP și SPP în 2021, din următoarele surse:

- **19,7 milioane EUR venituri din contracte cu CAS județeană Prahova:** veniturile pentru Spitalul municipal Ploiești au crescut de la aproximativ 13,3 milioane EUR în 2019 la 16,0 milioane EUR în 2021, iar în cazul Spitalului de pediatrie Ploiești, veniturile din această sursă au scăzut ușor (3,7 milioane EUR în 2021 față de 4,0 milioane EUR în 2019);
- **0,6 milioane EUR venituri din contracte încheiate cu direcțiile de sănătate publică din sumele alocate de la bugetul de stat:** veniturile din această sursă au rămas relativ constante în perioada 2019-2021, cu aproximativ 0,1 milioane EUR pentru Spitalul municipal Ploiești și 0,5 milioane EUR pentru Spitalul de pediatrie Ploiești;
- **0,3 milioane EUR subvenții de la bugetele locale pentru finanțarea cheltuielilor curente:** Spitalul municipal Ploiești a înregistrat venituri în creștere de la 0,1 milioane EUR în 2019 la 0,2 milioane EUR în 2021, iar veniturile pentru Spitalul de pediatrie Ploiești s-au menținut aproximativ constante, la aproximativ 0,02 milioane EUR

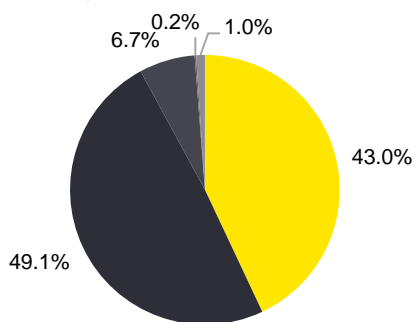
- **8,8 milioane EUR subvenții de la Fondul Național de Asigurări de Sănătate pentru a acoperi creșterile de salarii, inclusiv stimulentele de risc:** se observă o tendință de creștere la Spitalul municipal Ploiești, de la 4,3 milioane EUR în 2019 la 4,5 milioane EUR în 2021, dar și pentru Spitalul de pediatrie Ploiești, de la 4,1 milioane EUR în 2019 la 4,3 milioane EUR în 2021.

Figura 355 : Venituri - Spitalul municipal Ploiești (2021)



- Contracte cu casele de asigurări sociale de sănătate
- Subvenții de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate pentru acoperirea majorărilor salariale, inclusiv a stimulentele de risc
- Venituri din contractele încheiate cu direcțiile de sănătate publică din sumele alocate de la bugetul de stat
- Subvenții de la bugetele locale pentru finanțarea cheltuielilor curente
- Alte venituri

Figura 366: Venituri - Spitalul de pediatrie Ploiești (2021)



- Contracte cu casele de asigurări sociale de sănătate
- Subvenții de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate pentru acoperirea majorărilor salariale, inclusiv a stimulentele de risc
- Venituri din contractele încheiate cu direcțiile de sănătate publică din sumele alocate de la bugetul de stat
- Subvenții de la bugetele locale pentru finanțarea cheltuielilor curente

În ceea ce privește structura veniturilor, contractele cu casele de asigurări sociale de sănătate și subvențiile de la Fondul Național de Asigurări de Sănătate (pentru acoperirea creșterilor de salarii) reprezintă peste 90% din veniturile totale de operare în 2019-2021.

Însă ponderea surselor de venituri este diferită pentru cele două spitale:

- pentru Spitalul municipal Ploiești, aproximativ 77% din veniturile operaționale provin din contracte cu casele de asigurări sociale în 2021,
- pentru Spitalul de pediatrie Ploiești, această categorie de venituri a reprezentat aproximativ 43% din veniturile operaționale totale în 2021.



3. Evaluarea Spitalului Municipal și a Spitalului Pediatric din Ploiești și argumentele pentru construirea unei unități noi, care să ofere mai multe specialități de servicii medicale, în cadrul unui proiect de tip greenfield

3.1 Introducere

În cadrul secțiunii de față, vă prezentăm o evaluare a stării facilităților și echipamentelor de la spitalele existente care fac obiectul acestui proiect: Spitalul Municipal Ploiești (SMP) și Spitalul de Pediatrie (SPP). Datele referitoare la numărul de paturi existente în cadrul acestor unități spitalicești și la profilul serviciilor clinice oferite de acestea se află în Secțiunea 4, ca și datele privitoare la alte spitale din jud. Prahova care deservește aceeași populație.

Această secțiune aduce în discuție argumentele existente în sprijinul înființării unui nou spital (greenfield), care să înlocuiască spitalele SMP și SPP și explică de ce o nouă construcție constituie o opțiune mai bună decât renovarea clădirilor existente. De asemenea, sunt explicate și motivele pentru care un singur spital cu toate serviciile oferite în mod agregat în cadrul său reprezintă o opțiune mai bună decât recrearea aceluiași patern de spitale în locații izolate.

3.2 Starea actuală a SMP și SPP

SMP are patru unități localizate în amplasamente diferite. Prima unitate este o clădire în formă de „L” unde sunt găzduite funcțiile medicale și de diagnosticare. În a doua unitate este oncologia, unde se efectuează intervențiile pe specialitatea „oncologie”. O a treia unitate găzduiește un scanner CT, iar a patra unitate este una de reabilitare și fizioterapie. Pentru a trece în revistă profilul unităților cu toate serviciile clinice recomandăm consultarea Secțiunii 4.

Clădirea unde se află SPP a fost construită în anii 60, iar în 2003 a fost convertită în spital de pediatrie.

3.2.1 Facilități

Aceste unități sunt învechite și aflate într-o stare avansată de degradare. Niciuna dintre aceste unități nu prezintă capacitatea de extindere necesare pentru a fi reamenajate. Mai mult decât atât:

- Diversele funcții sunt împărțite în mai multe amplasamente (nu foarte apropiate unele de celelalte);
- Există o disparitate între calitatea spațiului și a mediului, la nivelul funcțiilor respective;
- Organizarea funcțională nu oferă o conexiune clară și rapidă între zonele de primire pacienți, diagnosticare și tratament;
- Zona de primiri nu are o suprafață suficientă;
- De exemplu, nu există sisteme vizibile și clare pentru comunicare și trafic și nici nu există legături între principalele puncte ale căilor de acces, cum ar fi lifturi, acces la scări, etc.;
- Coridoarele sunt prea înguste;
- Pentru saloanele cu paturi nu există unități de monitorizare centralizată (central nursing stations);
- În clădirile menționate nu există ventilatoare și sisteme de aer condiționat.

3.2.2 Dotări

Echipamentele de radioterapie de la Oncologie (SMP) includ un echipament de terapie cu raze X. În tabelul de mai jos veți regăsi lista echipamentelor radiologice de la SMP.

Tabel 14: Lista echipamentelor cheie de radiologie SMP

Dotări	Producător	Anul instalării	Funcțional/nefuncțional	Ore funcționare/zi	Grad utilizare medie/zi
CT	Toshiba Medical Systems Corporation	2013	Funcțional	6 ore/zi	12
Mamografie	GE Healthcare Finland oi	2007	Funcțional	6 ore/zi	4
Mamografie	Hologic	2019	Funcțional	6 ore/zi	7
Ultrasunete	Shenzhen Mindray Biomedical Electronics Co Ltd	2007	Funcțional	6 ore/zi	4
Ultrasunete	GE Ultrasound Korea	2017	Funcțional	6 ore/zi	8
Osteodensitometru (pt. măsurarea densității osoase)	GE Medical Systems Ultrasound & Primary Care Diagnostics	2016	Funcțional	6 ore/zi	9
T300 - radioterapie	Wolf-medizntechnik15 GmbH	2019	Funcțional	6 ore/zi	33

Ceea ce observăm din acest tabel este că unele dintre aceste dotări sunt relativ noi și mai au o durată de viață considerabilă.

Printre alte echipamente cu care sunt dotate aceste spitale, menționăm un echipament cu raze X (instalat în anul 2005) și un laborator, relativ nou, pentru biochimie, hematologie, serologie, citologie, histopatologie și patologie (pentru aceste specialități din urmă, laboratorul este localizat în altă parte). În bună parte, echipamentele de laborator sunt învechite, cu module și funcții automate și semiautomate.

Fotografiile cu aceste facilități și dotări puteți consulta în Anexa 19.

3.3 Opțiuni pentru noul spital

Sunt necesare investiții de capital. Principalele aspecte care trebuie avute în vedere sunt următoarele:

- Ce ar trebui să facă primăria: să renoveze spitalele existente sau să facă un plan de dezvoltare a unei unități noi, de la zero (proiect greenfield)?
- Dacă s-ar avea în vedere o nouă clădire, atunci ar trebui utilizat sistemul de funcționare existent (primăria să construiască secții noi în mai multe locuri) sau ar trebui să se aibă în vedere agregarea tuturor serviciilor clinice în același loc?

Aceste opțiuni sunt detaliate în cele ce urmează.

3.3.1 Renovare sau construire de la zero?

Recomandarea noastră este ca primăria să aibă în vedere un proiect nou (o facilitate nouă), de la zero. Motivul pentru care recomandăm acest lucru este acela că spațiile de la SMP și SPP necesită lucrări semnificative de reabilitare și modernizare. Aceste clădiri nu respectă cerințele din reglementările generale și, în unele situații, nu pot oferi servicii medicale la standarde aplicabile. Materialele utilizate în clădiri, precum și instalațiile electrice, de apă-canal, sistemele mecanice (**MEP**), sunt sub-optime. La acestea se adaugă și faptul că nu există sisteme mecanice de ventilație, încălzire și aer condiționat (**HVAC**). Acest lucru generează un consum de energie mare.

Coridoarele sunt prea înguste pentru mutarea liberă a pacienților; măsurile PSI sunt insuficiente, ceea ce poate crea un potențial pericol. În cadrul spitalului, legăturile dintre secții (de ex. dintre zonele de primire, diagnosticare și tratament) sunt inadecvate, ceea ce reduce eficiența, sporind cheltuielile operaționale.

Anumite funcții dispun de o capacitate insuficientă (de ex. primiriile), ceea ce creează anumite blocaje; nu există o separare clară a căilor de acces pentru pacienți și pentru personal, ceea ce face ca fluxul de pacienți să fie ineficient (de ex. intrările în lifturi, accesul la scări, coridoare). Aceste aspecte au un impact și asupra controlului infecțiilor. De asemenea, la nivel operațional, saloanele cu paturi sunt organizate fără acele unități de monitorizare centralizată (*central nursing stations*). În general, nici în zona pacienților, nici în zona vizitatorilor nu este creat un „mediu de însănătoșire”.

Pe scurt, re tehnologizarea și reamenajările vor fi costisitoare și nu vor putea avea drept consecință unități sustenabile unde să se poată oferi un act medical modern.

Alte beneficii ale unui proiect început de la zero (tip *greenfield*):

- Oferă posibilități de amenajare flexibilă, care pot fi bine planificate pentru a se putea obține eficiența operațională necesară.
- Poate genera economii pe termen lung, cu riscuri scăzute vizavi de probleme latente, cum ar fi materialele, structura, instalațiile care sunt menținute într-o renovare;
- Prin definiție, un amplasament *greenfield* (anterior neamenajat) nu a mai fost utilizat și prin urmare costurile de pregătire a zonei sunt minore;
- Locul respectiv nu se află într-o zonă urbană, prin urmare nu există rezidenți care să fie deranjați.

3.3.2 Spital unic, cu funcții multiple, sau mai multe spitale separate?

Recomandăm consolidarea (agregarea) tuturor funcțiilor spitalicești necesare care sunt avute în vedere pentru noul spital din Ploiești într-o singură unitate, construită de la zero pe un teren anterior neamenajat. Aceasta pentru că:

- Un spital nou construit permite proiectarea unui model de exploatare optim, construcția și exploatarea ca atare încă din primul moment;
- În acest fel, se poate asigura nu doar o operare eficientă, ci și ocazia de a putea regândi fluxul de pacienți și o abordare pe întreaga durată de viață a infrastructurii;
- Alte motive care vin în sprijinul ideii de a agrega funcțiile medicale sunt următoarele:
 - Spitalele care oferă servicii consolidate (agregate) permit o mai bună partajare a resurselor, de la serviciile de asistență medicală, cum ar fi imagistică și laboratoare, până la personalul medical și de asistență medicală.
 - Exemplele includ utilizarea în comun a personalului medical de gardă cu experiență profesională în curs de formare și extinderea rolului asistentelor medicale în zonele de tratare multidisciplinară a pacienților internați.
 - Infrastructura costisitoare, cum ar fi secțiile ATI și sălile de operație, poate fi, de asemenea, utilizată mai flexibil, ceea ce ar duce la o utilizare mai eficientă (și/sau la un număr mai mic de săli pentru început), dar și la o funcționare mai eficientă.
 - De exemplu, pacienții cu comorbidități pot beneficia de o îngrijire mai bună.
 - Multe spații trebuie întreținute, încălzite, etc. Prin urmare, prin agregare (consolidare) toate aceste necesități pot fi îndeplinite în modalități eficiente.
 - Serviciile-suport, cum ar fi primirea, evidența pacienților, managementul resurselor umane, contabilitatea, suportul IT, etc. devin mult mai costisitoare atunci când nu sunt furnizate în mod centralizat.

Prin urmare, multe sisteme publice de sănătate s-au orientat spre agregarea serviciilor de asistență medicală în locații unice, în cea mai mare parte nou construite.

3.3.3 Concluzii și recomandări

Clădirile existente ale spitalelor aflate în discuție sunt în mare parte vechi și nepotrivite și nu recomandăm renovarea acestora pentru a continua furnizarea de servicii medicale în aceleași unități. Cu toate acestea, unele dintre dotările medicale sunt relativ noi și nu au fost încă amortizate, iar acestea ar putea fi păstrate și mutate în noul spital din Ploiești (dacă este fezabil).

În plus, recomandăm construirea unui singur spital consolidat și nu reproducerea modelului existent care implică existența mai multor clădiri spitalicești în mai multe locuri.

4. Evaluarea decalajului dintre cerere și ofertă

4.1 Introducere

Această secțiune definește oferta existentă de paturi de spital de diferite categorii care sunt disponibile pentru a deservi persoanele care locuiesc sau care tranzitează zona de acoperire în care se află cele două spitale (SMP și SPP), adică orașul Ploiești. De asemenea, în cadrul secțiunii s-a efectuat o evaluare a cererii de servicii și paturi de spital în această zonă de acoperire. Secțiunea se încheie cu analiza decalajului între ofertă și cerere care trebuie acoperit de noul Spital PPP.

4.2 Zona de acoperire

Zonele de acoperire au fost stabilite pe baza analizei datelor pacienților aferente anului 2019.

Figura 377: Zonele de acoperire

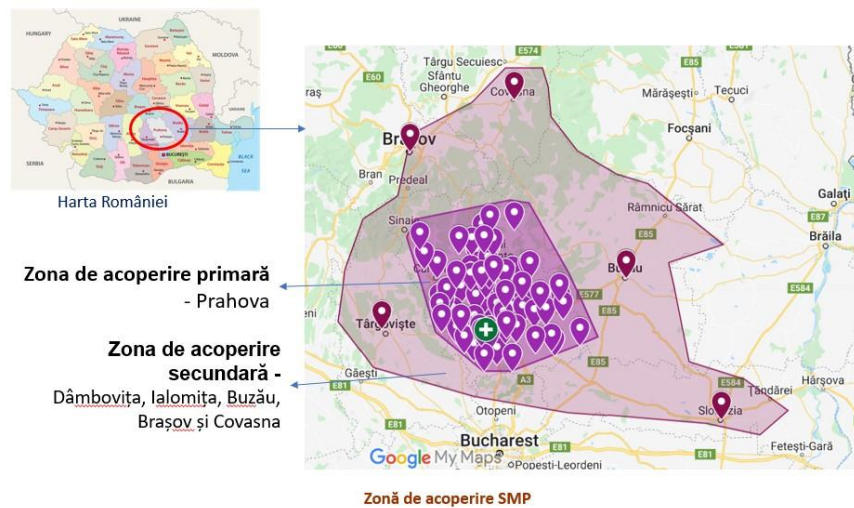
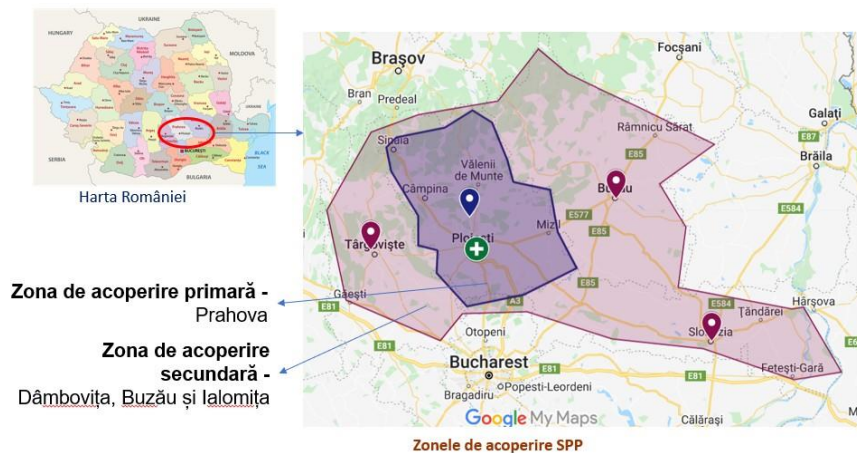


Figura 388: Zonele de acoperire

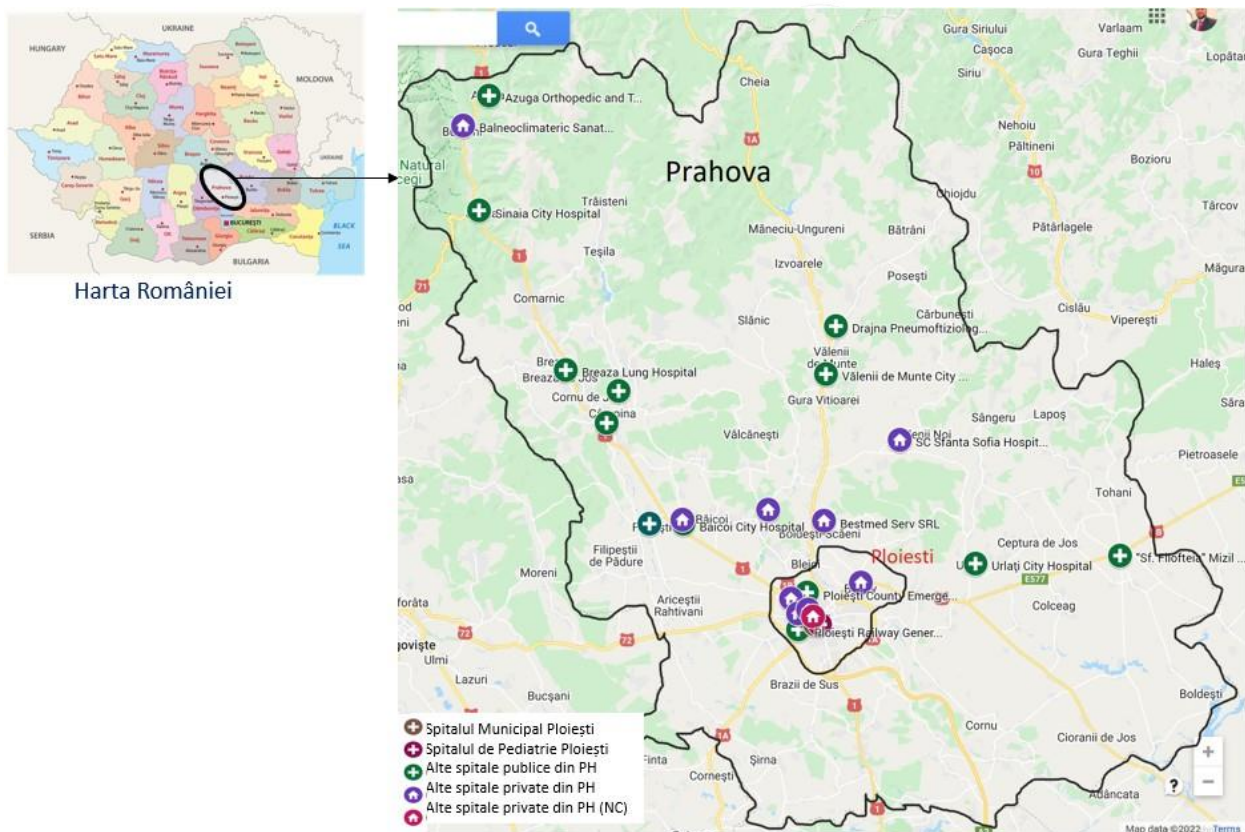


4.3 Evaluarea ofertei

4.3.1 Introducere

Conform datelor privind structura de paturi aprobată pentru 2019, puse la dispoziție de Municipality Ploiești și analizate⁷⁰, există în prezent 26 de spitale în județul Prahova, și anume 16 spitale publice (SMP, SPP și încă 14 spitale) și 10 spitale private. 25 din cele 26 de spitale sunt contractate conform structurii din Planul național de paturi, aprobat de MS pentru județul Prahova pentru anul 2019. Un spital privat (Spital Lotus SRL), indicat pe harta de mai jos, este spital necontractat (NC). 6 din cele 26 de spitale se află chiar în orașul Ploiești. Harta de mai jos arată locațiile tuturor celor 26 de spitale în raport cu orașul Ploiești.

Figura 399: Locația celor 26 de spitale din județul Prahova



4.3.2 Rezumat privind numărul de paturi în județul Prahova

Cele 26 de spitale din județul Prahova au în total 4.327 paturi. Dintre acestea, MS a aprobat 4.305 paturi pentru 25 de spitale⁷¹, dintre care 3.645 sunt descrise ca fiind disponibile pentru contractare (sau „operaționale”) conform prevederilor din Planul național de paturi, aprobat de MS (ordinul nr. 539/2019).

⁷⁰ Datele furnizate de Municipality privind numărul de paturi disponibile pentru contractare după aplicarea prevederilor din Planul național de paturi (aprobat prin ordinul MS nr. 539/2019).

⁷¹ Ibid

Este important de menționat că un pat operațional, sau contractat, în cadrul schemei de asigurări de sănătate, este un pat care primește finanțare publică de la CNAS.

Cele 25 de spitale cu care CNAS are contracte în județul Prahova sunt SMP, SPP și 23 din restul de spitale (14 spitale publice și 9 spitale private). În continuarea prezentului Raport ne vom referi la aceste 14 spitale publice și 9 spitale private de mai sus (în total 23) ca fiind „celelalte spitale din Prahova”.

Tabelul de mai jos prezintă o evaluare de ansamblu a tuturor paturilor din județul Prahova.

Tabel 15: Evaluare la nivel înalt a ofertei de paturi în spitale în Prahova

Paturi	Cifre	Măsurători
Total paturi de spital în județul Prahova (26 spitale)	4.327	
Total paturi aprobate de MS (25 spitale contractate inclusive SMP și SPP)	4.305	Cu 22 de paturi mai puțin decât totalul paturilor de spital din județul Prahova (Spitalul Lotus SRL)
Paturi operaționale (contractate către CNAS)	3.645	Reprezintă 85% din totalul de paturi aprobate la cele 25 de spitale contractate (cu 660 de paturi mai puțin decât numărul total de paturi aprobate)
Paturi operaționale cazuri cronice	830	Reprezintă 23% din paturile operaționale
Paturi operaționale cazuri acute	2.815	Reprezintă 77% din paturile operaționale
- Acute operaționale – medicale	1.821	Reprezintă 50% din paturile operaționale pentru cazuri acute
- Acute operaționale – chirurgicale	995	Reprezintă 27% din paturile operaționale pentru cazuri acute

4.3.3 Date privind celelalte spitale din Prahova

Tabelul de mai jos oferă informații de nivel înalt privind numărul de paturi, amplasarea și populația deservită pentru Celelalte Spitale din Prahova (adică altele decât SMP și SPP, pentru care detaliile sunt furnizate separat), împreună cu comentarii privind accesibilitatea acestora, acolo unde este cazul.

Tabel 16: Detalii privind celelalte spitale din Prahova

Nr.	Denumire spital	Public/Privat	Număr de paturi aprobat de MS	Numărul paturilor operaționale (contractate în 2019)	Locație	Populație deservită în zonele primare de acoperire
1	Spitalul de ortopedie și traumatologie Azuga	Public	95	89	Azuga	4.805
2	Spitalul de boli pulmonare din Breaza	Public	70	64	Breaza	15.928
3	Spitalul de pneumoftiziologie Drajna	Public	94	69	Drajna	5.168
4	Spitalul orășenesc Sinaia	Public	94	73	Sinaia	11.469

Nr.	Denumire spital	Public/Privat	Număr de paturi aprobat de MS	Numărul paturilor operaționale (contractate în 2019)	Locație	Populație deservită în zonele primare de acoperire
5	Spitalul municipal Câmpina	Public	302	279	Câmpina	37.378
6	Spitalul psihiatric Voila	Public	510	485	Câmpina	37.378
7	Spitalul orășenesc Băicoi	Public	130	111	Băicoi	19.006
8	Spitalul de pneumoftiziologie Florești	Public	144	94	Florești	7.852
9	Spitalul orășenesc "Sf. Filofteia"	Public	102	94	Mizil	16.372
10	Spitalul județean de urgență Ploiești	Public	1.160	1.090	Ploiești	232.302
11	Spitalul general CF Ploiești	Public	155	138	Ploiești	232.302
12	Spitalul de obstetrică și ginecologie Ploiești	Public	300	255	Ploiești	232.302
13	Spitalul orășenesc Urlați	Public	67	56	Urlați	11.614
14	Spitalul orășenesc Vălenii de Munte	Public	120	115	Vălenii de Munte	13.598
15	Sanatoriul balneoclimateric pentru copii Bușteni	Privat	104	79	Bușteni	9.819
16	Centrul medical Mediurg SRL	Privat	53	34	Păulești	6.148
17	Wia Kineto - Dent SRL	Privat	21	21	Slănic	5.888
18	Bestmed Serv SRL	Privat	38	34	Boldesti-Scaeni	11.589
19	Darius Medical Center SRL	Privat	81	60	Plopeni	9.031
20	Spitalul Dentirad SRL	Privat	34	27	Plopeni	9.031
21	SC Patrik Medical Center SRL	Privat	149	9	Băicoi	19.006
22	SC Sfânta Sofia Hospital Med SRL	Privat	48	2	Măgurele	4.729
23	Sc Spital Asmedica SRL	Privat	32	25	Bucov	11.290
Total			3.903	3.303		964.005

4.3.4 Profilul de servicii clinic al paturilor operaționale din Prahova

Alocarea paturilor pe diferitele secții este descrisă drept „**Profilul de servicii clinice**”. Acest profil descrie gama de servicii furnizate la aceste unități medicale și reprezintă un element important de analiză, care determină în ce măsură paturile operaționale îndeplinesc cerințele pentru tipurile de servicii medicale necesare în județ din punct de vedere al distribuției. De exemplu, este posibil să existe un număr adecvat de paturi, dar distribuția acestor paturi să nu îndeplinească nevoile epidemiologice ale locuitorilor din zona de acoperire.

Tabelul de mai jos rezumă profilul de servicii clinice al paturilor operaționale din județul Prahova și alocarea acestora în categoriile de îngrijire acută și cronică, precum și distribuția paturilor de îngrijire acută în categorii de paturi medicale și paturi pentru îngrijire chirurgicală⁷².

Tabel 17: Profilul de servicii clinic al paturilor operaționale pentru internare din Prahova

Secții	Îngrijire acută				Îngrijire cronică	Total
	Med	Chirurg	Flexibile ⁷³	Total		
Medicină generală	550			550	43	593
Cardiologie	113			113		113
Endocrinologie	38			38		38
Gastroenterologie	25			25		25
Boli infecțioase	50			50		50
Pneumologie	160			160	122	282
Oncologie medicală	77			77		77
Psihiatrie	378			378	186	564
Dermatologie	22			22		22
Hematologie	30			30		30
Reumatologie	33			33		33
Neurologie	95			95		95
Reabilitare și fizioterapie				0	291	291
Îngrijire paliativă				0	82	82
Chirurgie generală		286		286		286
Chirurgie plastică		28		28		28
Oncologie chirurgicală		0		0		0
Neurochirurgie		30		30		30
Nefrologie		77		77		77
Obstetrică și gynecologie		236		236		236
Oftalmologie		27		27		27
ENT		53		53		53
Chirurgie cardiacă		10		10		10
Ortopedie		108		108		108
Pediatrie			222	222		222
Chirurgie pediatrică și ortopedie		20		20		20
Neonatologie			107	107		107
Boli infecțioase pediatrice	30			30		30
Reabilitare pediatrică				0	61	61
Psihiatrie pediatrică	10			10	45	55
Total	1.611	875	329	2.815	830	3.645

⁷² Ibid

⁷³ Aici, flexibil înseamnă paturi care pot fi folosite atât pentru tratamente medicale, cât și pentru tratamente chirurgicale

4.3.5 Prezentare pe scurt a SMP și a SPP

Tabelul de mai jos prezintă un rezumat al principalelor date privind SMP.

Tabel 18: Date privind SMP

Parametru	SMP - Informații
Descriere generală	<ul style="list-style-type: none"> ○ Spital de categoria IV⁷⁴, care oferă o serie de servicii de îngrijire medicală pentru populația din județul Prahova și pentru pacienți din județele învecinate. ○ Există în total 24 de unități (a se vedea Anexa 11), dar serviciile clinice cu internare la SMP sunt furnizate în 4 locații (Clădirea A, 4.814 mp, Clădirea K 1.415 mp, Clădirea L 1.190 mp și Clădirea V 647 mp), existând și câteva duplicări de servicii între aceste locații. În plus, mai există și clinici de tratament în ambulator și diferite clădiri administrative, precum și unele care furnizează servicii non-clinice, cum ar fi servicii de sterilizare ○ Deși SMP este autorizat să furnizeze tratamente chirurgicale, la momentul compilării raportului, niciunul dintre paturile chirurgicale nu era operațional și, ca urmare, în prezent nu se înregistrează proceduri chirurgicale întreprinse la SMP. La SMP nu s-au mai făcut operații de zece ani ○ Echipamentele de la secția de radiologie (imagistică) se încadrează în ciclul de viață sau sunt la sfârșitul ciclului lor de viață, fiind instalate în ultimii 6-7 ani ○ SMP furnizează servicii de radioterapie pentru pacienții cu cancer, folosind echipamente de radioterapie cu raze X, instalate recent
Vechimea	Cea mai veche clădire este din 1895, iar restul unităților au fost construite în secolul 20. Detaliile sunt prezentate în tabelul de mai jos.
Servicii clinice furnizate	<ul style="list-style-type: none"> ○ Medicină internă, ○ Cardiologie, ○ Gastrointestinale, ○ Reumatologie, ○ Oncologie medicală (chimioterapie), ○ Radioterapie oncologică, ○ Servicii post-acute: Fizioterapie (reabilitare cu internare) și reabilitare neurologică ○ Clinici de tratament în ambulator ○ Medicină ocupațională ○ Laborator și imagistică de diagnostică
Paturi operaționale	254 (232 Internare și 22 Internare de zi) (Structura de paturi aprobată pe 2019) 256 (234 Internare și 22 Internare de zi) (Structura de paturi aprobată pe 2021)
Număr de săli de operație (SO) operaționale	Niciuna

Tabel 19: Informații privind istoria SMP (conform website-ului)

⁷⁴ Pentru a vedea o explicație a clasificării spitalelor în sistemul de sănătate din România, a se consulta Secțiunea 2

Anul	Paturi	Informații privind istoria SMP conform website-ului
1881	20	Spitalul a fost inițial într-o casă privată de pe strada Ștefan cel Mare. Spitalul a început cu activități de chirurgie.
1895	45	Clădirea proprie a spitalului, inaugurată în strada Rudului. Parte din Spitalul Municipal nr. 1 încă mai funcționează în această clădire.
1898		Activitatea de chirurgie a pornit de la început. Din 1949 se numește Spitalul Schuller sau Spitalul de chirurgie Schuller-Sfetescu. Dezvoltarea secției de boli interne. Începe funcționarea a două spitale (Chirurgie și Medicină internă).
1934-1935	100	Renovat. Se adaugă servicii de radiologie.
1947	200	Două spitale (Medical și Chirurgie) reunite. Denumit Spitalul Central Ploiești. Numai Medicină internă și Chirurgie
1950	305	Sunt introduse secții noi, ENT, oftalmologie, reumatologie, neurologie și cardiologie
1951		Spitalul se unește cu policlinica și devine Spitalul Municipal pentru adulți nr. 2 Ploiești
1956		Extinderea policlinicii. Este construit un etaj. Se mărește numărul de cabinete pentru câteva specialități medicale.
1957		Clădirea din strada Rudului - nr. de paturi mărit pentru epidemia de hepatită
1959		Salon nou de oncologie pentru tratarea cu internare a neoplaziilor
1961		Clădire nouă construită, cu spațiu pentru 50 de paturi pentru pacienți oncologici
1964		Transformarea spitalului unit pentru adulți în spitalul municipal de urgență nr. 1 Ploiești. În acest scop se asigură 94 de paturi pentru urgențe chirurgicale, 36 de paturi pentru urgențe medicale și 16 paturi pentru secția de anestezie și resuscitare
1968		Se înființează centrul de explorări funcționale. Se extinde laboratorul clinic la secția de urgențe
1981	820	Spital medical-chirurgical de urgență de reumatologie, oncologie, ENT, oftalmologie, neurologie, psihiatrie

No. of beds = Număr de paturi; Year = An.

Tabelul de mai jos prezintă un rezumat al principalelor date privind SPP.

Tabel 20: Date privind SPP

Parametru	SPP - Informații
Descriere general	<ul style="list-style-type: none"> ○ Spital de categoria V⁷⁵, care oferă îngrijire pediatrică chirurgicală, medicală și terapie intensivă pentru copiii din Prahova și din județele învecinate ○ În prezent spitalul funcționează în 3 locații, fără duplicarea serviciilor între aceste locații (a se vedea tabelul din Anexa 11). Două dintre unități sunt mici, de 804 mp și 851 mp, iar cea de a treia este de 3.690 mp ○ Spitalul are paturi de internare, paturi de terapie intensivă și paturi de internare de zi complet operaționale ○ Nu există infrastructură adecvată, de exemplu toalete în saloane, iar aceasta nu duce la o bună îngrijire a pacienților

⁷⁵ Pentru a vedea o explicație a clasificării spitalelor în sistemul de sănătate din România, a se consulta Secțiunea 2

Parametru	SPP - Informații
Vechime	<ul style="list-style-type: none"> ○ Clădirea principală a SPP a fost construită între 1950 și 1960, iar sursele oficiale precizează că aceasta nu poate fi adaptată la cerințele moderne în vederea aprobării și acreditării. Celelalte două clădiri au fost finalizate în 2003. ○ Nu intră în discuție modernizarea unității pentru a îi permite să ofere specialitățile pediatrice de care este nevoie pentru a satisface cererea.
Servicii clinic furnizate	<ul style="list-style-type: none"> ○ Servicii medicale pediatrice ○ Chirurgie pediatrică ○ Ortopedie pediatrică ○ Salon pediatric de urgență (nu există paturi de urgență) ○ Unitate de terapie intensivă pediatrică (TIP) ○ Unitate de transfuzii de sânge ○ Laborator și radiologie și imagistică de diagnostic
Paturi operaționale	<p>110 paturi de internare, 8 paturi de internare de zi în plus, există 8 paturi de terapie intensivă pediatrică (PATI)⁷⁶ (structura de paturi aprobată pe 2019)</p> <p>117 paturi de internare, 8 paturi de internare de zi în plus, există 8 paturi de terapie intensivă pediatrică (PATI) (structura de paturi aprobată pe 2021)</p>
Numărul sălilor de operație (SO) operaționale	1

Tabelul de mai jos descrie profilul de servicii clinice ale unităților SPM și SPP combinate.

Tabel 21: Serviciile clinice ale SMP și SPP combinate

Categorie	Subcategorie	Secție	Paturi existente (contractate și funcționale) la SMP și SPP în 2021 (inclusiv clasificarea)				
			Total	Subtotal	Îngrijire acută	Îngrijire cronică	Îngrijire de zi
Medicină	Medicină internă	Medicină generală	122	63	57	-	6
		Hematologie		20	20	-	-
		Reumatologie		39	35	-	4
	Oncologie	Oncologie medicală (chimioterapie)	85	68	60	-	8
		Radioterapie oncologică		17	17	-	-
	Pediatrie	Servicii medicale pentru sugari	95	42	42	-	-
Pediatrie 3-18 ani		53		53	-	-	
Chirurgie	Adulți	Chirurgie generală	30	-	-	-	-
		Urologie		-	-	-	-
	Pediatrie	Chirurgie general și ortopedie		30	22	-	8
Terapie intensivă		TIP	8	8	8	-	-
		HDU		-	-	-	-
		TI		-	-	-	-
Îngrijire post-acute		Recuperare neurologică	49	13	-	13	-

⁷⁶ În cadrul sistemului de sănătate din România, paturile de PATI nu sunt contractate ca atare, fiind finanțate din cei 6% suplimentari din bugetul alocat (1% alocat pentru paturile de ATI)

Categorie	Subcategorie	Secție	Paturi existente (contractate și funcționale) la SMP și SPP în 2021 (inclusiv clasificarea)				
			Total	Subtotal	Îngrijire acută	Îngrijire cronică	Îngrijire de zi
		Reabilitare medicală și fizioterapie		36	-	32	4
		Îngrijire paliativă		-	-	-	-
		Unitate de dializă	-	-	-	-	-
Total			389	389	314	45	30
Urgență		Secție de urgență (copii)	-	-	-	-	-
		Secție de urgență (adulți și copii)	-	-	-	-	-
Total general			389	389	314	45	30

4.4 Evaluarea cererii și estimarea decalajului între cerere și ofertă la unitățile clinice

4.4.1 Introducere

În această subsecțiune evaluăm cererea și decalajul dintre ofertă și cerere în cazul paturilor pentru internare, referindu-ne la paturile de îngrijire acută și paturile de îngrijire cronică.

La această fază de dezvoltare a proiectului, raportul nu a luat în calcul activitățile curente privind programul de investiții în infrastructura de Spitale Regionale. Master planurile regionale sunt încă în dezvoltare și o parte din finanțare a fost identificată și aprobată de către UE. Au existat discuții inițiale cu MS, dar numai la nivel înalt, iar informațiile privind master planurile care au fost deja elaborate nu au fost comunicate la acest moment.

În faza detaliată de pregătire (/ „due diligence”) (faza 1), echipa va căuta să relaționeze în continuare cu autoritățile cu responsabilități în domeniu, pentru a se asigura că impactul acestor planuri asupra cererii și ofertei de servicii spitalicești în și în jurul Ploieștiului este analizat cu atenție și luat în considerare la dezvoltarea și dimensionarea în continuare a acestui proiect.

4.4.2 Paturi pentru îngrijire acută și pentru îngrijire cronică – Decalajul între cerere și ofertă

a. Introducere

Metodologia pentru a deriva cererea de paturi de îngrijire acută și cronică la spitalul PPP din Ploiești a fost realizată pentru a îndeplini obiectivele acestui mandat, ținând seama de datele care erau deja disponibile și de limitările acestora. Metodologia este formată din 3 pași elaborați mai jos.

b. Pasul 1 – Stabilirea reducerii numărului de zile de internare ca urmare a introducerii măsurii de eficiență a DMI⁷⁷

- Mai întâi au fost obținute datele privind pacienții internați aferente anului 2019⁷⁸ pe DRG în România⁷⁹ la nivelul SMP, SPP și al Celorlalte Spitale din Prahova. Aceste date sunt publicate pe website-ul oficial al Școlii Naționale de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar, București (www.drg.ro).
- Din acestea, au fost extrase numărul de zile de internare și mixul de cazuri, raportate folosind RO DRG, utilizate în 2019. De asemenea, au fost extrase și DMI aferente. Aceste date sunt cuprinse în Anexele 1, 2 și 3 pentru SMP, SPP și respectiv Celelalte Spitale din Prahova. Datele sunt prezentate în funcție de RO DRG, separate pe cazuri medicale și chirurgicale pe de o parte și acute și cronice pe de altă parte.
- Pe scurt, în 2019 au existat:
 - 7.611 internări în spital, rezultând 57.815 zile de internare la SMP acoperind 129 RO DRG;
 - 5.283 internări în spital, rezultând 20.073 zile de internare la SPP acoperind 220 RO DRG; și
 - 100.510 internări în spital, rezultând 840.080 zile de internare la celelalte 20 de spitale, acoperind 572 RO DRG.
- Indexul mixt ICM-Mixed House Index (**ICM-MHI**) furnizează datele de referință la nivel național pe RO DRG pentru DMI pentru cazuri acute, acestea fiind considerate țintele recomandate pe care să le realizeze toate spitalele din România. Acestea au fost folosite în analiză ca ținte pentru măsurile de îmbunătățire a eficienței.
- Deoarece ICM-MHI nu oferă o referință privind DMI pentru îngrijirea cronică, au fost folosite valorile de referință internaționale recomandate privind DMI pentru îngrijirea cronică⁸⁰. Pentru a folosi aceste surse de date, au fost cartografiate DRG-urile românești în corespondență cu DRG-urile publicate de Organizația Mondială a Sănătății (**OMS**) în ICD-10⁸¹.
- Ne referim la aceste ținte privind DMI ca fiind Măsura de eficacitate 1 „**ME1**”.
- S-a folosit ME1 pentru a evalua *proporțional* numărul de zile de internare care ar fi fost utilizate la SMP, la SPP și la Celelalte Spitale din Prahova pentru aceeași activitate de internare în 2019, dacă SMP și SPP ar fi realizat durata medie de internare (DMI) stabilită ca țintă.

⁷⁷ DMI este un acronim care înseamnă durata medie a internării. Durata internării (DI) este numărul de zile în care un pacient este internat în spital pentru a beneficia de un episod de tratament pentru un anumit diagnostic DRG. DMI arată durata medie pentru o secție sau pentru un spital sau pentru un sistem de sănătate (de obicei reiese din text la care anume se referă această medie)

⁷⁸ Am convenit cu Ploiești ca analiza noastră să se bazeze pe datele din 2019, deoarece datele pentru anii 2020 și 2021 au fost considerate nereprezentative din cauza pandemiei de COVID-19. Ca urmare, am folosit și datele pentru 2019 cu privire la paturi, pentru ca analiza să fie compatibilă

⁷⁹ DRG este acronim pentru Diagnostic-Related Group (grupă de diagnostice asociate), acesta fiind un sistem folosit pentru clasificarea cazurilor din spitale în mixul de cazuri pe care le gestionează un spital. Acesta se folosește în mod frecvent pentru a raporta activitatea pacienților și a determina decontările pe baza cazurilor tratate la spital (ieșirile) în raport cu costul resurselor de intrare. România și-a dezvoltat propriul sistem de DRG (numită clasificarea RO DRG în acest raport), deși unele dintre tabelele de date au furnizat o cartografiere între RO DRG și DRG al OMS (a se vedea mai departe)

⁸⁰ De exemplu, media pe OCDE 28 țări www.stats.oecd.org

⁸¹ Clasificarea internațională a bolilor (ICD) se folosește pentru clasificarea cauzelor de morbiditate și mortalitate în îngrijirea primară, secundară și terțiară. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a elaborat ICD pentru înregistrarea, analiza și interpretarea sistematică a statisticilor de morbiditate și mortalitate pentru a promova comparabilitatea internațională a clasificării și prezentării datelor privind bolile pe tot globul. ICD-10 s-a publicat în 2019.

- Rezumatul acestei analize de la pasul 1 este prezentat în tabelul de mai jos.

Tabel 22: Numărul de paturi după aplicarea ME1

Spital	Zile de internare 2019			Zile de internare după ME1			Diferența (%)		
	Îngrijire acută	Îngrijire cronică	Total	Îngrijire acută	Îngrijire cronică	Total	Îngrijire acută	Îngrijire cronică	Total
SMP	43.052	14,763	57.815	35.396	20.006	55.402	-18%	+36%	-4%
SPP	20.073	-	20.073	27.642	N/A	27.642	+38%	N/A	+38%
Celelalte spitale din Prahova	539.085	300.995	840.080	535.746	266.000	801.746	-1%	-12%	-5%

Sunt prezentate următoarele observații:

- Este posibilă reducerea zilelor de internare în îngrijirea acută pentru adulți prin aplicarea valorii DMI recomandată de ICM-MHI;
- Internările pentru îngrijire acută la SMP sunt prea scurte, probabil reflectând un mix de cazuri de complexitate scăzută;
- Pacienții cronici de la SMP necesită o DI mai lungă în comparație cu valorile de referință internaționale; și
- Se poate obține o reducere totală modestă a numărului de zile de internare prin realizarea țintelor de DMI.

c. Pasul 2 – Stabilirea, pentru SMP, SPP și Celelalte Spitale din Prahova, a numărului aferent de paturi de internare necesar, rezultat din introducerea măsurii de eficacitate privind ROP⁸² (pe lângă ME1)

- ICM-MHI oferă o valoare de referință națională a ROP pentru îngrijirea acută și cronică, aceasta aplicându-se la modul general pentru toate RO DRG. Aceste valori sunt 79% (290 zile) în cazul îngrijirii acute și 87% (320 zile) în cazul îngrijirii cronice. Acestea sunt considerate ținte recomandate ale valorilor ROP care să se realizeze în toate spitalele din România. Am folosit acestea în analiza noastră ca ținte pentru măsurile de îmbunătățire a eficienței. Ne referim la aceste ținte privind ROP ca fiind Măsura de eficacitate 2 „ME2”.
- Am folosit ME2 pentru a evalua proporțional (cumulativ cu ME1) numărul de zile de internare care ar fi fost utilizate la SMP, la SPP și la Celelalte Spitale din Prahova pentru aceeași activitate de internare în 2019, dacă SMP și SPP ar fi realizat valoarea țintă a ROP.

Rezumatul acestei analize de la pasul 2 este prezentat în tabelul de mai jos. Detaliile privind aplicarea analizelor de la pasul 1 și pasul 2 pe RO DRG sunt prezentate în Anexele 1, 2 și 3 pentru SMP, SPP și Celelalte Spitale din Prahova.

82 ROP este un acronim pentru rata de ocupare a paturilor, care se calculează împărțind numărul de nopți în care un pat este ocupat într-un an cu 365. ROP se poate calcula în raport cu o DRG, o secție, un spital sau pentru un sistem de sănătate.

Tabel 23: Numărul de paturi după aplicarea ME1 și ME2

Spital	Paturi de internare 2021			Paturi de internare după EM1 și EM2			Diferența (%)		
	Îngrijire acută	Îngrijire cronică	Tot al	Îngrijire acută	Îngrijire cronică	Tot al	Îngrijire acută	Îngrijire cronică	Tot al
SMP	189	45	234	123	63	186	-35%	+40%	- 21 %
SPP	117	-	117	96	-	96	-18%	N/A	- 18 %
SMP și SPP combinate	306	45	351	219	63	282	-28%	+40%	- 20 %
Alte spitale din Prahova	2,518	785	3,303	1,858	838	2,696	-26%	+7%	- 18 %

Observăm că este posibil să se reducă paturile de internare la toate categoriile prin aplicarea ME1 și ME2. În ceea ce privește unitățile SMP și SPP combinate, aceasta înseamnă o reducere de la 351 de paturi de internare la 282 de paturi de internare, respectiv 20%.

Am aplicat această reducere totală de 20% pe secții clinice, pentru a stabili impactul aplicării ME1 și ME2 la nivelul profilului de servicii clinice pentru SMP și SPP combinate..

d. Pasul 3 – Evaluarea activității de internare excedentare la Celelalte Spitale din Prahova, care ar putea fi absorbită de noul spital PPP.

Aplicarea ME1 și ME2 la Celelalte Spitale din Prahova a generat următoarele rezultate:

- O reducere a numărului total de paturi de îngrijire acută la 1.858 (de la 2.518 paturi, adică există un excedent de 660 de paturi); și
- O creștere a numărului total de paturi de îngrijire cronică la 836 (de la 785 paturi, adică există un deficit de 51 de paturi).

În ciuda excedentului de paturi de îngrijire acută, analiza arată că există un deficit de ofertă la următoarele secții:

- Neurologie (120 paturi)
- Chirurgie cardiacă (30)
- Gastroenterologie (27)
- Neonatologie (8)
- Oncologie medicală (6)
- Hematologie (6)
- Oncologie chirurgicală (2)

De asemenea, în ciuda deficitului total de 51 de paturi de îngrijire cronică, analiza pe secții arată un deficit mai semnificativ pe următoarele secții:

- Reabilitare și fizioterapie (106)
- Medicină generală (20)
- Îngrijire paliativă (17)
- Pneumologie (8)
- Reabilitare pediatrică (2)

Ca urmare, spitalul PPP din Ploiești poate să își mărească capacitatea pentru a acoperi deficitul de la aceste secții esențiale de îngrijire acută și cronică.

4.5 Capacitatea și profilul de servicii clinice recomandat pentru noul spital PPP

Din analiza de mai sus și în scopul îndeplinirii obiectivului stabilit pentru acest raport, de a analiza accesibilitatea din punct de vedere al prețului pentru un nou spital, în raport cu nevoile de îngrijire spitalicească din zona de acoperire, au fost analizate două scenarii:

- un spital cu **302 paturi** cu o replicare a serviciilor furnizate în prezent de SMP și de SPP, dar într-un mod mai eficient și mai eficace; sau
- un spital cu **412 paturi** care să fie ridicat (din perspectiva clasificării) la Categoria III urgență și să ofere și operații chirurgicale, printre alte servicii.

Prezentăm acestea sub forma a două scenarii de dezvoltare a noului spital PPP, fiecare reflectând capacități și profiluri de servicii clinice diferite. Acestea sunt numite **Scenariul 1** și **Scenariul 2**. La dezvoltarea acestor scenarii ne-am ghidat după rezultatul analizelor efectuate la Pașii 1, 2 și 3 și s-au adoptat următoarele principii:

- A fost mărită oferta de paturi de internare de zi (a se vedea secțiunea privind planificarea funcțională) și reduse paturile de internare;
- Au fost făcute alocări adecvate pentru categoriile de paturi de internare pentru îngrijire cronică și acută; și
- A fost mărită oferta de paturi de îngrijire post-acute (a se vedea detaliile în Anexa 5).

Și, în mod specific pentru Scenariul 1:

- S-a păstrat categoria noului spital PPP așa cum este, la nivelul V și respectiv IV pentru SMP și SPP;
- Se continuă oferirea de servicii de trimitere medicală pentru adulți și asistență de urgență și servicii chirurgicale pentru copii (cu oferirea unei unități elementare de tratament și monitorizare intensivă - HDU) și se introduc măsurile de eficacitate ME1 și ME2;

- Se introduc servicii de dializă (15 paturi ca dimensiune minimă pentru viabilitatea economică a serviciilor de dializă. A se vedea detaliile în Anexa 6); și
- Sunt oferite mai multe servicii chirurgicale cu internare de zi pentru adulți și pentru copii (a se vedea detalii în Anexa 7).

De asemenea, în mod specific pentru Scenariul 2:

- Spitalul este ridicat (din perspectiva clasificării) la Spital municipal de urgență categoria III;
- Este reintrodusă secția de chirurgie. Analiza epidemiologică arată că există un mare deficit de peste 42.000 intervenții chirurgicale pe an în județul Prahova, pentru care sunt necesare încă 1225 paturi. Mai multe detalii sunt furnizate în Anexa 8; și
- Sunt introduse mai multe paturi de îngrijire post-acute. Analiza celorlalte spitale din Prahova arată că este nevoie de paturi de reabilitare post-acute și de paturi de îngrijire paliativă la nivel de județ (a se vedea Anexa 5). În plus, literatura sugerează că este nevoie de astfel de servicii pentru populația vârstnică, în special în cazul bolilor neurologice și musculo-scheletale.

Important: la această etapă, scenariile nu reprezintă o recomandare în ceea ce privește profilul viitor al spitalului municipal, ci un scenariu de caz cu varianta minimă și varianta maximă, pentru a analiza accesibilitatea investiției din punct de vedere al costurilor.

Coperta tabelului rezumă profilul de servicii clinice pentru fiecare scenariu. Detaliile privind cerințele funcționale sunt prezentate în secțiunea următoare a raportului.

Tabel 24: Profilul de servicii clinice în Scenariul 1 (302 paturi) și Scenariul 2 (412 paturi)

Categorie	Sub-Categorie	Secție	Distribuție propusă a paturilor în plan funcțional pentru fiecare scenariu									
			Scenariul 1 – 302 paturi					Scenariul 2 – 412 paturi				
			Total	Subtotal	Îngrijire acută	Îngrijire cronică	Îngrijire de zi	Total	Subtotal	Îngrijire acută	Îngrijire cronică	Îngrijire de zi
Medicină	Medicină internă	Medicină generală	109	57	36	15	6	109	57	36	15	6
		Hematologie		17	10	5	2		17	10	5	2
		Reumatologie		35	26	5	4		35	26	5	4
	Oncologie	Oncologie medicală (chimioterapie)	35	25	-	5	20	35	25	-	5	20
		Radioterapie oncologică		10	-	2	8		10	-	2	8
	Pediatrie	Servicii medicale de pediatrie pentru bebeluși	57	29	29	-	-	80	40	40	-	-
Pediatrie 3-18 ani		28		22	3	3	40		32	4	4	
Chirurgie	Adult	Chirurgie generală	24	9	6	-	3	44	27	24	-	3
		Urologie		3	3	-	-		5	5	-	-
	Paediatric	Chirurgie generală și ortopedie		12	9	-	3		12	9	-	3
Terapie intensivă	ATI pediatrie	13	7	7	-	-	24	9	9	-	-	
	HDU		6	6	-	-		-	-	-	-	
	ATI		-	-	-	-		15	15	-	-	
Îngrijire post-acute	Recuperare neurologică	49	13	-	13	-	100	24	-	24	-	
	Reabilitare medicală și fizioterapie		36	-	32	4		51	-	41	10	
	Îngrijire paliativă		-	-	-	-		25	-	25	-	
Unitate de dializă			15	15	-	-	15	20	20	-	-	20
Total			302	302	154	80	68	412	412	206	126	80
Urgență	Secție de urgență (copii)	4	4	-	-	4	20	-	-	-	-	
	Secție de urgență (adulți și copii)		-	-	-	-		20	-	-	20	
Total general			306	306	154	80	72	432	432	206	126	100

5. Conceptul pentru noul spital

5.1 Introducere

Secțiunea 4 a raportului se încheie cu recomandarea de a construi un nou spital cu o capacitate care ar putea varia între 302-412 paturi, în funcție de profilul serviciilor clinice, pe de o parte, și de categoria de spital, pe de altă parte. Noua unitate spitalicească va avea ca scop combinarea unei infrastructuri eficiente cu tehnologii medicale avansate pentru a facilita o abordare a îngrijirii centrată pe pacient, oferind servicii de medicină pediatrică, dar și pentru adulți.

În această secțiune a documentului, vor fi prezentate aspectele tehnice ale conceptului noului spital. Va fi realizată mai întâi o analiză a amplasamentului, urmată principiile adoptate pentru calcularea consumului de energie pentru clădirea propusă. Apoi vor fi trecute în revistă cerințele funcționale pentru ambele scenarii și vor fi descrise măsurile care trebuie adoptate pentru a obține așa-numitul regim de funcționare cu emisii nete zero pentru unitatea spitalicească respectivă.

În continuare, vor putea fi consultate diagramele propuse și o descriere a infrastructurii și echipamentelor medicale, precum și o prezentare a cerințelor privind echipamentele informatice și tehnologice necesare pentru spitalul propus.

5.2 Analiza amplasamentului

5.2.1 Localizarea amplasamentului

Primăria Municipiului Ploiești a identificat un potențial teren anterior nevalorificat (*greenfield*) pentru noul Spital Municipal de Urgență, situat la periferia orașului lângă bulevardul care leagă Ploieștiul de București. Amplasamentul este localizat într-o zonă predominant agricolă, la aproximativ 4 km spre sud-est de centrul mun. Ploiești. În trecut a fost utilizat doar ca teren agricol. Cele mai apropiate proprietăți rezidențiale (informale) sunt localizate la aprox. 80 m de locul respectiv.

Forma terenului este aproximativ dreptunghiulară, cu o suprafață de 42.151 m². Coordonatele geografice sunt 44.915341 cu 26.059436.

Terenul în general este plat, cu o pantă lină coborând spre sud-est. Terenul se află la o altitudine aproximativă de 131 m deasupra nivelului mării. Accesul se face din Str. Râfov, spre nord-vestul amplasamentului.

Figura 401: Vedere aeriană a terenului desemnat pentru construcția noului spital



Din despre analiza situației legale, terenul se află în proprietatea primăriei, care deține un titlu fără grevări.

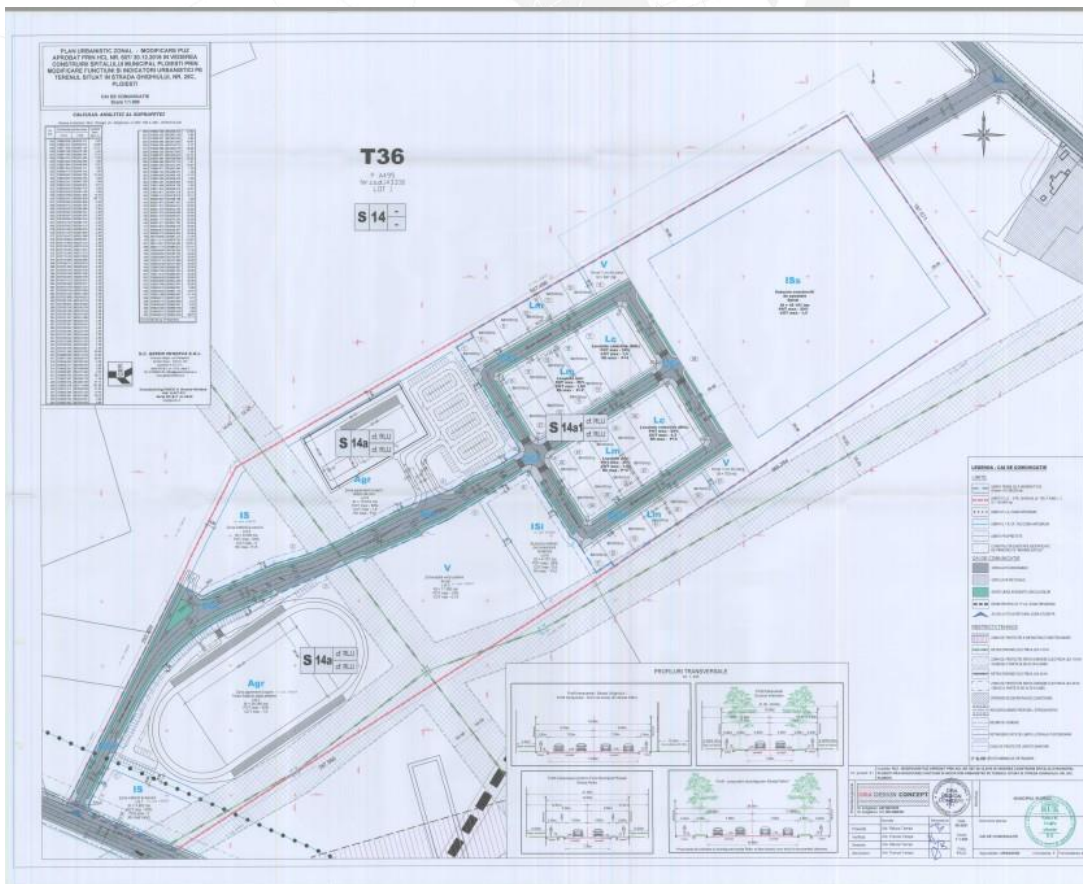
Figura 412: Vedere panoramică a terenului desemnat pentru construcția noului spital



5.2.2 Urbanism și parametri de planificare

Mai jos este reliefat cadastrul (PUZ aprobat de HCL nr. 247 / 30.05.2022) pentru amplasament, realizat în septembrie 2021.⁸³ Harta a fost utilizată ca bază pentru proiectul preliminar, deși sunt în curs de procesare și schimbările aduse Planului de Urbanism.

Figura 423: Planul terenului desemnat pentru construcția noului spital



⁸³ Primit de la primăria mun. Ploiești la 15 feb. 2022

Am stabilit că acestei locații i se aplică următorii parametri:

- Coeficientul de utilizare a terenului este de 20%, echivalentul a 8.430,2 m², ceea ce înseamnă aproximativ 8.000 mp de suprafață utilă la fiecare etaj din clădire;
- Raportul dintre suprafața construită (SC) și suprafața terenului este de maximum 1,5, ceea ce înseamnă că SC nu trebuie să depășească 63.226,50 m². Aceasta oferă aproximativ 61.000 mp de suprafață utilă pe toate etajele (SC include toți pereții exteriori).
- Regimul de înălțime (maximă) a clădirii nu este specificat;
- Accesul principal auto și pietonal se face dinspre strada Râfov, cu un acces secundar planificat pentru strada Ghighiului;
- Condiția de aliniere a drumului trebuie să fie conformă cu prevederile Planul Urbanistic Zonal;
- Retragera (distanța dintre amprenta clădirii și linia de hotar a proprietății) trebuie să fie conformă cu Planul Urbanistic Zonal;
- Zonele protejate nu sunt specificate;
- În apropierea amplasamentului avut în vedere, sunt disponibile următoarele rețele de utilități: apă, canal/scurgere, electricitate, gaze și rețea telefonică;
- Nu se specifică suprafața minimă a parcelei;
- Acoperișurile și streșinile pot fi configurate în modalitatea optimă pentru acest proiect;
- Nu există cerințe specifice pentru gard/împrejmuire;
- Parcajul trebuie amenajat în limitele proprietății, pe baza raportului de 1 loc de parcare la 100 m² de SC;
- Structura și principalele materiale de construcții nu trebuie să interfereze cu caracteristicile generale ale zonei;
- Organizarea de șantier trebuie aprobată în decizia de eliberare a autorizației de construire;
- Nu există zone protejate, nu există situri arheologice; și
- Există unele șanse ca la fața locului să fie identificată muniție neexplodată rămasă din cel de-al doilea război mondial.

5.2.3 Analiza adecvării amplasamentului

La alegerea unui loc pentru o nouă unitatea spitalicească, mai multe elemente trebuie avute în vedere:

- Dimensiunea ar trebui să fie suficient de mare pentru a găzdui toate clădirile și structurile, împreună cu spațiile verzi, funcțiile auxiliare, rețelele externe, parcarile și clădirile tehnice pentru care se obțin autorizațiile de urbanism;
- Trebuie să existe și spațiu pentru extinderi ulterioare;
- Ușurința lucrărilor, inclusiv considerentele topografice și geologice;
- Dacă devine necesar, este important să existe și spațiu pentru instalații suplimentare, cum ar fi stații, stații de tratare a apelor uzate, un parc cu panouri fotovoltaice pentru generarea de energie în vederea atingerii obiectivului Net Zero (împreună cu sau în locul acoperișului spitalului, în cazul în care acesta este ocupat de alte structuri, cum ar fi heliplatforma);
- Vizibilitate și accesibilitate pentru populația deservită;

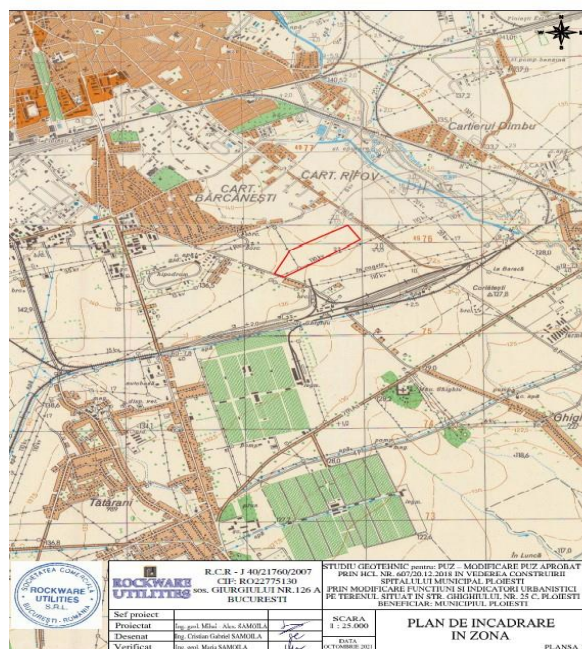
- Aproximarea față de alte unități spitalicești pentru ajutor reciproc, dar și pentru a evita suprapunerea unor servicii și „supra-oferta”;
- Impactul avut asupra mediului natural și construit și asupra împrejurimilor;
- Impactul avut asupra traficului; și
- Costul (dacă este relevant)

În urma vizitei efectuate la fața locului în data de 8 februarie 2022, pe baza întâlnirilor ulterioare cu reprezentanții Primăriei Ploiești și a analizei documentare efectuate, împreună cu răspunsurile la întrebările obținute pe parcursul procesului, am stabilit că amplasamentul desemnat pentru noul spital îndeplinește toate condițiile de mai sus.

- Este aproape de un bulevard pe care se poate circula cu viteză și poate oferi și suficient spațiu de parcare. De asemenea, amplasamentul mai poate beneficia de o rețea de transport public bine planificată și fiabilă care va asigura un acces facil atât pacienților, cât și angajaților. Studiile privind accesibilitatea unităților de asistență medicală se concentrează în principal pe accesibilitatea cu autovehicule. Cu toate acestea, multe persoane, cum ar fi vârstnicii, persoanele cu mijloace financiare modeste și persoanele cu dizabilități, sunt de obicei mai dependente de transportul public pentru accesul la serviciile de sănătate. Prin urmare, se recomandă nu numai ca liniile de autobuz sau alte mijloace de transport în comun să aibă configurate „capete de linie” și stații la porțile spitalului, ci să se ia în considerare, în plus, și înființarea unor servicii de transport expres (tip shuttle) din zone-cheie ale orașului (de exemplu, gări) și să existe stații de autobuz în apropierea spitalului, în special dacă noul spital va oferi și servicii de ambulatoriu și de diagnosticare pentru a scurta distanța parcursă de pacienți (de exemplu, pentru pacienții cu afecțiuni ortopedice).
- Rețeaua rutieră ar putea oferi un acces mai bun, prin urmare recomandăm o analiză atentă a planurilor de management al traficului în zona respectivă pentru a facilita un trafic mai intens pentru transportul de aprovizionare și pentru utilizarea transportului auto între zona urbanizată a orașului și amplasamentul spitalului. În cazul în care va exista și UPU, vor trebui planificate și dezvoltate și o serie de rute rapide pentru serviciile de urgență.
- Amplasamentul, care nu este grevat cu sarcini, permite spațiul necesar pentru proiectarea eficientă a clădirii, dar și pentru infrastructura externă necesară. De asemenea, având în vedere că nu este situat într-o zonă puternic urbanizată, nu va impune constrângeri și provocări suplimentare în timpul construcției și va contribui la accelerarea proceselor necesare pentru a asigura începerea la timp a activităților de edificare a spitalului.
- Pe lângă faptul că are terenul în proprietate, Primăria Ploiești este și organismul de reglementare pentru o bună parte a deciziilor și autorizațiilor care trebuie obținute în fazele de proiectare și execuție, ceea ce va contribui la atenuarea și gestionarea unei părți a riscurilor în faza de investiție.
- Am observat că în zonă există și două linii electrice de înaltă tensiune (110kV). Dreptul de servitute pentru respectiva LEA acoperă partea sudică a terenului (zona alăturată). Acest aspect a fost discutat cu reprezentanții Primăriei Ploiești, care au exclus posibile restricții de reglementare și de construcție din cauza proximității acestei linii (a se vedea evaluarea de mediu, secțiunea 9).
- Testul de adecvare (consultați și amenajarea amplasamentului) a demonstrat că este fezabil atât scenariul cu 302 paturi, cât și cel cu 412 paturi în ceea ce privește următoarele aspecte:
 - Spațiul
 - Construcția
 - Stabilitatea fizică a amplasamentului

- Acces auto și pietonal
- Legăturile la infrastructură și bransarea la rețelele de utilități
- Toate utilitățile necesare pentru spitalul avut în vedere se află în prezent în vecinătatea amplasamentului sau vor fi instalate sau modernizate de municipalitate la timp pentru operațiunile de construcție. Mai precis:
 - **Linii de alimentare cu electricitate de 0,4 kV.** Spitalul trebuie să dispună de trei surse de electricitate independente una de cealaltă, gestionate de un sistem de comutare automată:
 - două surse de alimentare cu energie electrică de medie tensiune (15 kV) - ambele dimensionate pentru 100% din necesarul de energie electrică al spitalului;
 - Și un generator de rezervă pentru curent de joasă tensiune (0,4 kV) care să se activeze în cazuri de urgență și care să fie dimensionat pentru a asigura 70% din necesarul de energie electrică al spitalului.
 - **Conducta principală de alimentare cu apă.** Alimentarea cu apă este suficientă. Cu toate acestea, conform reglementărilor menționate în cadrul etapei de analiză a situației juridice (Secțiunea 10), pentru un spital cu peste 400 de paturi, trebuie prevăzută și o sursă suplimentară de apă. Prin urmare, pentru Scenariul 2 (412 paturi), spitalul va trebui să aibă propria sursă de apă, care va fi asigurată prin forarea unui puț.
 - **Conductele de canalizare.** Capacitatea sistemelor de colectare/rețelelor de canalizare existente ar trebui recalculată pentru a face față creșterii planificate a debitului.
 - **Evacuarea apelor pluviale.** Ar trebui să se ia în considerare păstrarea apelor pluviale, ținând cont de impactul asupra mediului și de consumul de gaz planificat pentru noul spital.
 - **Conductele pentru alimentarea cu gaze.** Trebuie recalculată capacitatea de transport a conductei de gaz existente în prezent pe strada Ghighiului.

Figura 434: Planul terenului desemnat pentru construcția noului spital



5.2.4 Elemente care trebuie negociate pentru a asigura accesul la infrastructura necesară

Următoarele elemente trebuie luate în calcul în etapa de fezabilitate, pentru a se asigura că amplasamentul este pregătit pentru investiția avută în vedere:

- Capacitatea necesară și tarifele unitare de racordare la utilități, prin discuții cu furnizorii de:
 - Apă curentă
 - Canalizare
 - Drenare a apelor pluviale
 - Furnizarea de electricitate
 - Gaze naturale
 - Telecomunicații
 - Colectarea deșeurilor
- Extinderea conexiunilor de utilități existente până la linia de hotar a proprietății, conform termenelor convenite pentru faza de construcție și punere în funcțiune.
- Acordarea de sprijin pentru obținerea de permise, avize și alte aprobări legale.
- Acordarea de sprijin pentru procesarea deciziei de mediu, inclusiv negocieri cu comunitatea locală, dacă este necesar.
- Se va efectua un studiu inițial al amplasamentului și al solului pentru a exclude posibilitatea contaminării, a munițiilor neexplodate rămase din cel de-al Doilea Război Mondial și pentru a constata situația solului.
- Modernizarea Str. Ghighiului la standardul necesar pentru un drum de acces la un spital de cat. a 2-a.
- Asigurarea modificării planurilor de management al traficului și a oricăror alte modernizări necesare pe Str. Râfov.
- Garantarea funcționării unui transport public suficient și demn de încredere.

5.5 Elaborarea programelor funcționale

5.5.1 Scenariul 1 al programului funcțional (302 paturi)

Zona	Unitate	Salon/secție	Pat uri	Supr. (m2)
Urgență și zonă intrare	Intrare/internări			575,9
	Salon urgențe	cu diagnoză		1.269,1
	Clinică trat. ambulatoriu			1.136,2
Zonă medicală (diagnoză și terapie)	Blocuri operatorii	2 BO + 2 pt. chirurg. cu internare de o zi		1.106,0
	ATI pediatrie + îngrijire critică	(7 + 6)	13	1.033,9
	Centrul de dializă nefrologie		15	591,0
	Laborator			591,5
	Total		28	6 568,9

Zona	Unitate	Salon/secție	Pat uri	Supr. (m2)
Saloane cu paturi	Medicină internă	Medicină internă - general	57	1.606,2
		Hematologie	17	646,8
		Reumatologie	35	1.195,4
	Oncologie	Medicală (chimioterapie)	25	804,7
		Radioterapie	10	525,2
	Pediatrie	Neonatologie	29	960,7
		Pediatrie 3-18 ani	28	1.164,8
	Chirurgie	Chirurgie generală (generală + urologie)	12	578,5
		Chirurgie și ortopedie pediatrică	12	633,1
	Îngrijirea post-acute	Recuperare neurologică	13	562,3
		Recuperare și fizioterapie	36	1.201,2
	Total		274	9 878,7
		Reabilitare		607,1
		Farmacie		235,7
		Administrație		709,8
		Unitate tehnică și servicii întreținere		4,711,3
		Servicii stocare, recepție și distribuție (incl. sterilizare centralizată)		2.450,5
		Zone procesare pe timp de zi		3.450,0
		IT		237,9
		Vestiar angajați		1.137,5
		Zonă ambulanțe		144,3
		Suplimentar (arhitectură, structura modulară a clădirii)		1.600,0
Total			302	31.466,4
Pat-uri pt. urgențe			4	
Intervenție chirurgicală cu internare de o zi	Paturi pacienți aflați la recuperare		6	

Factorul determinant fundamental care a stat la baza derivării cerințelor funcționale pentru **noul spital cu 302 paturi** îl reprezintă menținerea sferei actuale de servicii clinice la SMP și SPP așa cum este descris în secțiunea 4.4, cu adăugarea unei game limitate de servicii clinice:

- Dializă
- Săli de operație pentru adulți și copii
- Chirurgie adulți cu internare de o zi
- Urologie
- ATI adulți
- Domeniu mai larg de aplicare a imagisticii de diagnosticare (nu se preconizează RMN)
- Sterilizare centrală

5.5.3 Program funcțional pentru scenariul 2 (412 paturi)

Zona	Unitate	Salon/Secție	Paturi	Supr. (m2)	
Zona urgențe și zonă intrare	Intrare/internări			651,3	
	Salon urgențe			1 983,8	
	Clinici trat. ambulatoriu			1 136,2	
Zonă medicală (diagnoză și terapie)	Blocuri operatorii (6 BO + 2 chirurg.cu internare de o zi)			1 628,2	
	ATI		15	1 052,1	
	ATI pediatrie		9	815,1	
	Centrul de dializă nefrologie		20	591,0	
	Laboratoare			591,5	
	Total		44	8 449,2	
Saloane cu paturi	Medicină internă	Medicină internă - general	57	1 606,2	
		Hematologie	17	646,8	
		Reumatologie	35	1 195,4	
	Oncologie	Medicală (chimioterapie)	25	804,7	
		Radioterapie	10	525,2	
	Pediatrie	Neonatologie	40	1 106,3	
		Pediatrie 3-18 ani	40	1 375,4	
	Surgery	Chirurgie generală	27	806,7	
		Urologie	5	434,9	
		Chirurgie și ortopedie pediatrică	12	633,1	
	Îngrijire Post-Acută	Recuperare neurologică	24	748,2	
		Recuperare și fizioterapie	51	1 754,4	
		Îngrijire paliativă	25	917,8	
		Total		368	12 554,8
			Reabilitare		607,1
		Farmacie		235,7	
		Administrație		709,8	
		Unitate tehnică și servicii întreținere		5 856,0	
		Servicii stocare, recepție și distribuție (incl. sterilizare centralizată)		3 178,5	
		Zona îngrijire de zi		4 214,9	
		IT		263,9	
		Vestiar angajați		1 309,1	
		Zonă ambulanțe		144,3	
		Suplimentar (arhitectură, structura modulară a clădirii)		1 686,1	
Total			412	39 209,3	
Paturi îngrijire critică			20		
Intervenție chirurgicală cu internare de o zi	Paturi pacienți aflați la recuperare		6		

Factorul determinant fundamental pe baza căruia s-au determinat cerințele funcționale pentru **noul spital municipal de urgență de categoria III cu 412 paturi** îl reprezintă creșterea sferei de servicii clinice așa cum este descrisă în secțiunea 4.4, prin adăugarea următoarelor unități:

- Departamentul de urgență pentru adulți și pediatrie
- Centrul de dializă
- Urologie
- ATI adulți + o mărire a secției ATI copii
- Gamă largă de proceduri chirurgicale pentru adulți
- Chirurgie adulți cu internare de o zi
- Bloc operator (adulți, copii și intervenții chirurgicale de o zi)
- Domeniu mai larg de aplicare a imagisticii de diagnosticare, care să cuprindă și RMN
- Creșterea numărului de paturi de recuperare neurologică și de fizioterapie
- Unitatea de îngrijire paliativă
- Sterilizare centrală

5.5.4 Cerințe pentru obținerea încadrării în Cat. III ca spital de urgență

Primăria Ploiești a prezentat și a transmis ulterior o analiză justificativă (Anexa 18), în care își motivează solicitarea ca noul Spital Municipal să fie încadrat ca spital de urgență de Cat. a III-a, în conformitate cu sistemul românesc de clasificare a spitalelor.

Spitalele incluse în categoria a III-a sunt definite ca fiind "*spitale cu un nivel mediu de competență*" care "*deservesc populația județului din aria administrativ-teritorială unde își au sediul și, doar prin excepție, din județele limitrofe, pentru afecțiuni cu un grad mediu de complexitate*".

Un spital de categoria a III-a trebuie să îndeplinească condițiile cumulative prevăzute la art. 5 din Anexa 2 la Ordinul nr. 323/2011. Condițiile sunt enumerate în detaliu și includ:

- Să dispună de o structură organizatorică (inclusiv personalul necesar) care să asigure servicii spitalicești și/sau ambulatorii în toate cele 22 de specialități enumerate expres de lege (de ex, anestezie și terapie intensivă, boli infecțioase, cardiologie, dermato-venerologie, endocrinologie sau diabet, boli de nutriție și metabolism, medicină internă, nefrologie, neonatologie, neurologie, oncologie medicală, pediatrie, pneumologie, psihiatrie, chirurgie generală, obstetrică-ginecologie de cel puțin nivelul II, oftalmologie, ortopedie și traumatologie, otorinolaringologie, urologie, anatomie patologică, medicină de laborator, radiologie-imagistică medicală), precum și: (ii) supravegherea și controlul infecțiilor nosocomiale;
- Să dispună de medici de specialitate, care asigură continuitatea îngrijirii medicale prin linii de gardă distincte în cele 10 specialități enumerate expres de lege (adică anestezie și terapie intensivă, medicină internă, neurologie, pediatrie, psihiatrie, chirurgie generală, obstetrică-ginecologie, ortopedie și traumatologie, medicină de laborator, radiologie-imagistică medicală) (se aplică excepții în anumite situații);
- Să fie dotat obligatoriu cel puțin cu echipamentele și aparatele medicale, aflate în stare de funcționare, enumerate expres de lege; și

- Să se respecte anumite criterii statistice de referință pentru pacienții transferați și pentru pacienții externați care necesită reinternare.

Spitalul local de urgență este definit ca spital municipal sau orășenesc care are competențele și resursele umane și materiale necesare pentru a rezolva o parte din urgențele locale, urmând ca urgențele care nu pot fi rezolvate definitiv să fie stabilizate și transferate la spitalul județean sau direct la spitalul regional, în conformitate cu protocoalele aplicabile.

Ordinul Nr. 323/2011 privind aprobarea Metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență stabilește criteriile precise pentru această clasificare. Existența anumitor specialități este unul dintre criteriile de clasificare a spitalelor în funcție de nivelul de competență.

Tabelul 26 de mai jos enumeră toate cerințele din Cat. III și măsura în care au fost luate în considerare în Planul funcțional.

Tabel 25: Cerințele cheie pentru categoria III abordate în scenariul de 402 paturi

Descriere	Cat. III	
A. Organizarea spitalului include următoarele:		Toate unitățile obligatorii incluse și selecționate sunt recomandate
Secțiile medicale și chirurgie trebuie să gestioneze imediat următoarele urgențe critice:		
Chirurgie generală	Obligativ	☑
ORL	Recomandat	
Neurochirurgie	Recomandat	
Neurologie	Recomandat	☑
Obstetrică-ginecologie	Obligativ	Nu este inclus. Spitale specializate în apropiere
Ortopedie și traumatologie	Recomandat	☑
Camera de reanimare din zona de urgențe, pentru cel puțin un pacient, cu tot echipamentul necesar, care va fi utilizată de personalul de gardă	Nu este necesar	☑
Unitatea primiri urgențe (UPU) cu acces la investigații de urgență, inclusiv CT, dacă există	Obligativ	☑
Anestezie	Obligativ	☑
Terapie intensivă generală - adulți/copii, care include specialitățile spitalului, cu capacități adecvate de monitorizare și ventilație	Recomandat	☑
Punct transfuzie	Obligativ	☑
Unitate de supraveghere a pacienților cardiaci	Recomandat	
Compartiment/unitate de terapie intermediară cu capacitate de supraveghere fără echipamente de ventilație (pentru secțiile medicale și chirurgicale în vederea îngrijirii pacienților externați din ATI care necesită în continuare monitorizare, dar nu ventilație)	Obligativ	☑
Medicină internă cu specialiști și/sau compartimente sau secții de gastroenterologie, endocrinologie, boli infecțioase, boli de nutriție, dermatologie etc. (Pentru categoriile III și IV, este suficientă medicina internă fără compartimente separate)	Obligativ	☑
Cardiologie	Recomandat	

Tabel 26: Cerințele cheie pentru categoria III abordate în scenariul de 402 paturi (cont.)

B. Accesibilitate la diverse specialități și investigații medicale		
1. Specialități principale disponibile în spital 24/7, pe tot parcursul anului		
Chirurgie generală	Obligatori	
Neurochirurgie	Recomandat*	
Neurologie	Recomandat	
Obstetrică-ginecologie	Obligatori	Nu este inclus. Spitale specializate în apropiere
Ortopedie și traumatologie	Nu este necesar	
Oftalmologie	Recomandat*	
Urologie	Recomandat	
Nefrologie	Recomandat	
Medicină de urgență	Obligatori	
ATI	Obligatori	
Medicină internă	Obligatori	
Cardiologie	Recomandat*	
Imagistică/radiologie	Obligatori	
Medicină de laborator (toate subunitățile necesare)	Obligatori*	
Radiologie în UPU pentru cazuri necritice (sau ușor de accesat prin UPU/CPU)	Recomandat	
Radiologie accesibilă la parter	Obligatori	
CT accesibil la parter	Recomandat	
Ecografie	Obligatori	

5.5.5 Aranjamente pentru viitorul accelerator liniar

Atât pentru scenariul cu paturi 302, cât și pentru scenariul cu 412 paturi, acceleratorul liniar planificat nu a fost luat în considerare în planul funcțional al noului spital, deoarece există noi amenajări aflate în curs de execuție la nivelul Unității de Reabilitare, situat în centrul Ploieștiului, care va găzdui noul echipament de radiologie finanțat de Ministerul Sănătății.

5.5.6 Clinici ambulatorii

În plus, pentru ambele scenarii s-a discutat despre amplasamentul ambulatoriilor existente, care oferă aproximativ 20 de specialități. În prezent, acestea sunt situate în centrul orașului Ploiești și asigură o bună accesibilitate pentru comunitate.

Serviciile de ambulatoriu și de diagnosticare joacă un rol important și sunt indisolubil legate de operațiunile spitalicești, gestionând trimiterile și triajul pacienților și, în același timp, jucând rolul de filtru, alături de asistența medicală primară. Este necesară o strânsă colaborare pentru gestionarea traseului pacientului; astfel se pot reduce costurile de funcționare ale spitalului și se pot îmbunătăți rezultatele clinice și calitatea îngrijirii.

Prin urmare, Planul Funcțional presupune existența unor spații alocate pentru furnizarea serviciilor de îngrijire ambulatorie și de diagnosticare în noua clădire a spitalului. Acestea sunt în plus față de operațiunile

actuale de ambulatoriu care sunt în prezent asigurate de către SMP (și pentru care se presupune că vor continua să funcționeze, deoarece sunt mai aproape de centrul orașului).

5.6 Cerințe de sustenabilitate și considerații pentru consumul de energie net egal cu zero

Unitățile sanitare renunță la combustibilii fosili pe măsură ce costurile energiei continuă să crească, iar guvernele din întreaga lume adoptă constant noi reglementări restrictive privind emisiile de carbon și exploatarea resurselor de apă. Energia regenerabilă, energia "verde", se bazează pe resurse naturale, inclusiv pe energia solară, eoliană, geotermală, precum și pe biomasă. Spitalele utilizează de aproximativ 2,5 ori mai multă energie decât o clădire comercială de dimensiuni medii și, prin urmare, economiile, în ciuda costurilor inițiale mai mari, sunt mai concrete și mai vizibile pe termen lung. Alegerea unor soluții ecologice ar permite spitalelor să fie considerate ca fiind factori de sprijinire activă a măsurilor de conservare a mediului și a sănătății întregii comunități; cu toate acestea, schemele care funcționează pe bază de energie regenerabilă necesită resurse naturale disponibile, condiții de piață favorabile și sprijinul politic și financiar din partea autorităților pentru a putea deveni o opțiune viabilă pentru sectorul sănătății.

Proiectarea pe baze durabile are ca scop să reducă impactul negativ asupra mediului și să faciliteze sănătatea și confortul ocupanților clădirii, ceea ce are ca rezultat performanța operațională generală. Obiectivele de bază ale eforturilor de îmbunătățire generală a sustenabilității sunt următoarele: reducerea consumului de resurse neregenerabile, minimizarea deșeurilor și crearea unor medii sănătoase și productive. Principiile de proiectare durabilă includ capacitatea de a realiza următoarele⁸⁴:

- optimizarea potențialului amplasamentului;
- reducerea la minimum a consumului de energie din surse neregenerabile;
- utilizarea preferabilă a produselor ecologice;
- protejarea și conservarea resurselor de apă;
- îmbunătățirea calității mediului interior; și
- optimizarea practicilor operaționale și de întreținere.

Aplicarea soluțiilor energetice "verzi" duce la:

- Reducerea costurilor cu energia;
- Îmbunătățirea sănătății publice (boli legate de poluare);
- Contracurarea epuizării resurselor naturale și promovarea energiei provenind din surse regenerabile;
- Furnizarea de stabilitate (din perspectiva costurilor), imună la fluctuațiile prețului energiei, depinzând doar de cheltuielile inițiale de capital.

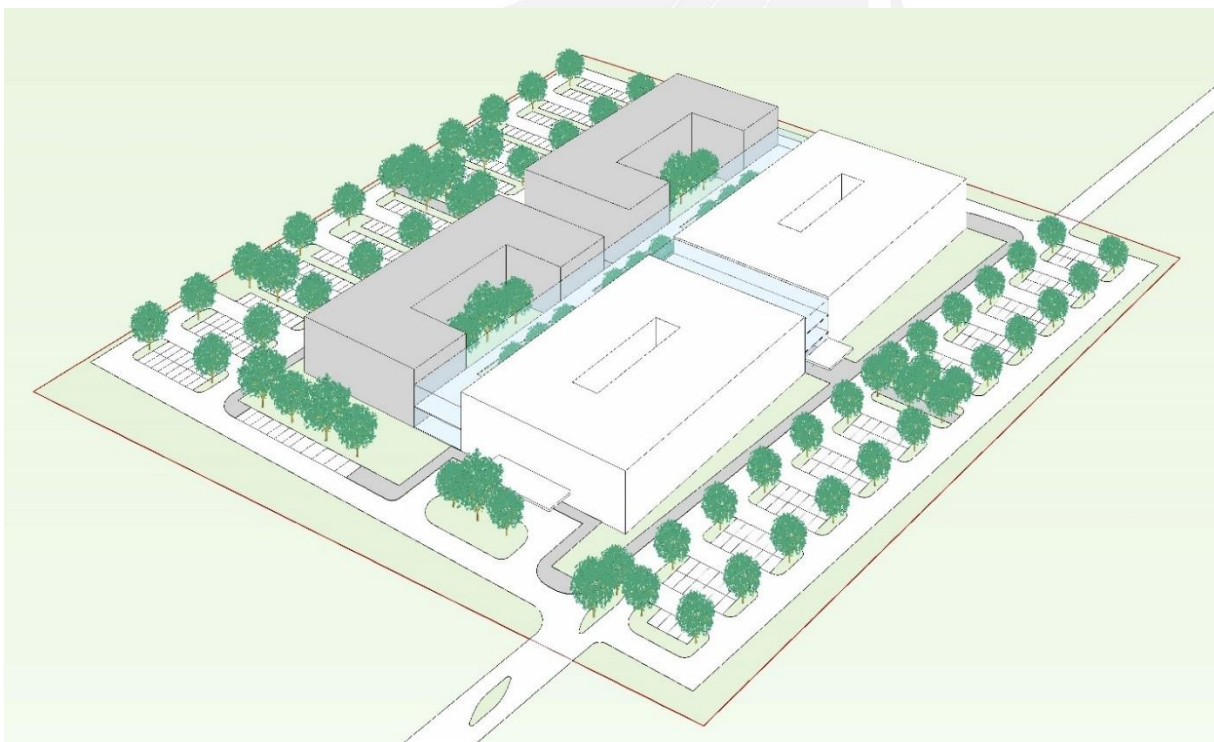
⁸⁴ <https://www.gsa.gov/real-estate/design-and-construction/design-excellence/sustainability/sustainable-design>

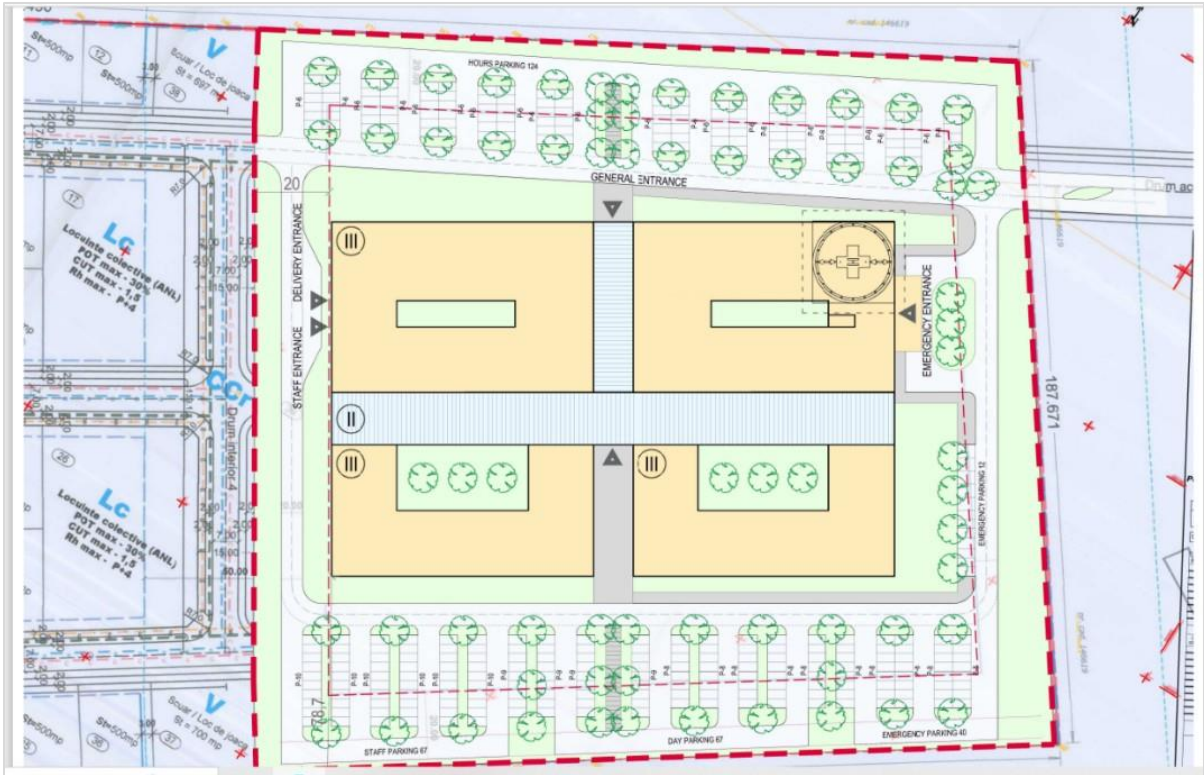
Deși implementarea soluțiilor de proiectare durabilă nu mai reprezintă o opțiune, ci o necesitate, acestea vin cu o serie de provocări precum:

- Costuri inițiale de investiție ridicate
- Incapacitatea de a produce energie suficientă
- Materiile prime nu sunt disponibile în fiecare loc
- Sursele de energie regenerabilă sunt vulnerabile la condițiile meteorologice
- Dificultăți de prognozare a ciclului de viață și a costurilor de întreținere

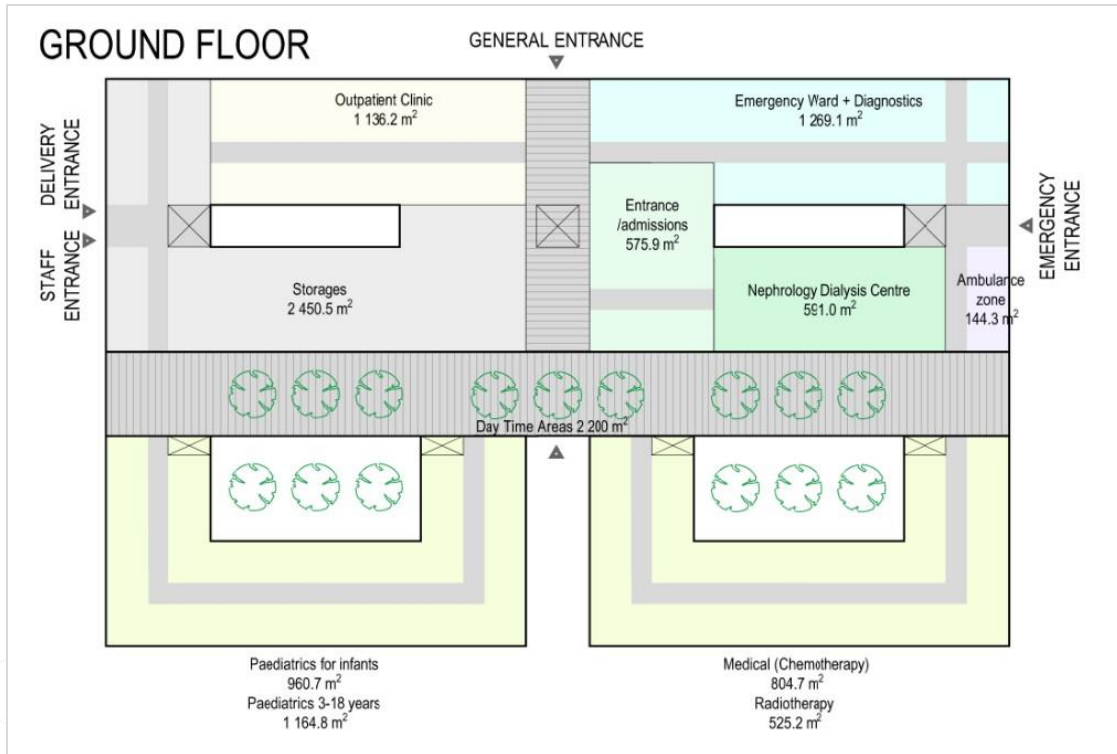
5.7 Diagrame bloc pentru Scenariul 1 (302 paturi)

5.7.1 Amenajarea amplasamentului



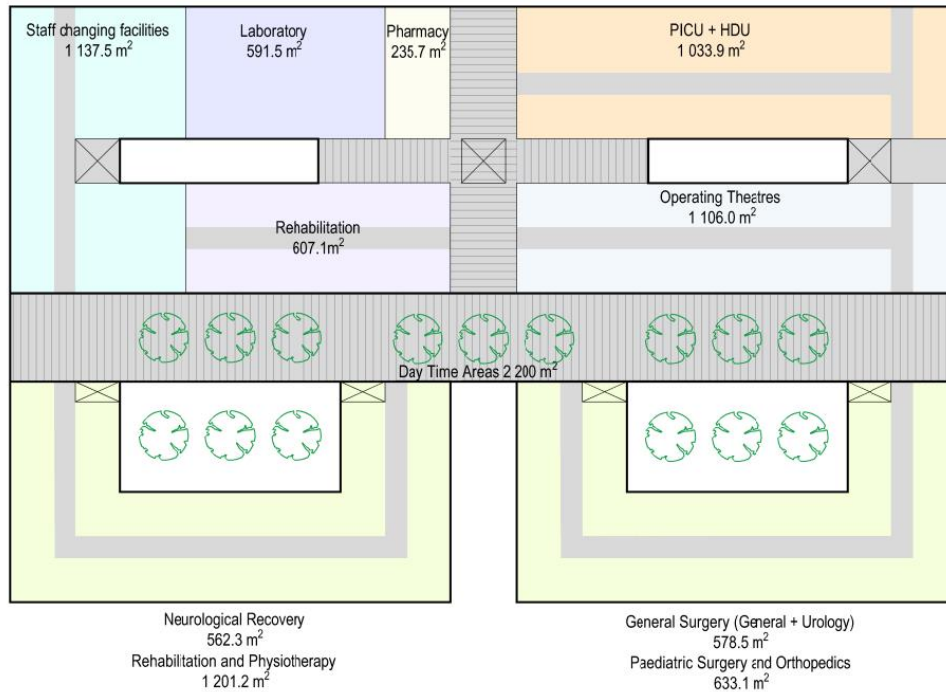


5.7.2 Planuri de etaj



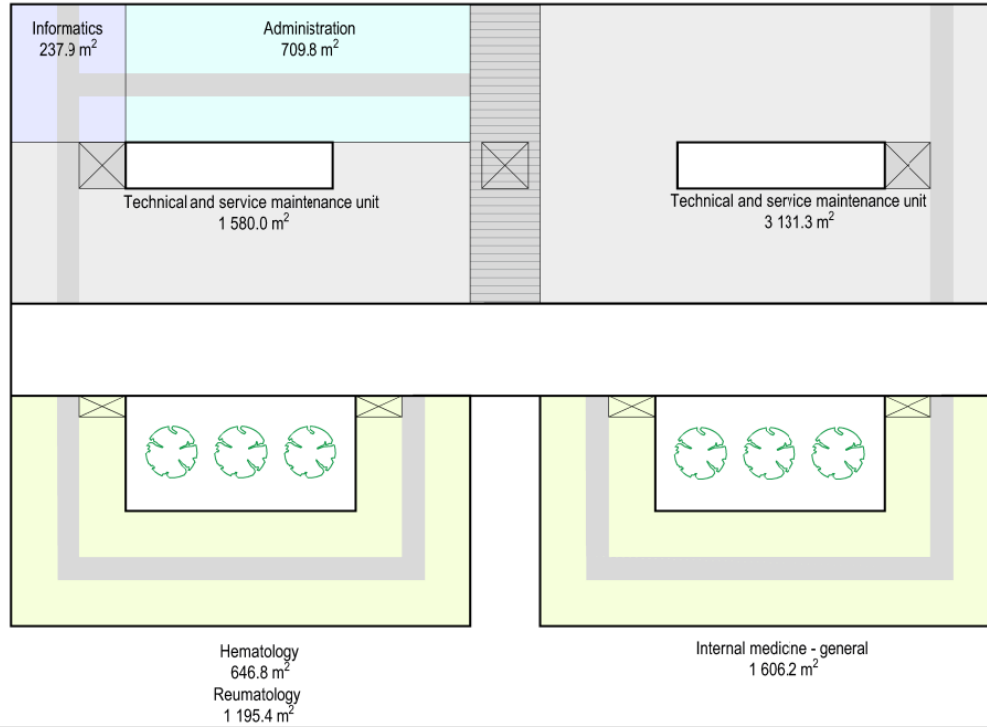
Ground Floor = Parter; General entrance = Intrare generală; Staff entrance = Intrare personal; Delivery entrance = Intrare pentru livrări; Emergency entrance = Intrare pentru urgențe; Outpatient Clinic = Clinică ambulatorie; Emergency Ward + Diagnostics = Secție primiri urgențe + Diagnosticare; Entrance/admissions = Intrare/Internare; Storages = Depozite; Nephrology Dialysis Centre = Centrul de Dializă Nefrologie; Ambulance zone = Zonă ambulanțe; Day Time Areas = Zone de zi; Paediatrics for infants = Pediatrie pentru infanți; Paediatrics 3-18 years = Pediatrie 3-18 ani; Medical (Chemotherapy) = Medicale (Chimioterapie); Radiotherapy = Radioterapie.

FIRST FLOOR



First Floor = Primul etaj; Staff changing facilities = Facilități de schimbare a personalului; Laboratory = Laborator; Pharmacy = Farmacie; HDU = Unitate cu dependență ridicată; PICU = Terapie Intensivă Pediatrică; Rehabilitation = Recuperare/Reabilitare; Operating Theatres = Săli de operații; Neurological Recovery = Recuperare neurologică; Rehabilitation and Physiotherapy = Recuperare și fizioterapie; General Surgery (General + Urology) = Chirurgie generala (General + Urologie); Day Time Areas = Zone de zi; Paediatric Surgery and Orthopedics = Chirurgie pediatrică și ortopedie.

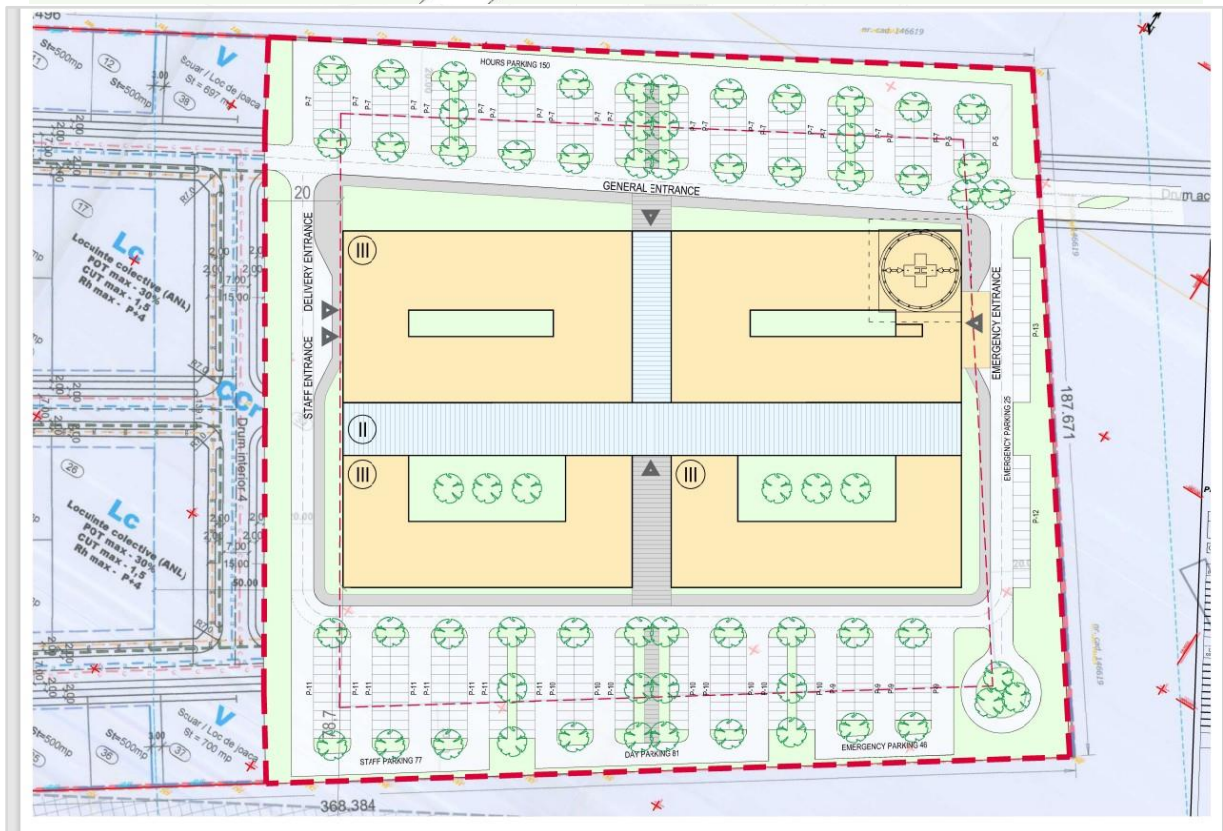
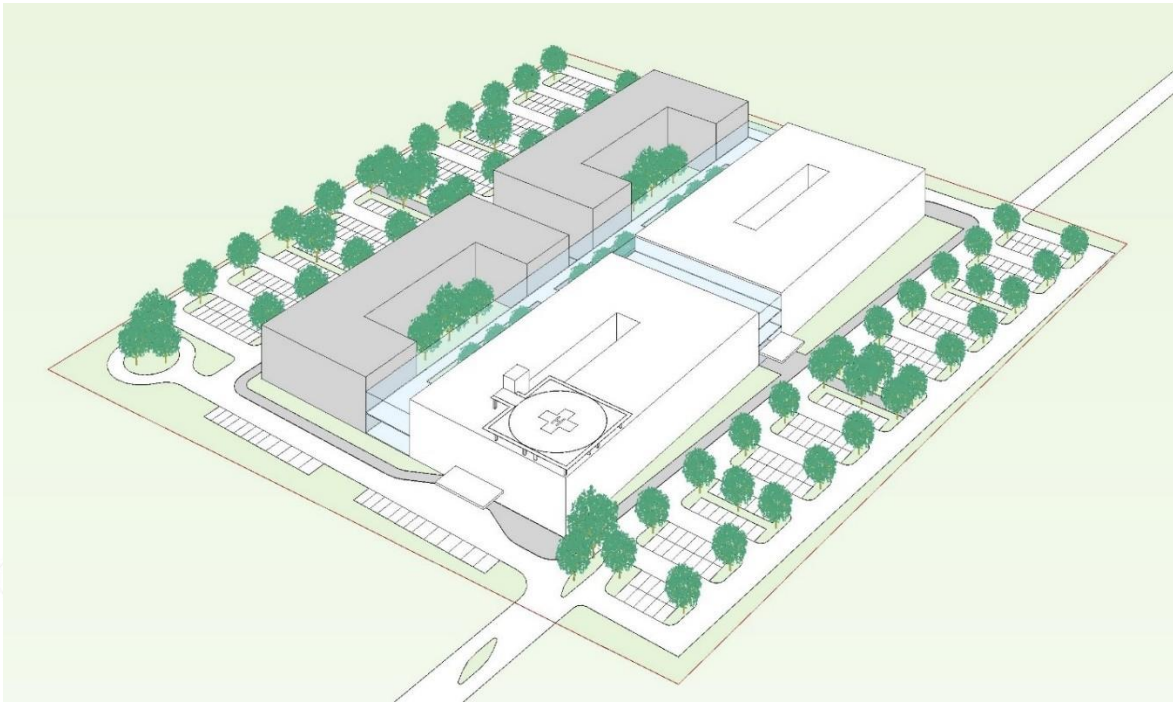
SECOND FLOOR



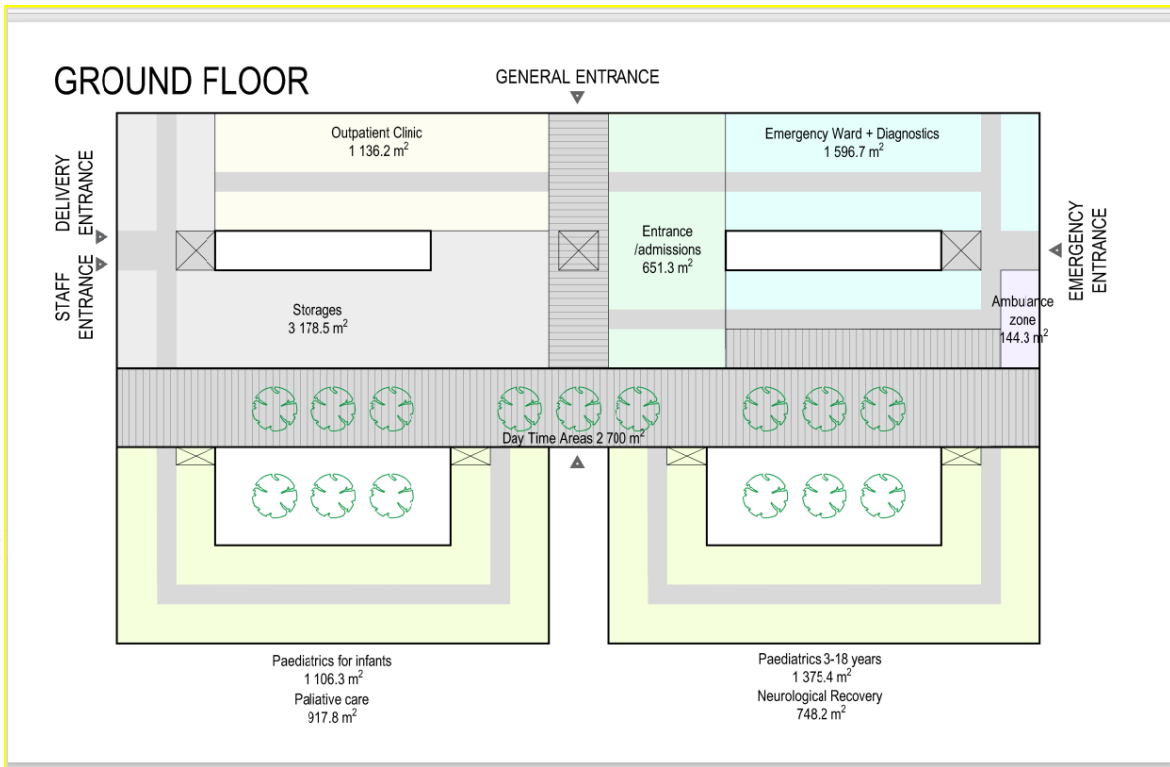
Second floor = Etajul al doilea; Informatics = Informatică; Administration = Administrație; Technical and service maintenance unit = Unitate tehnică și de întreținere a serviciilor; Hematology = Hematologie; Reumatology = Reumatologie; Internal medicine + General = Medicină Internă + Generală.

5.8 Diagrame bloc pentru Scenariul 2 (412 paturi)

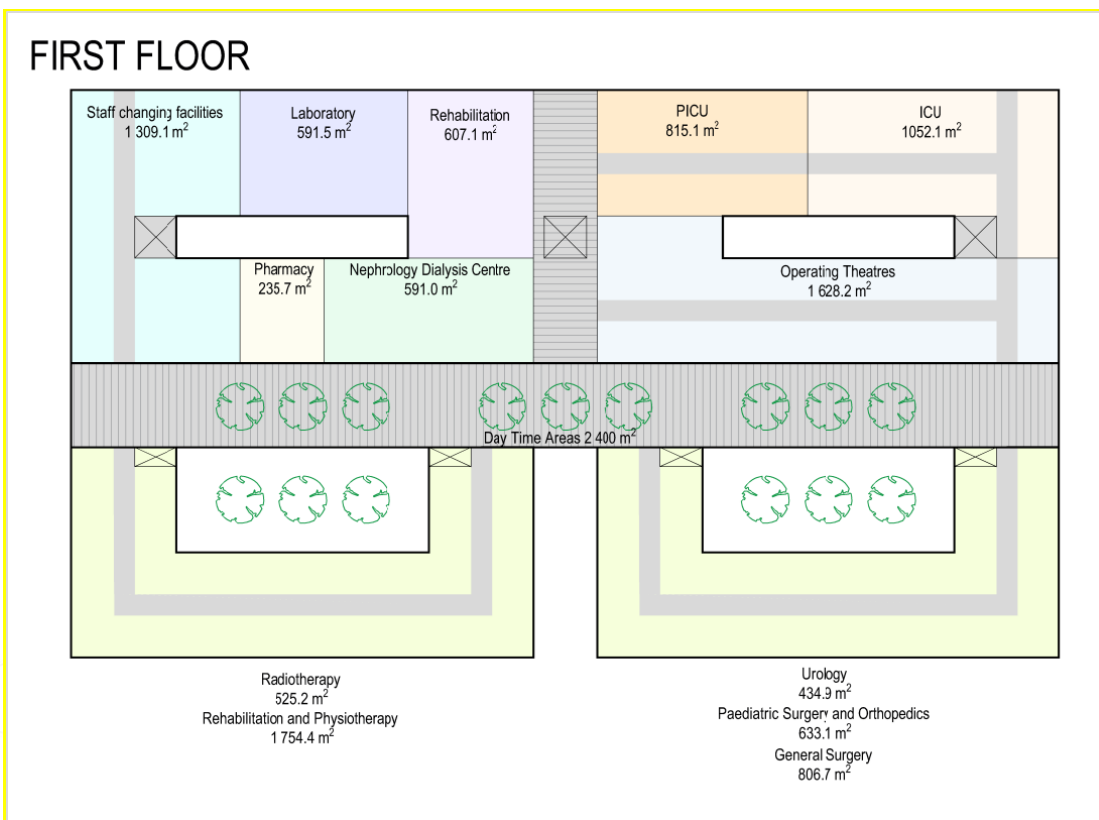
5.8.1 Amenajarea amplasamentului



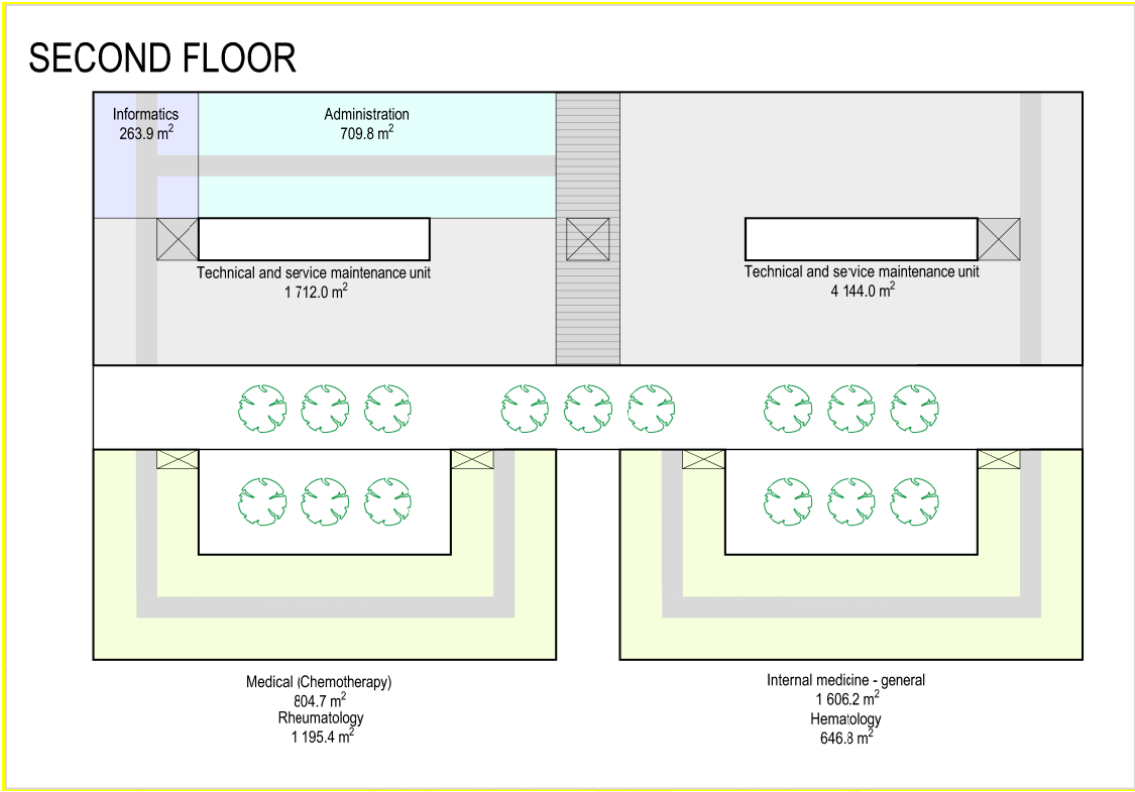
5.8.2 Planuri de etaj



Ground Floor = Parter; General entrance = Intrare generală; Staff entrance = Intrare personal; Delivery entrance = Intrare pentru livrări; Emergency entrance = Intrare pentru urgențe; Outpatient Clinic = Clinică ambulatorie; Emergency Ward + Diagnostics = Secție primiri urgențe + Diagnosticare; Entrance/admissions = Intrare/Internare; Storages = Depozite; Palliative care = Îngrijiri paliative; Ambulance zone = Zonă ambulanțe; Day Time Areas = Zone de zi; Paediatrics for infants = Pediatrie pentru infanți; Paediatrics 3-18 years = Pediatrie 3-18 ani; Neurological Recovery = Recuperare neurologică.



First Floor = Primul etaj; Staff changing facilities = Facilități de schimbare a personalului; Laboratory = Laborator; Pharmacy = Farmacie; ICU = Terapie intensivă; PICU = Terapie Intensivă Pediatrică; Rehabilitation = Recuperare/Reabilitare; Nephrology Dialysis Centre = Centrul de Dializă Nefrologie; Operating Theatres = Săli de operații; Neurological Recovery = Recuperare neurologică; Rehabilitation and Physiotherapy = Recuperare și fizioterapie; General Surgery = Chirurgie generala; Day Time Areas = Zone de zi; Pediatric Surgery and Orthopedics = Chirurgie pediatrică și ortopedie; Urology = Urologie.



Second floor = Etajul al doilea; Informatics = Informatică; Administration = Administrație; Technical and service maintenance unit = Unitate tehnică și de întreținere a serviciilor; Medical (Chemotherapy) = Medicale (Chimioterapie); Hematology = Hematologie; Reumatology = Reumatologie; Internal medicine + General = Medicină Internă + Generală.

5.9 Cerințe de infrastructură

Spitalele sunt cele mai complexe tipuri de clădiri, deoarece cuprind o gamă largă de servicii medicale și non-medicale, alături de unități funcționale. Provocarea suplimentară constă în aceea că fiecare dintre funcțiile și zonele complexe ale unui spital suferă restructurări frecvente din cauza schimbărilor din domeniul epidemiologiei, din cauza modificărilor existente la nivelul traseelor pacienților, al fluxurilor de lucru și al tehnologiilor medicale. Funcțiile spitalicești evoluează permanent și de aceea este necesară modernizarea și modificarea instalațiilor mecanice, electrice și de telecomunicații, care sunt complicate.

Planificarea infrastructurii pentru amplasamentul unui spital implică îndeplinirea necesităților legate de facilitățile unității, logistica și accesibilitatea care trebuie asigurate în spital. În plus, soluțiile de proiectare selectate vor trebui calibrate în funcție de cerințele de mediu și de urbanism pentru a facilita stabilirea proporției corecte de spații verzi, pentru a avea niveluri scăzute de poluare a aerului și poluare fonică, un consum eficient de apă și energie și, nu în ultimul rând, adaptarea la tehnologiile ecologice caracteristice dezvoltărilor sustenabile.

Infrastructura externă este determinată de amprenta la sol a clădirii spitalului avut în vedere, de constrângerile legate de dimensiunea parcelei, de amplasarea acesteia și de cerințele planului de urbanism. În același timp, infrastructura externă, cum ar fi parcare, poate reprezenta o sursă de venituri suplimentare.

Tabel 27: Clădirea și infrastructura externă pentru Scenariul 1 (302 paturi)

Elemente de infrastructură		Suprafața în m ²
Suprafața totală a clădirii		31,466
	Zonele de tratament primar (blocuri operatorii, ATI, departamentul de urgență)	3,674
	Diagnosticare, laboratoare, etc.	6,429
	Saloane cu paturi	9,879
	Zonă tehnică	8,299
	Zona îngrijire de zi	3,185
Infrastructura externă		
Suprafața totală a terenului		42,028
Amprenta la sol a clădirii		12,888
Suprafața de teren rămasă		29,141
	Drumuri, locuri de parcare, trotuare	12,915
	Zone verzi	16,226
	Infrastructură (remanentă)	15,829

Tabel 28: Clădirea și infrastructura externă pentru Scenariul 2 (412 paturi)

Elemente de infrastructură	Suprafața în m ²
Suprafața totală a clădirii	39,209
Zonele de tratament primar (blocuri operatorii, ATI, departamentul de urgență)	5,479
Diagnosticare, laboratoare, etc.	6,617
Saloane cu paturi	12,555
Zonă tehnică	10,344
Zona îngrijire de zi	4,215
Heliplatformă dacă se consideră necesară (cu sisteme de navigație și instalații și echipamente de protecție împotriva incendiilor) amplasată pe acoperiș*.	
Infrastructura externă	
Suprafața de teren	42,028
Amprenta la sol a clădirii	13,932
Suprafața de teren rămasă	28,096
Drumuri, locuri de parcare, trotuare	16,117
Zone verzi	11,980
Infrastructură (remanentă)	18,926

Numărul de locuri de parcare este stabilit în conformitate cu reglementările locale și sunt respectate proporțiile necesare. Ca urmare a diferențelor existente între amprenta la sol a clădirii și numărul de locuri de parcare necesare de fapt, suprafețele verzi avute în vedere pentru scenariul cu 302 paturi sunt mai mari decât suprafețele verzi pentru Scenariul cu 412 paturi. Pentru scenariul cu 412 paturi, trebuie asigurată o a doua sursă de alimentare cu apă (forarea unui puț).

5.10 Cerințe privind echipamentele medicale, mobilierul și alte instalații

Echipamentele medicale joacă un rol esențial în diagnosticarea, terapia, monitorizarea, însănătoșirea (reabilitarea) și îngrijirea pacienților. Este importantă gestionarea eficientă a unei astfel de resurse, pentru a putea răspunde cerințelor de îngrijire de înaltă calitate a pacienților și pentru a îmbunătăți rezultatele clinice și financiare. Echipamentele medicale joacă un rol esențial în atenuarea incidentelor clinice și în reducerea riscului de efecte secundare dăunătoare⁸⁵.

5.10.1 Definiția echipamentelor medicale

Echipamentele medicale se încadrează în categoria dispozitivelor medicale definite ca fiind orice instrument, aparat, dispozitiv, aplicație software, implant sau material destinat a fi utilizat, singur sau în combinație cu altele, pentru diagnosticarea, prevenirea, monitorizarea, predicția, prognoza, tratamentul sau ameliorarea bolilor, investigarea, înlocuirea sau modificarea anatomiei sau a unui proces sau stări fiziologice sau patologice. Aceasta include laboratoarele care efectuează examinări *in vitro* ale prelevărilor din corpul uman, inclusiv donații de organe, sânge și țesuturi⁸⁶.

Figura 44: Exemplu de listă de echipamente medicale, pentru formarea bugetului și stabilirea specificațiilor

Departament	Echipamente	Nr
Diagnosticare	RMN	1
Imagistică	Echipament cameră control RMN (computer, monitoare)	1
	Computer tomograf (CT)	1
	Echipament cameră control CT (computer, monitoare)	1
	Unitate radiografii	2
	Echipament cameră control radiografieră (computer, monitoare)	2
	Unitate ecografie generală (dotare cu pat)	2
	Dispozitiv EKG (dotare cu pat)	1
	Echipament urgență	20
	Unitate mamografie	0
	Ecocardiograf	0
	Artroscop	0
	Citoscop	0
	Bronhoscop	0

⁸⁵ Ghid privind gestionarea dispozitivelor medicale pentru instituțiile medicale și de asistență socială (*Managing Medical Devices Guidance for health and social care organisations*), ianuarie 2021, Marea Britanie

⁸⁶ Regulamentul european (UE) 2017/745 (RDM: Regulamentul privind dispozitivele medicale, cu modificările ulterioare)

Cod mobilier:	FM019
Denumirea elementului de mobilier:	Mobilier de laborator
Specificații mobilier:	Mobilierul de laborator va consta din diverse combinații de unități, fiecare cu lățimea de câte 900 mm, pentru podea și dulapurile fixate pe pereți. Dulapurile vor fi dispuse în măsura în care o va permite spațiul din laborator. Trebuie depuse pentru aprobare schițele cu dispunerea dulapurilor, pentru fiecare laborator, conform specificațiilor din Anexele privind mobilierul și amenajările interioare. CADRUL

Consolele: blaturile de lucru trebuie susținute de cadre de oțel rezistente. Toate cadrele trebuie confecționate conform necesităților, din oțel moale sablat și vopsit prin pulverizare cu pulbere epoxidică. Cadrele trebuie concepute astfel încât să poată susține blaturile și împreună să aibă o rezistență de max. 212 kg/m².

Cadrele trebuie să aibă o înălțime de 900 mm. Picioarele cadrelor trebuie să fie ajustabile pe verticală pentru a putea asigura orizontalitatea chiar și în cazul unor podele cu denivelări.

Dulapurile (spațiile de depozitare) care vor fi instalate sub blaturi trebuie pozate pe șine aflate în fața și în spatele cadrului de susținere cu ajutorul unor console care să permită mișcarea liberă a persoanelor pe întreaga lungime a blatului, fără ca mișcarea să fie stânjenită de ramele respective.

BLATURILE DE LUCRU

Blaturile din rășini epoxidice trebuie să fie turnate din rășină epoxidică modificată pentru a asigura o rezistență fizică și chimică optimă, necesară unei suprafețe de lucru de laborator care trebuie să fie foarte rezistentă. Blatul de lucru trebuie să fie foarte rezistent la reactivii utilizați în mod normal în laborator. Culoarea blatului trebuie să fie cea aprobată și să se sorteze cu cromatica generală a laboratorului. Grosimea trebuie să fie de 25 mm. Blaturile trebuie prevăzute cu finisaje antistropire.

DULAPURI

Dulapurile (spațiile de depozitare) se instalează pe cadre de oțel, suspendate cu ajutorul unor console speciale. Dulapurile (spațiile de depozitare) trebuie să poată aluneca pe întreaga lungime a bancului. Dulapurile (spațiile de depozitare) trebuie să fie ușor de detașat și de rearanjat, fără a necesita intervenții la cadrul de susținere.

Dulapurile (spațiile de depozitare) trebuie confecționate din placaj laminat cu melamină. Grosimea placajului utilizat pentru laterale și părțile inferioare este de 18 mm, pentru părțile superioare trebuie să fie 24 mm, iar spatele de 9 mm. Grosimea laminării cu melamină pentru părțile laterale, inferioare, superioare și spate trebuie să fie de 5 mm. Pe canturile părților expuse aflate în părțile frontale ale mobilierului trebuie aplicat PVC la cald prin încălzire la o temperatură de 205°C.

Ușile și părțile frontale ale sertarelor trebuie confecționate din placaj de 18 mm, cu cantuire cu PVC la cald, prin încălzire la o temperatură de 205°C.

Toate ușile trebuie prevăzute cu balamale cu autoînchidere, care să permită deschiderea la 165° și care pot fi ajustate pentru aliniere în 4 direcții. Sertarele trebuie confecționate cu laterale de oțel protejat cu rășină epoxidică, iar mișcarea lor să se facă pe șine laterale cu roțile de nailon. Uși și sertare

5.10.2 Definiția mobilierului și altor instalații (FFE)

Mobilierul, accesoriile (amenajările) și celelalte instalații constituie un termen colectiv pentru articolele achiziționate în vederea amenajării finale a unei clădiri. Mobilierul reprezintă elemente mobile care nu sunt prevăzute cu utilități și nici nu au o legătură permanentă cu structura unei clădiri, în timp ce accesoriile (amenajările) sunt considerate elemente care sunt fixate pe structura clădirii, dar care pot fi îndepărtate⁸⁷.

5.10.4 Programele preliminare pentru instalațiile mecanice și electrice (ME) și mobilier, accesorii și echipamente (FFE) pentru scenariile cu 302 și, respectiv, 412 paturi

La elaborarea necesarului ME și FFE și la întocmirea bugetelor aferente, s-a presupus că toate acestea vor fi noi, adică niciunul nu va fi transferat de la SPP și SMP la noul spital. În etapa de studiu de fezabilitate este posibil să se efectueze o evaluare a stării și a adecvării echipamentelor existente în ambele spitale. Achizițiile recente sau articolele care se conformează standardelor de calitate și tehnologiei moderne necesare pot fi încorporate în planul de migrare (*migration plan*).

Lista principalelor elemente mecanice și electrice (ME) și de mobilier, amenajări și echipamente (FFE) pentru ambele scenarii sunt rezumate în tabelul de mai jos. Acestea au fost elaborate pe baza bazelor de date de referință elaborate de consultantul tehnic și a recomandărilor OMS și ale asociațiilor medicale europene de specialitate⁸⁸.

Tabel 29: Principalele echipamente pentru fiecare scenariu

Scenariul 1 (302) paturi		Scenariul 1 (412) paturi	
Dispozitiv	Nr	Dispozitiv	Nr
Imagistică			
RMN	0	RMN	1
CT	1	CT	1
Raze X	2	Raze X	2
Ultrasunete	2	Ultrasunete	2
EKG	1	EKG	1
Endoscopie			
Gastroscop	1	Gastroscop	1
Colonoscop	1	Colonoscop	1
BO			
Masă de operație	4	Masă de operație	8
Lampă de operație	4	Lampă de operație	8
Coloană chirurgicală	4	Coloană chirurgicală	8
Coloană de anestezie	4	Coloană de anestezie	8
Microscop chirurgical	4	Microscop chirurgical	8
Resuscitare (urgentă)			

⁸⁷ Dicționarul Oxford

⁸⁸ Specificarea ME-cheie bazată pe: Lista de referință a Proiectului Atelier 7 (peste 15), inclusiv Spitalul Medcover din Varșovia; <https://www.who.int/activities/prioritizing-medical-devices>; Recomandările asociațiilor medicale specializate din Europa Centrală și de Est.

Scenariul 1 (302) paturi		Scenariul 1 (412) paturi	
Dispozitiv	Nr	Dispozitiv	Nr
Masă de operație	2	Masă de operație	2
Lampă de operație	2	Lampă de operație	2
Coloană chirurgicală	2	Coloană chirurgicală	2
Coloană de anestezie	2	Coloană de anestezie	2
ATI			
Paturi ATI	0	Paturi ATI	24
Paturi ATI pediatrie	7	Paturi ATI pediatrie	0
Paturi IDR (îngrijire dependență ridicată) (HDU)	6	Paturi IDR (îngrijire dependență ridicată) (HDU)	0
Dializă			
Stație de dializă	20	Stație de dializă	20
Scaune/paturi confortabile	20	Scaune/paturi confortabile	20
Sterilizare			
Dezinfectator spălător	2	Dezinfectator spălător	2
Spălător cu ultrasunete	4	Spălător cu ultrasunete	4
Sterilizator cu temperatură scăzută	2	Sterilizator cu temperatură scăzută	2
Sterilizator cu abur	2	Sterilizator cu abur	2
Dezinfectare paturi			
Aparat dezinfectare paturi	2	Aparat dezinfectare paturi	2
Reabilitare			
Bazin	1	Bazin	1

În secțiunea următoare vom prezenta calculul costurilor pentru toate aceste elemente de cost de capital avute în vedere pentru conceptul care stă la baza unității spitalicești propuse.

5.11 Cerințe privind echipamentele informatice și tehnologice

5.11.1 Introducere

În această eră digitală, colectarea adecvată a datelor, proiectarea sistemelor și înțelegerea schimburilor bazate pe algoritmi umani vor fi esențiale pentru transformarea sistemelor de sănătate la nivel global. Sistemele de management al informației și sistemele tehnologice (**MIST**) contribuie la conectarea organizațiilor cu părțile lor interesate, oferind soluțiile IT necesare pentru sprijinirea procesului de furnizare a serviciilor de asistență medicală în lumea modernă. Modulele sistemului de management spitalicesc, cu bazele de date aferente, contribuie activ la optimizarea și digitalizarea tuturor proceselor din cadrul unității sanitare, îmbunătățind serviciile oferite beneficiarilor, reducând cheltuielile de funcționare, eficientizând cercetarea fișelor medicale, generarea facturilor, îngrijirea pacienților și activitățile personalului medical în general⁸⁹.

5.11.5 Soluții propuse de MIST pentru Scenariul cu 302 paturi și, respectiv, Scenariul cu 412 paturi⁹⁰

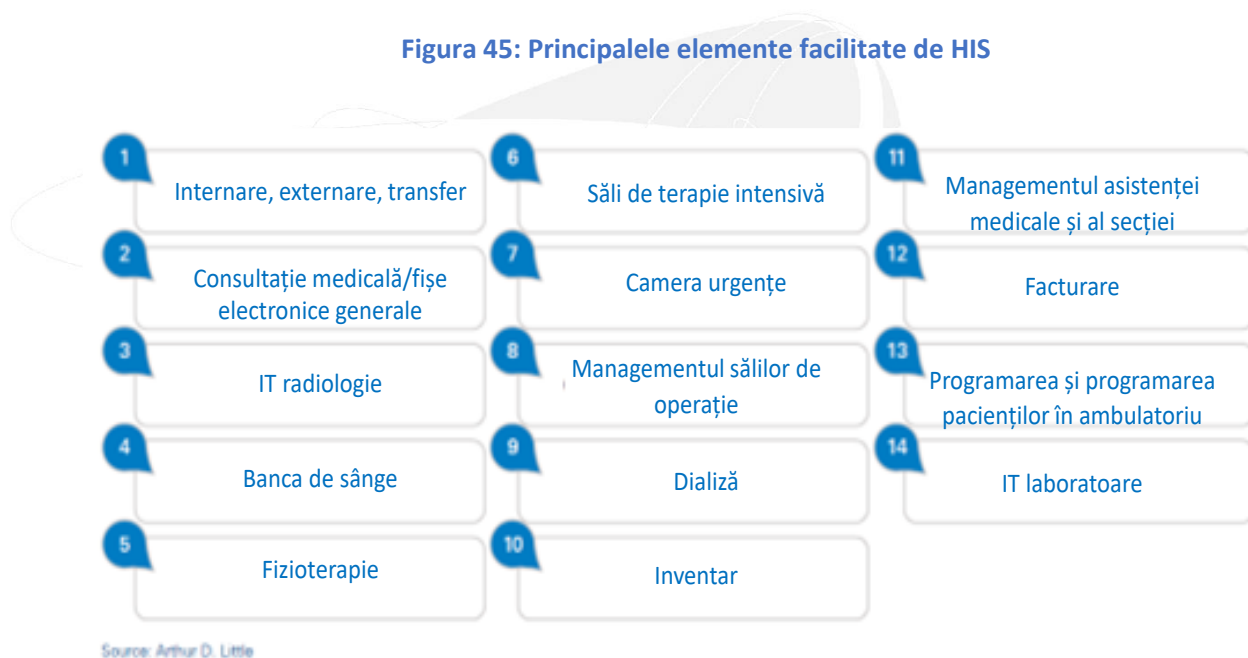
- Medical:

⁸⁹ <https://electronichealthreporter.com/importance-of-the-hospital-management-system/>

⁹⁰ Repere CR: Spitalul comunitar PPP Zywiec 2020; Spitalul Bielanski din Varșovia – spitale de sprijin COVID 2020; Spitalul Poludniowy din Varșovia, proiect nou (greenfield) 2021/22; Prețurile oferite de antreprenorii generale în cadrul licitațiilor publice din perioada 2021-2022; cotațiile oferite de furnizorii internaționali pentru construirea de spitale (proiecte noi (greenfield) și de înlocuire)

- HIS - sistem informatic spitalicesc (elemente-cheie selectate în Figura 49 de mai jos)
- Rapoarte către contribuabili
- LIS - Laboratoare
- RIS - Diagnosticare
- PACS - Depozit imagistică medicală
- Integrarea blocurilor operatorii
- Sterilizare
- Sisteme de triaj
- Sisteme de monitorizare a semnelor vitale și alte tipuri de monitorizare la distanță, dispozitive medicale portabile inteligente
- Platforme de telemedicină

Figura 45: Principalele elemente facilitate de HIS



- Infrastructură (selectate elementele principale)
 - BMS - inclusiv monitorizarea gazelor medicale
 - Monitorizarea mediului de depozitare a medicamentelor și alimentelor
 - Supraveghere medicală și vizuală prin rețea internă de camere video
 - Sistem apelare asistentă („nurse call”)
 - Control acces, lifturi, parări
 - Sistem de avertizare sonoră (audio)
 - Software de infrastructură asociat
 - Routere și software de operare pentru servere
 - Spațiu suplimentar de stocare a datelor digitale
- Administrator (selectate elementele principale)

- Contabilitate
- Rapoarte
- RU
- Verificarea documentului
- Arhive
- Magazine
- Activități comerciale
- Vânzări

Avem în vedere ca elementele de mai sus să fie asigurate de partenerul public. Furnizorul PPP va trebui să furnizeze doar următoarele elemente:

- Sistem apelare asistentă („*nurse call*”)
- Monitorizare video cu circuit închis (zone publice și medicale)
- Comutatoare LAN active
- Software
- Puncte de acces WIFI
- Rack-uri
- Servere
- Sală de servere* (fără software pentru acestea, care va fi furnizat de Partenerul Public)

Dispozitivele UPS sunt incluse în pachetul electric.

6. Costuri

6.1 Costurile de investiții

6.1.1 Metodologia utilizată pentru calcularea costurilor de investiții

În etapa de pre-evaluare, proiectul este elaborat la nivel conceptual, iar abordarea adoptată în vederea calculării costurilor de investiții constă în utilizarea datelor obținute pe bază de precedent și stabilirea costurilor comparabile pe metru pătrat. În etapa aceasta, nu este oportună întocmirea unui deviz general (liste de cantități), de exemplu, și nici chiar a unor analize a costurilor pe elemente, pentru că acestea necesită activități suplimentare în cadrul proiectării.

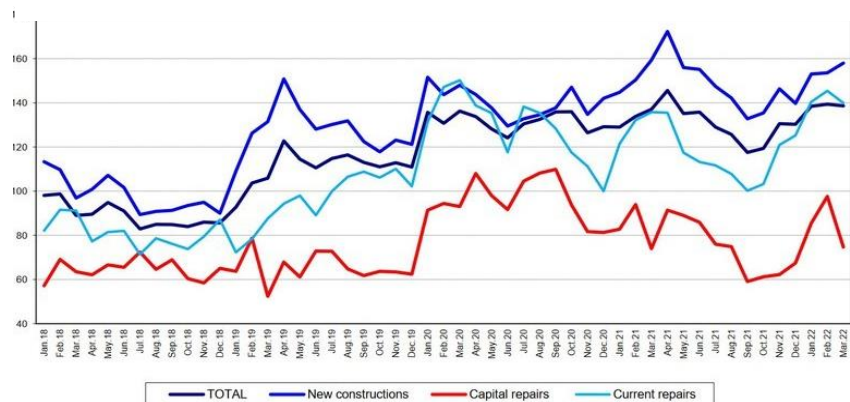
Un element-cheie în utilizarea acestei abordări în România îl constituie lipsa unor precedente recente: în România, în ultimii anii, au fost construite foarte puține spitale, și doar de către dezvoltatori privați care au edificat spitale private. Prin urmare, a fost adoptată o abordare prin triangulație, utilizând mai multe surse de date care să convergă pentru întemeierea unei evaluări adecvate. Toate acestea trebuie validate în etapa studiului de fezabilitate, atunci când costurile de construcții pot fi elaborate la nivel de element separat, ceea ce va crea posibilitatea utilizării datelor referitoare la costuri per element preluate din proiecte comerciale, pentru spitale sau alte destinații, iar elementele speciale vor fi derivate pe baza unor măsuri fundamentale.

Au fost utilizate următoarele surse de date:

- Costul construcțiilor de spitale înregistrate în țările învecinate (în special Polonia);
- Jaloane din România pentru a putea compara costurile de construcție ale proprietăților comerciale cu cele necesare pentru construirea unui spital; și
- Date obținute cu privire la proiecte recente aflate în etapa studiului de fezabilitate.

O altă chestiune-cheie o constituie inflația. La momentul întocmirii raportului de față, lumea trăiește într-un climat de inflație rapidă. În România, inflația era de 13,76% în aprilie 2022, comparativ cu 10,15% în martie 2022. Conform unor rapoarte, costurile de construcție au crescut cu peste 50% din ianuarie 2019 (a se vedea și graficul alăturat), prețul anumitor materiale de construcții crescând și cu 100%. Există așteptări ca trendul ascendent al evoluției costurilor de construcții să continue și la nivelul anului 2022. În contextul unei

Figura 46: Evoluția lunară a lucrărilor de construcție



astfel de volatilități, este dificil de estimat unde se vor situa costurile de construcții la momentul în care se va finaliza Proiectul. Prevederea unui capitol dedicat cheltuielilor neprevăzute ar putea funcționa pentru soluționarea acestei probleme, însă suplimentarea prevăzută astfel se poate dovedi insuficientă sau poate face ca Proiectul să nu mai fie accesibil pe baza alocărilor bugetare curente, care poate nu au luat în calcul asemenea niveluri ale ratei inflației.

6.1.2 Costurile de construcție

Costurile de construcție acoperă fundația, structurile superioare, cărămida și mortarul, tencuirea/termoizolarea, acoperișul, ferestrele, lucrările pentru instalarea instalațiilor de ventilație și aer condiționat, gaze medicale, echipamente fixe, instalație de apă și canalizare, zugrăvire (decorațiuni).

De obicei, costul/m² necesar pentru construirea unui spital poate varia foarte mult, în funcție de țară și de amplasamentul spitalului în țara respectivă, de dimensiunea și tipul spitalului, indiferent dacă este spital generalist sau specializat. Spitalele universitare au nevoie de spații mai mari per pat decât alte spitale. Centrele traumatologice și spitalele specializate necesită echipamente diferite sau spații mai specializate, care pot duce la majorări de costuri.

Și amplasamentul afectează costurile, pentru că nu toate amplasamentele sunt ideale pentru construirea unui spital, prin urmare spitalele construite în pe teren plat, vor costa mai puțin decât cele construite pe terenuri cu relief divers, cu topografie inegală. Există și economia de scară, deci clădirile mai mari au adesea un cost/m² mai mic de vreme ce costurile materialelor pot fi mai mici prin achiziționarea unor volume mai mari, iar productivitatea muncii este superioară prin activitățile repetitive (standardizate).

Au fost utilizate anumite repere/jaloane pentru costurile de construcții, conform surselor evidențiate în subsecțiunea 6.1.1. Acestea sunt utilizate pentru diversele zone funcționale ale spitalului, fiecare având cote diferite

Din câte se poate vedea, cele mai costisitoare secții sunt cele dedicate tratamentului primar.

În condițiile în care este improbabil ca viitoarea unitate sanitară să îndeplinească rol de centru de traumatologie de referință în zona deservită, nu am inclus și o heliplatformă în niciunul dintre scenarii. În cazul în care prin master plan-ul regional devine necesară și o heliplatformă la Spitalul Municipal Ploiești, atunci ar mai trebui adăugată suma corespunzătoare la costul general de construcție, pentru ambele scenarii.

6.1.3 Costurile de infrastructură

Infrastructura acoperă trei componente: bransamentele la rețelele de utilități subterane, drumuri și trotuare, gardurile și alte structuri similare, și peisagistica. Aici intră de obicei și bransarea la rețelele de utilități, transformatoare și substații.

6.1.4 Costuri echipament

În plus față de echipamentele medicale, această categorie de costuri include și dotările nemedicale (denumite „finisaje”, precum și mobilier și alte instalații), cărora li se adaugă echipamente informatice și tehnologice.

Toate aceste cifre sunt colectate și centralizate cu referire la elementele de cost majore, la care se aplică ratele/jaloanele comparative pentru celelalte echipamente. Au fost întocmite liste de echipamente care au

fost utilizate ca jaloane pentru aceste costuri. Listele de echipament sunt în Anexele 14 și 15 aferente Secțiunii 5. Costurile aferente sunt în Anexele 16 și 17 aferente acestei Secțiuni; toate costurile sunt fără TVA și fără contingente (aferente situațiilor neprevăzute)

6.1.5 Costuri soft

Această categorie include gama de servicii profesionale necesare pentru a demara proiectul, de la început, până la valorificare.

6.1.6 Situații neprevăzute

Conform principiilor de bună practică, pentru aceste cifre trebuie avute în vedere și eventualele situații neprevăzute (contingente). Acestea sunt diverse și depinde de cât de riscantă este stabilirea prețurilor și de starea în care se află dezvoltarea proiectului și specificațiilor.

6.2 Costurile de întreținere

6.2.1 Întreținerea preventivă planificată și lucrările de întreținere spontane

Mentenanța include întreținerea preventivă planificată, lucrările de întreținere spontane și reparațiile capitale. Aceste aspecte se referă la întreaga clădire, deci acestea acoperă clădirea, infrastructura și echipamentele.

Plata de întreținere va fi efectuată pe parcursul întregii perioade de operare și trebuie să acopere următoarele:

- Întreținerea proprietății ;
- Întreținerea echipamentelor;
- Cheltuielile generale de administrare;
- Întreținerea managementului informației și a tehnologiei (IM&T).

Aceste costuri de întreținere sunt acoperite în prezent de către ambele spitale prin finanțare din bugetul CNAS. Cu toate acestea, transferul riscului de întreținere a unității către partenerul privat este o parte esențială a beneficiilor unui IPF (PPP în infrastructură). În timpul fazei de structurare, mecanismul de plată va trebui să abordeze această problemă de canalizare a acestor fonduri către PPP. În plus, ipotezele privind costurile de întreținere sunt preliminare la această etapă de pre-evaluare și vor trebui verificate mai detaliat în timpul fazei de structurare a proiectului.

6.2.2 Costurile de înlocuire

Toate componentele spitalului au un ciclu de viață finit și trebuie înlocuite la un moment dat. A fost elaborat un plan de înlocuire în funcție de ciclul de viață al componentelor, în funcție de categoriile majore de costuri de capital (adecvate pentru această etapă de pre-evaluare).

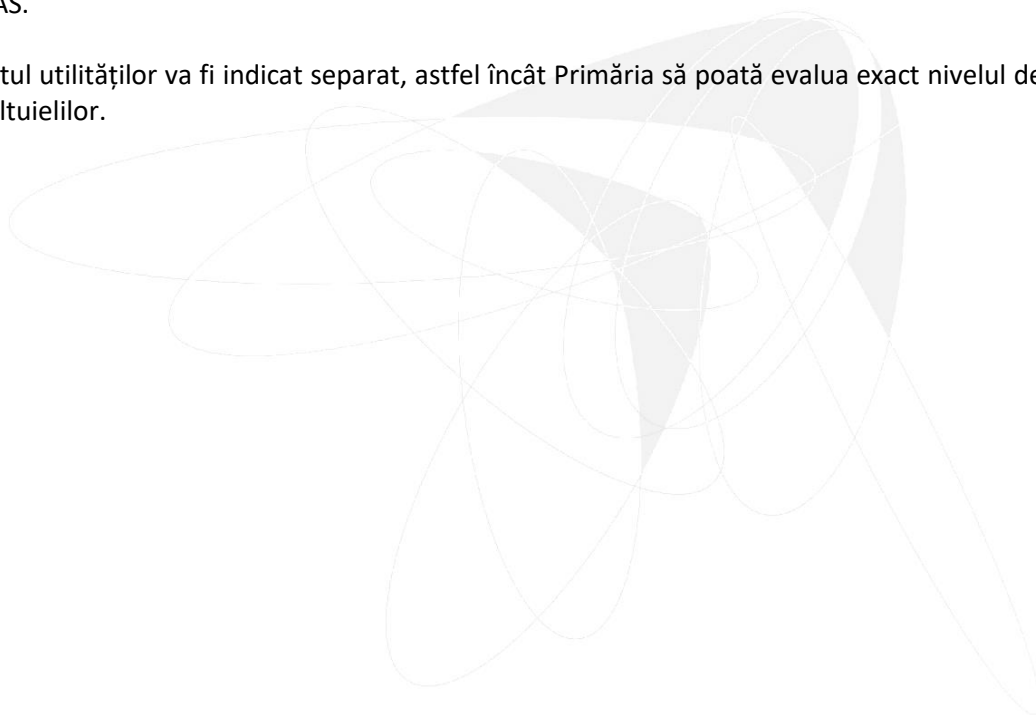
6.3 Costurile utilităților

Utilitățile necesare pentru funcționarea Spitalului din Ploiești sunt următoarele:

- Apă
- Canalizare
- Electricitate
- Gaze

Costul utilităților nu va fi inclus în plata de disponibilitate având în vedere că acestea vor fi suportate în continuare de către partenerul public și nu de către compania cu destinație specială din cadrul PPP-ului. Motivul este acela că la ora actuală utilitățile sunt achitate de către spitale, utilizându-se bugetul alocat de la CNAS.

Costul utilităților va fi indicat separat, astfel încât Primăria să poată evalua exact nivelul de suportabilitate a cheltuielilor.



7. Calcularea plății de disponibilitate

7.1 Ipoteze

Plata de disponibilitate este definită ținând cont de următoarele:

- Rambursarea costului total al proiectului, inclusiv costul capitalului și costul finanțării. Costul total al proiectului include un budget aditional pentru cheltuieli neprevăzute (contingente).;
- Întreținerea planificată și preventivă precum este expusă în secțiunea 6.2;
- Înlocuirea unității și a echipamentului încorporat⁹¹ (nu și a echipamentului medical pus în funcțiune) în dependența de ciclul de viață a acestora precum este prezentat în secțiunea 6.2.2.

Ipotezele utilizate pentru a calcula plățile anuale care ar fi efectuate pentru o unitate spitalicească realizată în regim PPP (spital PPP) sunt în tabelul de mai jos. S-a presupus că proiectul (/partenerul privat) va putea obține un împrumut cu perioadă de rambursare de 15 ani și o perioadă de grație de 3 ani la rambursarea principalului, în timpul proiectării, construcției și punerii în funcțiune (durata totală a împrumutului 18 ani). Durata acordului (/contractului) PPP este apoi de 20 de ani (Durată), oferind un termen de 2 ani care acționează ca un tampon în cazul oricăror probleme cu rambursarea datoriei, pe de o parte; și prevede, pe de altă parte, rambursarea capitalului propriu în ultimii 2 ani (în măsura în care capitalul propriu nu a fost deja rambursat).

Plata pentru disponibilitate include costurile de întreținere și vor fi plătite pentru o perioadă de 17 ani, adică încep după finalizarea proiectării, construcției și punerii în funcțiune (perioada anticipată de 3 ani) și continuă pentru restul Duratei.

Inflația

Analiza financiară a presupus o rată a inflației de 3%, care este puțin mai mare decât prognoza Băncii Centrale Europene (BCE). Prognoza BCE pentru inflația EURO este o medie de 2,4% anual pentru următorii 9 ani. Linia de referință include o evaluare inițială a impactului războiului asupra economiei zonei euro, pe baza informațiilor disponibile până în data de 2 martie 2022.

TVA

Analiza financiară nu aplică TVA costului de capital sau costurilor de întreținere pe perioada de operare. De obicei, pentru a aplica principiul realizării (pentru recunoașterea veniturilor și costurilor), țările adoptă reguli de impozitare specifice pentru PPP. Obiectivul este de a permite recunoașterea veniturilor costurilor de construcție să aibă loc în conformitate cu graficele de plată stabilite în contractul PPP. Posibil, o parte din plata de disponibilitate care se referă la proiectarea și construcția unității ar fi impozabilă. Partea din plata disponibilității care se referă la finanțarea proiectului este de obicei scutită de TVA. Serviciile de întreținere ar putea fi recunoscute ca servicii de asistență medicală și ar putea fi taxabile la o cotă diferită. Normele specifice aplicabile în România ar trebui analizate în următoarea etapă a proiectului (pregătirea studiului de fundamentare) de către consultanți fiscali specializați. Totuși, din perspectiva

⁹¹ O parte din acest cost poate fi suportat din finanțarea de la bugetul de stat prin Ministerul Sanatatii, in masura in care aceste fonduri vor fi incasate de noul spital sau for fi disponibile pe viitor.

municipalității, o parte din TVA-ul plătit partenerului privat în timpul operațiunilor ar fi recuperat prin TVA-ul plătit de partenerul privat în timpul construcției.

7.2 Plățile de disponibilitate

Plățile anuale în EUR pe cei 17 ani (din durată totală de 20 ani, deci nu și în perioada de construcție) sunt prezentate în tabelul de mai jos pentru fiecare din cele patru opțiuni de finanțare. Aceleași opțiuni de finanțare sunt prezentate pentru fiecare dintre cele două opțiuni de dimensiune a spitalului - opțiunea redusă/minimă de 302 paturi și opțiunea înaltă/maximă de 412 paturi.

Municipiul Ploiești ar trebui să bugeteze plățile pentru disponibilitate (care includ plăți de întreținere) în suma descrisă în tabelul de mai jos.



8. Cadrul legal pentru parteneriat public-privat (PPP), achiziții publice și concesiuni

În prezent, principala reglementare care guvernează conceptul PPP în România este Ordonanța privind PPP. Deși în prezent este în vigoare și produce efecte, Ordonanța PPP (și cele trei ordonanțe de urgență ale Guvernului prin care a fost modificată de la adoptare) încă nu a obținut aprobarea Parlamentului, după cum prevede Constituția României.

Ordonanța PPP definește PPP ca fiind o cooperare pe termen lung (peste 5 ani) între un partener public și un partener privat, cu scopul de: (i) a construi sau, după caz, a renova și/sau a extinde un bun (sau bunuri) care vor fi proprietate a partenerului public, și/sau: (ii) a opera un serviciu public. Beneficiarul direct al utilizării bunului sau serviciului public respectiv poate fi partenerul public, o altă entitate publică sau publicul larg.

Obiectul Ordonanței PPP nu este limitat la anumite tipuri de proiecte și, ca urmare, poate să acopere și proiecte privind spitalele. Etapele unui proiect PPP sunt următoarele:

- (1) pregătirea unui studiu de fundamentare de către partenerul public și aprobarea studiului de către autoritatea locală de deliberare (în cazul de față, Consiliul Local al Municipiului Ploiești);
- (2) organizarea procedurii pentru atribuirea contractului de PPP;
- (3) aprobarea de către autoritatea competentă (în cazul de față, Consiliul Local al Municipiului Ploiești) a contractului de PPP care rezultă din negocierile desfășurate între partenerul public și partenerul privat;
- (4) semnarea contractului PPP;
- (5) îndeplinirea condițiilor suspensive (/precedente) stipulate în contractul PPP, inclusiv închiderea financiară.

Studiul de fundamentare trebuie să justifice din punct de vedere economic implementarea Proiectului în regim PPP, abordând următoarele elemente principale:

- (i) accesibilitatea Proiectului în regim PPP și o comparație între opțiunile (/aranjamentele) alternative;
- (ii) matricea de riscuri pentru fiecare opțiune alternativă de implementare;
- (iii) măsura în care Proiectul afectează deficitul public și datoria suverană;
- (iv) bancabilitatea Proiectului; și
- (v) eficiența economică a Proiectului, pe baza unei analize cost-beneficiu.

Ordonanța PPP nu prevede proceduri speciale de atribuire. În schimb, aceasta este proiectată a fi completată prin prevederile legale privind atribuirea contractelor de achiziții publice și concesiune, prin care s-au implementat directivele UE relevante care guvernează această chestiune. Alegerea între legea achizițiilor publice și legea privind concesiunile se face pe baza studiului de fundamentare, care trebuie să ilustreze dacă o parte semnificativă a riscului economic de operare este transferată sau nu partenerului privat. Dacă o parte semnificativă a riscului economic de operare este transferată partenerului privat, contractul PPP se va atribui în conformitate cu cadrul legal privind concesionarea de lucrări și servicii

(respectiv Legea nr. 100/2016). Se poate folosi o procedură deschisă sau o procedură de dialog competitiv pentru atribuirea unui contract de concesiune. Motivarea alegerii procedurii de achiziție PPP va fi analizată într-o etapă ulterioară (în studiul de fundamentare).

În conformitate cu Ordonanța PPP, durata unui proiect PPP trebuie să asigure un profit rezonabil obținut din operarea bunului (bunurilor) sau a serviciului care fac/e obiectul PPP, precum și un nivel rezonabil și accesibil al prețului pentru serviciile care fac obiectul PPP.

Rezilierea contractului de PPP este reglementată detaliat în Ordonanța PPP, în special cu privire la: (i) regimul bunurilor create sau dobândite de Compania de proiect (PPP) și al bunurilor necesare pentru prestarea serviciului public și: (ii) acțiunile partenerului privat în Compania de proiect (PPP). Contractul de PPP și Compania de proiect (PPP) vor fi guvernate de legea română.

8.1 Modelul PPP propus pentru Proiect

8.1.1 Introducere

PPP-urile sunt configurate astfel încât:

- Să fie viabile (eficace în îndeplinirea obiectivelor Clientului, fezabile din punct de vedere tehnic și juridic, conforme din punct de vedere al mediului, sustenabile din punct de vedere social și viabile din punct de vedere economic);
- Să realizeze un bun raport cost/calitate (eficiență economică [Value for Money]), în comparație cu alte alternative viabile (interes larg al investitorilor pentru competitivitate și alocare optimă a riscurilor);
- Să fie vandabile (adică să poată să genereze un profit comercial pentru partenerii calificați) și
- Să fie responsabile din punct de vedere fiscal (costul pentru Partenerul Public să fie aliniat cu responsabilitățile fiscale, iar riscurile reținute de către partenerul public să nu fie destabilizatoare din punct de vedere fiscal).

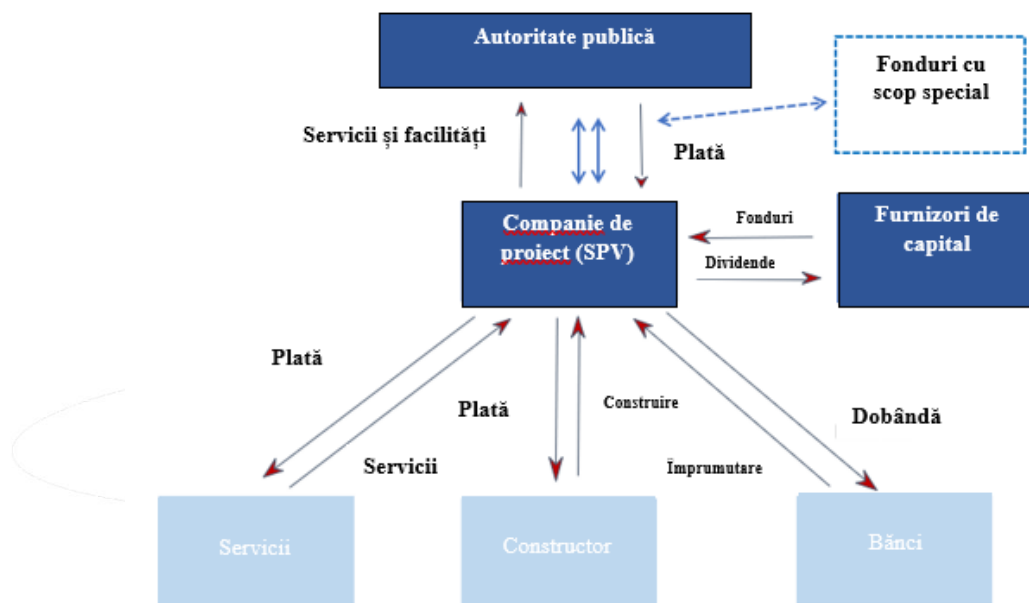
La faza de pre-evaluare, așteptările au fost alinate pe baza acestor patru criterii, folosind informațiile dobândite până acum. Aceste criterii trebuie să fie în continuare un punct de referință, pe măsură de Proiectul se dezvoltă în continuare în Faza 1.

Cerința este ca Proiectul să fie structurat ca PPP în domeniul infrastructurii. Această modalitate are capacitatea să îndeplinească criteriile enumerate mai sus. Aranjamentul contractual se va baza pe o abordare de tip Proiectare-Construire-Finanțare-Exploatare (parțială)-Transfer (**DBFOT**), unde Partenerul Privat (posibil o companie internațională sau regională selectată printr-o licitație internațională competitivă) va proiecta, construi, finanța și exploata anumite servicii de managementul facilității (FM) pentru spital pe o anumită perioadă de timp (toate activitățile care cuprind **Durata** proiectului). În această schemă, furnizarea serviciilor clinice va rămâne responsabilitatea Municipiului Ploiești / Ministerului Sănătății.

8.1.2 Principalele părți interesate și relațiile dintre acestea

Graficul de mai jos descrie structura organizațională propusă.

Figura 47: Structura organizațională propusă pentru Proiect



Următoarele sunt părțile principale în Proiectul de PPP:

Municipiul Ploiești va încheia Contractul PPP („**Partenerul Public**”, „**Municipalitatea**”). În acest context, Municipalitatea este „achizitorul” disponibilității facilităților (/unităților) și, ca urmare, are un rol fundamental în asigurarea caracterului bancabil al Proiectului.

- Facilitatea va fi transferată Municipalității la sfârșitul Duratei. Municipalitatea / Ministerul Sănătății va răspunde de furnizarea serviciilor clinice și a serviciilor non-clinice sau aproape clinice de la spital, care nu sunt externalizate către Partenerul Privat.
- Compania privată (o firmă individuală sau un consorțiu), ca investitor și entitatea juridică (Partenerul Privat) care va înființa o Companie de Proiect (SPV) în România în scopul implementării Proiectului, va asigura expertiza de capital și operațională pentru investirea și livrarea facilităților, echipamentelor, cunoștințelor în legătură cu serviciile de management al facilităților (FM) („**Partenerul Privat**”);
- Investitorul (investitorii) în Partenerul Privat, cunoscuți ca „**Sponsori**” (indicați ca „**Furnizori de Capital**”);
- Băncile sau instituțiile financiare care asigură finanțarea datoriei senioare pentru Proiect și furnizorii pentru datorile mezanine sau junioare (indicate ca „**Bănci**”);

- Antreprenorul care răspunde de proiectarea, achiziția și construcția și punerea în funcțiune a facilităților (/unităților) („**Constructorul**”, adesea numit și **EPC**);
- Personalul și furnizorii externalizați, care sunt resursele esențiale care vor opera și vor întreține unitățile după punerea în funcțiune („**Serviciile**”) și

Alte părți interesate care influențează implementarea Proiectului:

- **„Susținătorii financiari”**; Proiectul PPP, indiferent de forma aleasă (contractuală sau instituțională) poate primi sprijinul unei alte entități publice. Acest sprijin poate lua forma uneia sau mai multor obligații de plată sau obligații de garantare asumate față de partenerul privat sau față de compania de proiect și în beneficiul partenerului public. Obligația (obligațiile) privind susținerea trebuie prevăzute atât în studiul de fundamentare, cât și în documentația de atribuire, în mod clar, exact și fără echivoc, indicându-se condițiile în care se pot îndeplini aceste obligații. Entitatea publică susținătoare devine parte în contractul de PPP (fie de la semnarea inițială acestuia, fie printr-un act adițional semnat la o dată ulterioară).
- **Ministerul Sănătății** este autoritatea centrală din România care are competență în stabilirea priorităților naționale în materie de sănătate publică, aprobarea reglementărilor în domeniul asistenței medicale, asigurarea activității de inspecție sanitară de stat și coordonarea științifică și metodologică a rețelei de asistență medicală.
- **Direcțiile județene de sănătate publică** (DSP-uri) sunt servicii publice descentralizate, cu personalitate juridică, ce funcționează sub autoritatea Ministerului Sănătății. Rolul acestora este să implementeze planurile și politicile naționale de sănătate la nivel local, să identifice problemele prioritare în materie de sănătate la nivel local și să elaboreze și să implementeze acțiunile locale de sănătate⁹².
- **Casa Națională de Asigurări de Sănătate** (CNAS) este o instituție autonomă care are rolul de a gestiona sistemul de asigurări sociale de sănătate și, în special, de a gestiona Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate („**Fondul**”). Spitalele publice pot să încheie contracte pentru rambursarea din Fond a costurilor sale cu furnizarea serviciilor medicale.
- **Casele de asigurare de sănătate** sunt instituții publice cu personalitate juridică, cu buget propriu, care asigură funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local. Casele de asigurări de sănătate sunt subordonate CNAS.

⁹² DSP-urile sunt organizate și funcționează în conformitate cu Ordinul Ministrului Sănătății nr. 1078/2010.

8.1.3 Forma de contract

Părțile implicate în Proiect încheie un „PPP contractual”, așa cum este prevăzut în Ordonanța PPP, care se bazează pe un contract de PPP semnat de partenerul public cu partenerul privat și o companie nou înființată; noua companie este deținută în întregime de către partenerul privat și este Compania de proiect (PPP) în scopul proiectului PPP.

8.1.4 Durata

Ordonanța PPP prevede stabilirea duratei contractului/Contractului PPP, care se stabilește în principal în funcție de:

- Perioada de amortizare a investițiilor care se vor face de către Compania de proiect (PPP); și
- Mijloacele de finanțare ale investițiilor menționate mai sus.

Durata contractului de PPP nu trebuie să limiteze în mod artificial concurența și trebuie să asigure:

- Un profit rezonabil obținut din exploatarea bunului (bunurilor) sau a serviciului care face obiectul PPP, precum și
- Un nivel rezonabil și accesibil al prețurilor serviciilor care fac obiectul proiectului PPP, care va fi plătit de către utilizatorii finali (în acest caz Municipality Ploiești ca „achizitor”).

În acest context, analiza financiară a fost efectuată cu o Durată presupusă a contractului de PPP de 20 de ani, care ar include 3 ani pentru dezvoltarea și construirea unităților și o perioadă de exploatare de 17 ani. De obicei, durata propusă face obiectul feedback-ului pieței și al condițiilor de finanțare, care va fi analizată mai departe în Faza 1.

8.2 Proprietatea asupra bunurilor

Municipalitatea îi va alocă Partenerului Privat un lot de teren pe care se construiește spitalul (în chirie sau sub altă formă de contract, pe durata Proiectului). Lotul de teren va rămâne în proprietate publică, iar Partenerul Privat ocupă locul (amplasamentul) pe baza unui contract de închiriere sau utilizare, care se termină în același moment ca și Durata Contractului de PPP.

Echipamentele achiziționate sau obținute în alt fel de Partenerul Privat sunt de obicei în proprietatea Partenerului Privat (sau a altor părți, dacă este vorba de un aranjament de tip leasing de echipament) până la sfârșitul Duratei, moment la care echipamentele sunt transferate către Partenerul Public.

8.3 Mecanismul de plată, disponibilitatea, criteriile de performanță și monitorizarea

În mare, există trei forme de plată în parteneriatele public-private:

- PPP de tip „Guvernul” plătește;
- PPP de tip Clientul plătește și
- Combinație între Guvernul plătește și Clientul plătește.

Pentru acest Proiect, forma aplicabilă de plată este „Guvernul plătește”, adică administrația locală - Municipality Ploiești. Partenerul Privat poate stabili o taxă pentru anumite servicii, de exemplu parcare și serviciile de catering pentru vizitatori (și pentru pacienți, dacă acest lucru este inclus în scop) și poate obține venituri din închirierea de spații mici, pentru florării de exemplu, sau magazine generale și alte facilități similare (sau le poate opera el însuși). Totuși, aceste venituri vor fi minore în comparație cu componenta de plată de la Municipality. Atunci când există astfel de venituri, de obicei ele compensează într-o anumită măsură plățile pe care le face sectorul public.

Partenerul Privat va primi o **Plată Anuală** regulată de la Municipality, pentru disponibilitatea facilităților și întreținerea continuă și întreținerea pe durata ciclului de viață al acestor facilități (**Plata de Disponibilitate**). Această plată va începe numai după ce unitățile au fost construite, puse în funcțiune și predate sectorului public.

Premisa esențială a unui PPP în domeniul infrastructurii este disponibilitatea acestora (facilităților). Ca urmare, există riscul ca la Plățile Anuale să se aplice deduceri dacă facilitățile sau părți din acestea sunt indisponibile și nu pot fi folosite de Partenerul Public.

De asemenea, dacă unitățile sunt disponibile, dar serviciile pe care trebuie să le realizeze Partenerul Privat scad sub standardele specificate în Contractul PPP (definite ca indicatori principali de performanță, sau **KPI**), la plăți se pot aplica deduceri pentru performanță. Acest lucru este valabil pentru KPI cum ar fi standardele de mediu (temperatură, schimbări la nivelul aerului, niveluri de iluminat), standarde de parcare (dacă acest serviciu este inclus), finalizarea întreținerilor programate etc. KPI și metodele aferente de monitorizare a performanței și livrării, precum și scara de penalități și metodele pentru determinarea acestora se vor detalia în Faza 1.

Mecanismul de plată va fi predominant o sumă fixă pe o perioadă, care de obicei se plătește lunar sau trimestrial, pentru a acoperi Plata pentru Disponibilitate. Detalii în acest sens se vor elabora în Faza 1.

8.4 Alte aspecte privind structurarea

Există diverse probleme care trebuie abordate la structurarea PPP-urilor în domeniul infrastructurii. Le prezentăm mai jos pe cele principale.

- **Proiectare și eficiență:** Într-un PPP în domeniul infrastructurii, plata se bazează pe disponibilitate și doar într-o mică măsură depinde de servicii. Ca urmare, este important să se stabilească eficiența înainte de lansarea licitației pentru proiect și ca aceste aspecte legate de eficiență să fie reflectate în termenii de referință. În acest Raport a fost efectuată o planificare în domeniul sănătății și o planificare de capacitate și recomandarea este ca, în timpul studiului de fezabilitate, Consultantul pentru Faza 1, împreună cu echipa sa tehnică să efectueze astfel de planificări mai detaliate, pentru a detalia toate aspectele posibile privind eficiența. În plus, nivelul de proiectare pe care trebuie să îl efectueze fiecare ofertant în timpul perioadei de Licitație trebuie să fie suficient pentru a permite sectorului public să determine dacă proiectul este fezabil din perspectivă clinică - adică dacă operatorul public poate să își îndeplinească în mod adecvat

funcțiile în spital, așa cum este proiectat acesta. Este important ca aceste aspecte să fie stabilite înainte de lansarea licitației și să fie prevăzute clar în documentație.

- În Faza 1 trebuie să se efectueze un exercițiu detaliat de analiză a pieței pentru a stabili interesul, pe piața de ofertă, pentru implementarea unor astfel de proiecte de PPP în domeniul infrastructurii la nivel sub-național în România. În plus, trebuie făcută o analiză și la nivelul Creditorilor Seniori, pentru a se determina în ce măsură sunt dispuși să furnizeze finanțare de proiect la nivel sub-național;
- Structura trebuie analizată în raport cu prevederile din Ordonanța PPP din România;
- Consultantul de Fază 1 trebuie să procedeze la o definiție detaliată a serviciilor FM pe care trebuie să le asigure partenerul privat, precum și la o analiză atentă a **interfețelor** dintre serviciile externalizate și internalizate și a riscurilor pe care le impun aceste interfețe. Subliniem faptul că gestionarea acestor interfețe reprezintă un risc esențial pentru Partenerul Public și, ca urmare, trebuie să se acorde o atenție deosebită acestor servicii și interfețelor dintre ele, ca parte a evaluării privind raportul cost/calitate (analiza de eficientizare economică [Value for Money]); și
- Trebuie analizată capacitatea echipei de la nivelul Municipality de a supraveghea implementarea (proiectului). Recomandăm ca Proiectul să fie folosit ca oportunitate pentru formarea de capacitate instituțională, de dezvoltare și training al personalului.

8.5 Aspecte cheie privind bancabilitatea

8.5.1 Rezilierea contractului și evenimente de reziliere

Rezilierea contractului de PPP este reglementată detaliat în Ordonanța PPP, în special cu privire la: (i) regimul bunurilor create sau dobândite de Compania de PPP și al bunurilor necesare pentru efectuarea serviciului public și; (ii) acțiunile partenerului privat în Compania de PPP. În cazul în care contractul de PPP este reziliat din orice alt motiv în afară de expirarea (duratei) acestuia, partenerul privat are dreptul la o despăgubire/preț în schimbul bunurilor/acțiunilor transferate partenerului public. Valoarea acestei despăgubiri/acestui preț este redusă cu valoarea daunelor (dacă există) datorate partenerului public din cauza unei neîndepliniri a obligațiilor din partea partenerului privat. De asemenea, contractul de PPP poate fi reziliat și de către partenerul public, din motive excepționale privind interesul public, caz în care partenerul privat are dreptul la o „indemnizație echitabilă”. Mecanismele pentru calcularea despăgubirii menționate anterior și a „indemnizației echitabile” trebuie definite în documentația de atribuire și în contractul PPP.

Printre evenimentele tipice de reziliere se numără următoarele:

- **Rezilierea din cauza unei neîndepliniri a unei obligații a Partenerului Public** – de către Partenerul Privat, atunci când Partenerul Public nu își îndeplinește obligațiile importante, în special obligațiile de plată;
- **Rezilierea voluntară** – de către Partenerul Public, la discreția acestuia, unilateral sau din motive de politici publice;

- **Rezilierea din cauza unei neîndepliniri a unei obligații a Partenerului Privat** – de către Partenerul Public, atunci când Partenerul Privat nu își îndeplinește obligațiile importante;
- **Situație prelungită de forță majoră** – de către oricare dintre Părți, atunci când nu s-a convenit asupra unei soluții pentru continuarea contractului PPP.

De ce sunt importante astfel de prevederi?

- Esențiale pentru a proteja Partenerul Public și esențiale din punct de vedere al caracterului bancabil al proiectului
- Sponsorii și creditorii caută asigurarea că drepturile Partenerului Privat în cadrul contractului de PPP și investiția lor (capital propriu și datorie) beneficiază de o protecție rezonabilă în fața unei eventuale rezilieri neașteptate sau înainte de termen
- Sponsorii și creditorii vor căuta să se asigure că vor fi despăgubiți în cazul în care are loc o reziliere înainte de termen
- Dreptul Partenerului Public de a rezilia din cauza unei neîndepliniri a unei obligații a Partenerului Privat depinde de condițiile din Contractul Direct – Un acord tripartit între Partenerul Public, Partenerul Privat și Creditori

8.5.2 Despăgubire în caz de reziliere

- Fiecare dintre evenimentele de reziliere probabil că va avea un nivel diferit de despăgubire care i se va putea atribui.
- Nivelul de despăgubire plătit Partenerului Privat în cazul neîndeplinirii unei obligații de către Partenerul Public sau în cazul unei rezilieri voluntare va fi diferit de cel plătit în cazul neîndeplinirii unei obligații a Partenerului Privat. Pe piețele emergente, creditorii seniori se așteaptă de obicei ca datoria senioară să fie protejată în toate scenariile de reziliere și, ca urmare, aceasta va fi plătită întotdeauna integral. Acest lucru este mai puțin obișnuit pe piețele mai mature, cum ar fi piața europeană.
- De ex. în cazul neîndeplinirii unei obligații de către Partenerul Privat, despăgubirea plătită de către Partenerul Public ar include de obicei suma rămasă din datorie și penalitățile aferente rambursării înainte de termen, dar fără capital propriu și profit. Totodată, poate fi luat în considerare dreptul de intervenție al creditorilor pentru managementul facilităților;

De ce sunt importante astfel de prevederi?

În cazul în care nu există astfel de prevederi în contractul de PPP, proiectul este puțin probabil să securizeze finanțarea – cel puțin dacă proiectul depinde de finanțarea băncilor internaționale.

8.6 Risk sharing

Tabelul de mai jos prezintă o listă a modurilor în care sunt alocate de obicei riscurile între Partenerul Privat și Partenerul Public în proiecte de natură similară. Această alocare a riscurilor trebuie analizată, detaliată și finalizată mai departe în Faza 1 a Proiectului.

Tabel 30: Distribuția tipică a riscurilor cheie între partenerul privat și cel public în proiecte similare

Riscuri	Alocarea riscurilor între Partenerul Public și Partenerul Privat
Acorduri	
Partenerul Privat răspunde de pregătirea aprobărilor necesare (autorizația de construcție / evaluarea de impact / licențe)	Partenerul Privat
Partenerul Public răspunde de finalizarea planului de urbanism în care se desemnează terenul pentru construirea spitalului - Asigură reprezentare privind proprietatea asupra terenului	Partenerul Public
Pretenții ale unor terți asupra proprietății / utilizării terenului (adică dispute privind proprietatea, restituire)	Partenerul Public
Costuri cu proiectarea și construcția	
Partenerul Privat răspunde de pregătirea conceptului de proiectare și a proiectării detaliate care să fie conforme cu cerințele inițiale, așa cum sunt detaliate în contractul de concesiune și care trebuie depuse ca parte din ofertă. Observație: Obligația Partenerului Privat de a asigura o garanție de construcție, drept Condiție Suspensivă (/precedentă) (CS)	Partenerul Privat
Riscul de întârzieri în construcție la finalizarea proiectării detaliate, avizelor și construcției, din cauza unei liste restrânse de evenimente, inclusiv, dar fără a se limita la obligații ale Partenerului Public / hotărâri judecătorești / schimbări la nivelul procedurilor de urbanism și administrative / evenimente de FM definite	Partenerul Public
Riscul de întârzieri în construcție la finalizarea proiectării detaliate, avizelor și construcției, care nu sunt din cauza unei liste restrânse de evenimente, limitate la, dar fără a include obligații ale Partenerului Public / hotărâri judecătorești / schimbări la nivelul procedurilor de urbanism și administrative / evenimente de FM definite	Partenerul Privat
Neîndeplinirea obligațiilor / faliment și/sau întârzieri din cauza constructorului (EPC) și ale subcontractanților ca urmare a unor eșecuri ale EPC și/sau ale subcontractanților	Partenerul Privat
Întârzieri și/sau depășiri de costuri din cauza unor probleme de management de proiect (coordonarea subcontractanților) și/sau a performanțelor EPC și ale subcontractanților	Partenerul Privat
Eșecul de a construi conform proiectării detaliate (validat de inginerul expert numit de o terță parte) (cu excepția problemelor identificate ca proiectarea clinică, pe care va trebui să le verifice sectorul public)	Partenerul Privat
Depășiri de costuri	Partenerul Privat
Impactul advers al lipsei de resurse și al disponibilității EPC / subcontractanților	Partenerul Privat
Condiții de siguranță și securitate pe șantierul de construcții	Partenerul Privat

Pretenții ale unor terți (în legătură cu consecințele construirii și existenței unui spital)	Împărțite (în funcție de tipul de pretenție)
Întârzieri legate de accesul la șantier	Partenerul Public
Operațiuni	
Eveniment de forță majoră care afectează clădirea. (obligația Partenerului Privat de a subscrie toate asigurările necesare definite contractual în legătură cu locația / construcția / persoanele)	Partenerul Public (Partea asigurată este folosită la discreția Partenerului Public pentru renovare. Partea neasigurată a unui eveniment de forță majoră este suportată de Partenerul Public)
Schimbări la nivelul primelor de asigurare	Împărțite
Neefectuarea întreținerii planificate conform celor specificate în contract	Partenerul Privat
Forță majoră – modificări de legislație	
Impactul advers asupra capacității Partenerului Privat de a își îndeplini obligațiile și/sau care generează un impact financiar advers, ca urmare a unei schimbări de legislație/reglementări (schimbări specifice)	Partenerul Public
Schimbări specifice de reglementări care afectează proiectarea și construirea	Partenerul Public
Schimbări la nivelul legislației muncii care duc la modificarea costurilor cu angajații	Partenerul Privat
Schimbări la nivel de impozitare (schimbare generală)	Partenerul Privat
Altele	
Consecințe ale unor probleme legale cu terțe părți privind procedura de licitație pentru proiect, inclusiv reziliere, întârzieri și costuri	Partenerul Public

9. Evaluarea fezabilității sociale și de mediu (E&S) pe lotul alocat pentru Proiect

9.1 Introducere

În cadrul acestei secțiuni, vă prezentăm o evaluare a fezabilității E&S pentru lotul de teren din Ploiești. În conformitate cu termenii de referință, temele sunt următoarele:

- Raport de inspecție vizuală realizat de specialistul nostru, alături de o descriere a destinațiilor anterioare și actuale ale lotului de teren respectiv alocat pentru Proiect;
- Rezultatul analizei informațiilor E&S disponibile privind amplasamentul respectiv, alături de o cercetare a riscurilor de E&S și a efectelor anticipate pentru locația respectivă;
- O prezentare succintă a situației procedurii de achiziție a terenului și a oricăror aspecte legate de aceasta.
- Evaluarea riscurilor privitoare la strămutarea rezidenților din zonă (reali sau potențiali; care sunt instalați în zonă legal sau ilegal).
- Evaluarea posibilelor restricții E&S la nivelul amplasamentului respectiv și de orice risc de opoziție manifestată din partea populației locale cu privire la utilizarea terenului respectiv.

Presupunând că Proiectul continuă cu etapa în care se efectuează studiul de fezabilitate, IFC va realiza evaluări E&S mai amănunțite, conform cerințelor din Standardele de Performanță ale IFC.

9.2 Amplasamentul

9.2.1 Informații generale

Amplasamentul se află într-un loc unde nu au mai fost făcute investiții (*greenfield*), acoperind un sector cu teren aflat în circuitul agricol. Forma terenului este aproximativ dreptunghiulară, cu o suprafață de 42.151 m². Coordonatele geografice sunt 44.915341 cu 26.059436. Terenul în general este plat, cu o pantă lină coborând spre sud-est. Terenul se află la o altitudine aproximativă de 131 m deasupra nivelului mării. Accesul se face din Str. Râfov, spre nord-vestul amplasamentului.

Cercetarea amplasamentului din Ploiești a fost făcută de către reprezentantul echipei de consultanță în data de 4 martie 2022. Discuțiile au fost susținute cu reprezentanții municipalității. Informațiile au fost solicitate primăriei, care ne-a și oferit răspunsurile necesare.

Obiectivul inspecției în teren a fost acela de a înțelege amplasamentul general și de a putea identifica orice condiții de mediu și sociale adverse vizibile care ar putea afecta amplasamentul (inclusiv surse locale de contaminare actuale sau istoric potențiale) sau orice activități de amenajare/constrângeri care ar putea afecta Proiectul.

Pe baza inspecției făcute în teren, la care s-a adăugat și cercetarea imaginilor preluate de pe Google Earth, s-a constatat că loturile de teren învecinate sunt următoarele:

- Spre nord: Teren neamenajat, cu un canal de drenaj (de aprox. 150 m) și construcții cu destinație rezidențială (Strada Tânărul Muncitor - Strada Târgului) dincolo de zona respectivă, la aproximativ 250 m de amplasamentul avut în vedere.
- Spre est: Str. Râfov (adiacentă), cu teren agricol dincolo de aceasta. Există construcții cu destinație rezidențială spre sud-estul terenului, reprezentând locuințe informale neînregistrate în cartea funciară.
- Spre sud: drept de servitute pentru o linie electrică aeriană de înaltă tensiune de-a lungul limitei sudice a terenului (alăturare), cu un teren agricol dincolo de acesta, la aprox. 550 m situându-se amplasamentul SC Wash Stations Tank Wagons CFR SSVAC SA (companie feroviară de spălare a vagoanelor-cisternă).
- Spre vest: Zonă împădurită, teren neamenajat, Strada Ghighiului și anumite proprietăți imobiliare dincolo de aceasta, la aproximativ 130 m.

9.2.2 Utilizarea amplasamentului

Amplasamentul este localizat predominant într-o zonă agricolă din suburbiile Ploieștiului, la aproximativ 4 km sud-est de centrul orașului Ploiești. În trecut a fost utilizat doar ca teren agricol. Cele mai apropiate proprietăți rezidențiale (informale) sunt localizate la aprox. 80 m est de amplasament.

9.3 Evaluarea condițiilor de mediu

9.3.1 Introducere

Obiectivul este acela de a stabili dacă există condiții de mediu adverse de natură să afecteze proprietatea și Proiectul (inclusiv orice prezență sau surse istoric potențiale de contaminare) sau orice procese de amenajare care ar putea afecta în mod advers zona din jurul amplasamentului Proiectului.

9.3.2 Hidrologia

Nici în zona respectivă și nici în vecinătatea acesteia nu se află ape de suprafață. Cel mai apropiat corp de apă este un canal de drenaj care este situat la aprox. 150 m nord de amplasament, iar cel mai apropiat corp de apă natural este pâraul Dâmbu, situat la aprox. 800 m nord-est de amplasament. Se consideră că amplasamentul nu este situat într-un loc expus pericolului de inundații sau viituri.

9.3.3 Protecția mediului

Perimetrul este situat într-o zonă suburbană, atât în amplasamentul respectiv cât și în zonele învecinate aflându-se predominant habitate modificate.

Amplasamentul nu este situat în vreo zonă constituită legal ca arie protejată. În perimetrul respectiv și în vecinătatea acestuia nu se află zone cu grad ridicat de biodiversitate.

9.3.4 Cultural Heritage

Nici în zona respectivă și nici în vecinătatea acesteia nu se află zone de importanță pentru patrimoniul cultural. Nu ne așteptăm să identificăm în perimetrul respectiv zone cu relevanță arheologică, iar potențialul de a identifica astfel de structuri este neglijabil.

9.3.5 Gestionarea deșeurilor

Cea mai apropiată rampă ecologică se află la aprox. 12-13 km, în Boldești-Scăeni. Acolo se depozitează în principal deșeuri municipale solide. După cum se evidențiază în Autorizația Integrată de Mediu nr. 17 din data de 17.07.2017, valabilă până în 2027 pentru acea rampă ecologică, pusă la dispoziția Consultantului de către Primărie, rampa deține autorizație de funcționare legală. În momentul acesta, este neclar dacă rampa ar putea avea capacitatea de a prelua deșeurile generate de construcția spitalului sau deșeurile medicale generate de activitatea spitalicească.

9.3.6 Rețele de utilități aflate în subteran

Nu există conducte, cabluri sau alte tubulaturi pentru transportul gazelor care să fie amplasate în subteranul zonei respective, după știința Primăriei.

9.3.7 Contaminarea

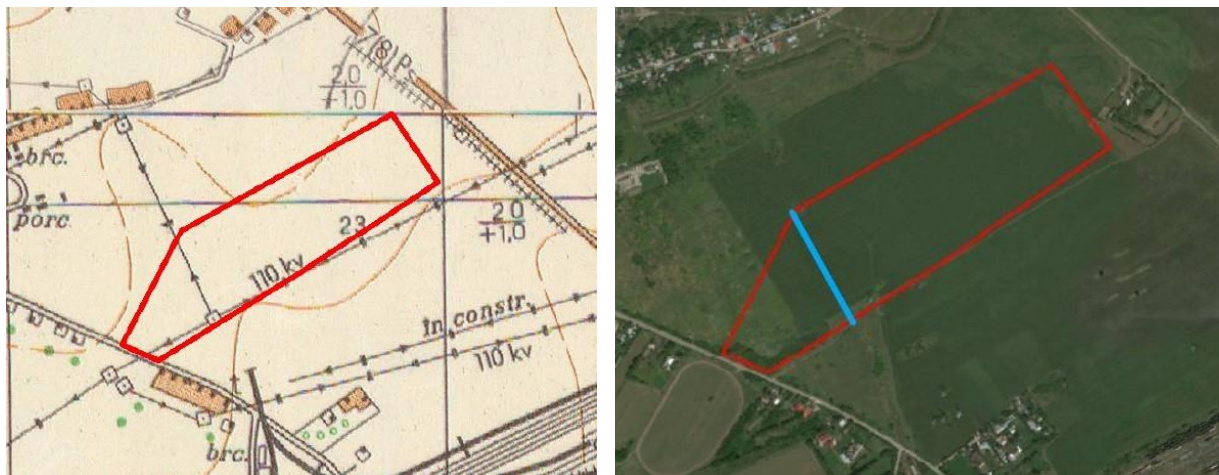
În cadrul vizitei efectuată în perimetrul respectiv, nu s-au identificat contaminări vizuale sau olfactive. Nu se consideră că utilizarea curentă și anterioară a perimetrului generează un risc semnificativ cu privire la contaminarea solului și/sau a apelor subterane. Nu au fost identificate destinații ale terenurilor de natură să contamineze imediată vecinătatea a perimetrului respectiv.

9.4 Constrângeri de amenajare cunoscute și posibile

9.4.1 Liniile de înaltă tensiune existente

Porțiunea vestică a perimetrului pare să fie împărțită în două de o LEA (linie electrică aeriană) de 110 kV, cu doi stâlpi de susținere amplasați pe limitele NE și SE ale perimetrului (Figura 55). În România, zona de siguranță pentru LEA este, de obicei, de până la 18,5 m înălțime. Trebuie observat faptul că dreptul de servitute pentru stâlpi împarte perimetrul în două, o parte mai mică și alta mai mare, separând efectiv partea mai mică (cea de la vest de zona afectată de dreptul de servitute) de perimetrul principal. Din acest motiv, zona amenajabilă a perimetrului necesar pentru construirea spitalului se reduce. Cu toate acestea, această situație nu este semnificativă deoarece nu impactează decât aprox. 20% din amplasamentul necesar.

Figure 485: Drept de servitute aferent LEA



Mai mult decât atât, dreptul de servitute al celui alt stâlp care susține cablurile aflate la granița de sud a perimetrului traversează o parte mai mică a părții de amplasament mai redusă ca suprafață, prin colțul din sud-vestul acestuia. În condițiile în care perimetrul cu o suprafață mai mică este deja supus unor constrângeri, acest lucru nu are un impact asupra sa și are un impact foarte mic asupra porțiunii mai mari de teren, pentru că zona de siguranță cu înălțimea de 18,5 m se află în bună parte în afara limitelor lotului necesar pentru spital.

9.4.2 Muniție rămasă neexplodată (UXO)

Zonele din jurul Ploieștiului au fost bombardate intens de forțele aeriene ale SUA în timpul celui de-al Doilea Război Mondial. Bombardamentele s-au concentrat în principal pe rafinării, dar nu este exclusă prezența unor proiectile neexplodate (UXO) și în alte zone din jurul Ploieștiului, avându-se în vedere sesizările anterioare referitoare la găsirea unor astfel de proiectile. Prin urmare, înainte de începerea lucrărilor de amenajare se recomandă cercetarea zonei pentru identificarea munițiilor neexplodate.

9.4.3 Capacitatea existentă de gestionare a deșeurilor

Deși nu este considerată a fi o constrângere nemijlocită pentru dezvoltarea Proiectului în amplasamentul respectiv, lipsa unei unități adecvate de gestionare a deșeurilor în vecinătatea zonei Proiectului este considerată o problemă importantă. Nu este clar dacă depozitul de deșuri existent poate îndeplini standardele IFC aplicabile, în special cele prevăzute în Ghidul IFC pentru siguranță, sănătate, mediu (EHS), aplicabil unităților de management al deșeurilor, sau dacă respectivul depozit dispune de o capacitate suficientă de preluare a deșeurilor de alte tipuri decât deșeurile solide municipale, de ex. tipurile de deșuri asociate construcției unui spital sau deșuri medicale periculoase generate în timpul exploatării respectivei unități spitalicești. Se recomandă ca în etapa SF să se efectueze o evaluare amănunțită a capacității respectivului depozit de deșuri și a respectării de către acesta a standardelor IFC aplicabile, pentru a se verifica dacă acel depozit de deșuri poate fi utilizat în cadrul proiectului pentru depozitarea deșeurilor medicale nepericuloase generate în cadrul Proiectului. Este posibil ca, în etapa SF, să trebuiască avute în vedere și opțiunile existente la locația respectivă pentru neutralizarea și tratarea fiecăreia dintre categoriile principale de deșuri medicale care vor fi generate în cadrul Proiectului.

9.4.4 Epurarea apelor uzate

Stația de epurare a apelor uzate (SEAU) existentă este situată la o distanță destul de mare de locația Proiectului, la aproximativ 700 m spre nord-est. În acest moment, următoarele aspecte sunt neclare:

- dacă SEAU dispune de o capacitate suficientă pentru a primi și apa uzată generată de spitalul propus;
- dacă SEAU poate să mențină respectarea cerințelor legale aplicabile în această materie;
- dacă SEAU poate gestiona tipul de efluent care trebuie generat; și
- dacă va fi utilizat orice alt bransament pentru drenarea apelor uzate pentru evacuarea apelor uzate generate de Proiect sau dacă va fi necesar un nou sistem de drenaj.

9.4.5 Alimentarea cu apă

În conformitate cu dispozițiile legale aplicabile la nivel local, orice spital cu cel puțin 450 paturi trebuie prevăzut cu propria sursă de extragere a apei din subteran (puț de adâncime).

În cazul în care proiectul implică alimentarea cu apă a unor utilizatori ai unei facilități de infrastructuri (cum ar fi pacienții, în acest caz), pentru băut, gătit, spălat, îmbăiat, calitatea apei trebuie să respecte standardele de acceptabilitate naționale sau, în lipsa, acestora, versiunea curentă a Ghidului privind calitatea apei potabile al OMS. Calitatea apei pentru solicitări mai speciale, de exemplu activitățile spitalicești, pot necesita aplicarea unor ghiduri și standarde mai stricte, specifice domeniului respectiv, după caz.

Posibilul efect al extragerii de apă din resursele subterane pentru activitățile din cadrul proiectului trebuie evaluat în mod adecvat, combinând evaluările din teren și tehnicile de modelare, avându-se în vedere și variabilitatea sezonieră, precum și schimbările avute în vedere în zona proiectului. Acestea se realizează de obicei în cadrul evaluărilor impactului de mediu / de mediu și social al unui anumit Proiect.

9.5 Drept de proprietate și destinația terenului anterioară și curentă

9.5.1 Dreptul de proprietate

Primăria Ploiești a confirmat că este proprietara exclusivă a zonei respective și că, prin urmare, nu va fi necesară achiziția de terenuri pentru acest Proiect.

9.5.2 Destinația terenului

Primăria a confirmat că perimetrul respectiv (sau orice parte a acestuia) nu este utilizat în prezent de nicio societate comercială publică sau privată. Nu au fost identificate probleme cu privire la utilizarea informală a terenului respectiv. S-a constatat totuși că în imediata vecinătate a perimetrului dedicat Proiectului există proprietăți rezidențiale informale; cu toate acestea, acele imobile nu intră în perimetrul necesar Proiectului și nu sunt așteptate strămutări (expropriieri) în cadrul Proiectului.

Acest perimetru face parte dintr-un lot mai mare de 81.283 m², aflat în proprietatea Municipality Ploiești. Terenul se află în Registrul Agricol, vol. 14, poz. 10, fiind înregistrat în Registrul Cadastral (cartea funciară) cu nr. (cadastral) 147.667. Terenul este situat în intravilanul mun. Ploiești, între Străzile Ghighiului și Râfov și se poate construi acolo fără modificarea destinației. Planul Urbanistic Zonal aprobat în 2018 prin HCL 607/20 dec. 2018 a adus actualizările necesare la situația și destinațiile posibile ale terenului respectiv.

Așa cum a confirmat și municipalitatea Ploiești, nu există litigii cu privire la terenul respectiv. În prezent, autoritățile locale nu au în plan să amenajeze în vreun fel loturile adiacente amplasamentului spitalului.

Anterior, perimetrul a fost utilizat în scopuri agricole și a rămas neamenajat. În perimetrul respectiv nu sunt amplasate proprietăți rezidențiale sau alte structuri permanente sau temporare. Prin urmare, nu a identificat potențialul unor activități cum ar fi strămutarea rezidențială sau economică a unor persoane.

9.6 Aspecte legate de părțile interesate

Deoarece perimetrul necesar Proiectului se află pe un teren agricol neamenajat, nefiind în prezent utilizat în mod formal sau informal, se consideră că este puțin probabil ca Proiectul să întâmpine opoziție din partea comunității locale. Cu toate acestea, comunitățile locale ar trebui consultate cu privire la proiect încă de la începutul procesului de proiectare și ar trebui și informate în mod adecvat cu privire la impactul și riscurile potențiale de E&S ale Proiectului.

9.7 Sumarul posibilelor efecte și probleme E&S

Trecem în revistă problemele și efectele anticipate, după cum urmează:

- **Achiziționarea de terenuri:** Nu se întrevide, deci nu a fost identificat potențialul unor activități cum ar strămutarea rezidențială sau economică a unor persoane.
- **Responsabilități de mediu:** În principal, terenul vizat este teren neamenajat aflat în circuitul agricol. Nu s-au identificat contaminări vizuale sau olfactive. Se consideră că utilizarea curentă și anterioară a perimetrului nu generează un risc semnificativ cu privire la contaminarea solului și/sau a apelor subterane. Nu au fost identificate destinații ale terenurilor de natură să contamineze imediata vecinătate a perimetrului respectiv.
- **Biodiversitatea:** Nu ne așteptăm ca Proiectul să genereze vreun impact asupra biodiversității, zonelor protejate sau habitatelor.
- **Riscul de inundație:** Se consideră că respectivul lot nu este situat într-un loc expus pericolului de inundații sau viituri, avându-se în vedere distanța față de cele mai apropiate corpuri de apă.
- **Patrimoniul cultural:** Nici în zona respectivă și nici în vecinătatea acesteia nu se află zone de importanță pentru patrimoniul cultural. Nu ne așteptăm să identificăm în perimetrul respectiv zone cu relevanță arheologică, iar potențialul de a identifica astfel de structuri este neglijabil.

Considerăm că efectele E&S enumerate mai jos ar putea avea un potențial semnificativ, necesitând - prin urmare - o evaluare mai temeinică:

- **Calitatea aerului:** Ne așteptăm ca în timpul etapelor de construcție și exploatarea a unității spitalicești să existe emisii în aer (în special dacă se hotărăște și că este oportună construcția unui incinerator).
- **Resursele de apă:** Este posibil ca Proiectul să utilizeze propria sursă de extragere a apei subterane, pentru a satisface cererea de apă, ceea ce este posibil să afecteze resursele locale de apă subterană care sunt utilizate și de alte categorii de utilizatori locali. Posibilul efect al extragerii de apă din resursele subterane pentru activitățile din cadrul proiectului trebuie evaluat în mod adecvat, combinând evaluările din teren și tehnicile de modelare, avându-se în vedere și variabilitatea sezonieră, precum și schimbările avute în vedere în zona proiectului.
- **Emisii de gaze cu efect de seră:** Emisiile GES anuale generate de operațiunile din cadrul Proiectului pot depăși valorile de prag (peste 25.000 tone echivalent CO₂ anual).
- **Impactul câmpurilor electrice și magnetice:** În perimetrul respectiv, există linii de înaltă tensiune existente. Aceste cabluri generează câmpuri electrice și magnetice care au potențialul de a cauza diverse efecte adverse asupra sănătății. Expunerea la aceste câmpuri trebuie evaluată și gestionată în conformitate cu recomandările relevante.
- **Deșeuri:** Pe toată durata de existență a Proiectului vor fi generate deșeuri care necesită tratare și neutralizare în conformitate cu standardele aplicabile.
- **Peisagistică și efecte vizuale:** Este posibil ca Proiectul să afecteze calitatea sau caracteristicile priveliștii pentru comunitățile învecinate.
- **Zgomotul:** Utilajele de construcții vor genera zgomot în timpul lucrărilor de construcții, care ar putea depăși limitele legale și ar putea crea un disconfort pentru comunitățile învecinate.
- **Traficul rutier:** construcția spitalului va genera un trafic rutier semnificativ necesar pentru transportul muncitorilor din construcții, a materiilor prime și al echipamentelor și utilajelor. Prin urmare, pot apărea riscuri semnificative la adresa stării de sănătate a comunității locale, precum și riscuri de sănătate asociate transportului personalului și echipamentelor/materialelor, precum și din punctul de vedere al presiunii exercitate asupra rețelei locale de drumuri.
- **Efecte cumulative:** Este posibil ca lucrările Proiectului să contribuie din ce în ce mai mult la emisiile poluatoare ale aerului, pe lângă emisiile generate de alte activități din zonă, inclusiv stația de tratare a apelor uzate și unitatea de spălare a vagoanelor-cisternă.

9.8 Concluzii și recomandări

Pe baza informațiilor disponibile privitoare la Proiect, și având în vedere și contextul de mediu și socioeconomic al acestuia, o serie întregă de efecte E&S asociate Proiectului propus au fost considerate a fi ne semnificative sau neglijabile.

Proiectul poate fi încadrat în categoria „proiectelor de dezvoltării urbane” conform Anexei II din Legea nr. 292/2018 privind evaluarea impactului anumitor proiecte publice și private asupra mediului, necesitând astfel o evaluare a impactului asupra mediului („EIM”) efectuată conform legii, în cadrul procedurii de obținere a avizelor de lucru.

Constatățile din cadrul Evaluării E&S trebuie verificate în cadrul unei EIM efectuată pentru Proiect și/sau în cadrul unei mai ample Evaluări a Impactului de Mediu și Social realizate cu privire la impactul total al Proiectului (inclusiv Facilitățile Aferente), după cum poate fi considerat necesar în conformitate cu Standardele de Performanță, după încadrarea Proiectului de către IFC.

10. Concluzii

Raportul privind conceptul de proiect pentru Spitalul PPP Ploiești concluzionează că acesta este o propunere viabilă de implementare ca proiect PPP în domeniul infrastructurii. De asemenea, se recomandă ca un noul spital să fie construit, înlocuind SMP și SPP, pe un teren anterior nevalorificat (*greenfield*).

Analiza duratei medii de spitalizare și a ratelor de ocupare a paturilor arată că, în timp ce pentru unele specialități este necesar să se asigure o capacitate suplimentară, în altele există loc pentru îmbunătățirea eficienței și, prin urmare, o justificare pentru reducerea numărului de paturi. Per ansamblu, această analiză concluzionează că noul spital, din perspectiva capacității, poate fi configurat la 302 paturi dacă este vorba de a furniza un profil similar de servicii clinice. Mai mult decât atât, concluzia este că paturile ar trebui distribuite într-un mod mai eficient, în concordanță cu nevoile sistemului de sănătate din România, pentru care există o creștere accentuată a paturilor de spitalizare de zi, o reducere a paturilor de îngrijire acută de spitalizare, o distribuție mai adecvată a paturilor de spitalizare între îngrijirea cronică și cea acută și o creștere a numărului de paturi de îngrijire post-acută (reabilitare medicală), care este de mare interes în zona de acoperire, precum și în întreaga țară.

Analiza a concluzionat, de asemenea, că există cerere de servicii spitalicești dincolo de cele care sunt în prezent satisfăcute în profilurile de servicii clinice ale SMP și SPP. Având în vedere acest lucru, este posibil să existe o facilitate (/unitate) cu 412 paturi, noul spital fiind desemnat spital de urgență de categoria a III-a. Cu acest scenariu, profilul serviciilor clinice va include, de asemenea, o secție de chirurgie și, eventual, o capacitate post-acută suplimentară.

Amplasamentul care a fost propus pentru noul Spital PPP este satisfăcător, deoarece îndeplinește criteriile cheie de dimensiune, proximitate, accesibilitate și disponibilitate a utilităților în vecinătate. Primăria s-a angajat să extindă rețeaua de drumuri și cea de utilități și să își modernizeze capacitățile, așa cum va fi necesar pentru spital. Pentru fezabilitatea socială și de mediu a terenului s-a înregistrat un rezultat pozitiv, deși unele aspecte necesită investigații suplimentare în faza următoare, cum ar fi posibilitatea identificării de muniție neexplodată (UXO) pe teren. Programul funcțional pentru ambele scenarii a fost dezvoltat în planuri conceptuale și au fost testate/adaptate amplasamentului, fiind demonstrată fezabilitatea acestora, împreună cu facilitățile lor diferite.

Proiectul a fost definit ca un PPP "proiectare, construcție, finanțare și operare", care este adecvat și foarte potrivit pentru a furniza proiecte de infrastructură spitalicească. Plățile anuale de disponibilitate preconizate includ rambursarea costurilor de dezvoltare, inclusiv costul capitalului și costul finanțării; întreținerea planificată și preventivă a facilității și echipamentelor; înlocuirea unității și a echipamentului încorporat de-a lungul ciclului de viață aferent. Durata acordului PPP a fost estimată la 20 de ani.

Analiza arată că aprobarea proiectului ca "proiect strategic", conform Ordonanței PPP, este de o importanță crucială pentru acest prim spital PPP din România. La nivel mondial, proiectele de infrastructură spitalicească au necesitat mai multe surse de finanțare, în special atunci când activele

din domeniul sănătății sunt deținute de entități subnaționale. Prin urmare, nu este surprinzător să vedem, așa cum este detaliat în secțiunea 7 a analizei financiare preliminare, că viitoarele plăți de disponibilitate pentru spitalul ploieștean sunt semnificative în comparație cu nivelul actual al bugetului municipalității. Ordonanța privind PPP prevede că fonduri cu scop special pot fi constituite și utilizate pentru finanțarea plăților care urmează să fie efectuate de către partenerul public în cadrul contractului de parteneriat public-privat în timpul etapei de exploatare și întreținere. Astfel de fonduri cu scop special vor fi incluse în bugetele anuale ale autorităților publice care acționează în calitate de parteneri publici în proiectele de parteneriat public-privat, iar astfel de proiecte PPP vor fi evidențiate separat într-o anexă la aceste bugete. Cu toate acestea, o condiție prealabilă pentru înființarea unor astfel de fonduri cu scop special este ca proiectul de parteneriat public-privat relevant să fie aprobat ca proiect de investiții strategice prin Hotărâre de Guvern.

Prin urmare, din motive de accesibilitate, se recomandă structurarea proiectului ca PPP hibrid. Aceasta înseamnă că autoritatea contractantă ar injecta o parte din costurile totale ale investițiilor ca plăți în avans la etapele de construcție. Rațiunea este de a reduce nevoia de finanțare privată care este mai scumpă decât finanțarea publică, de a păstra beneficiile PPP prin transferurile de risc către partenerul privat și de a repartiza finanțarea rămasă pe o perioadă de 17 ani; totodată, în acest fel crește atractivitatea proiectului pentru potențialii parteneri privați prin reducerea finanțării și a riscului global al proiectului. Sursele de finanțare publică inițială au fost considerate a fi o combinație de surse municipale (20 de milioane EUR în conformitate cu capacitatea estimată de împrumut) și de la bugetul central (estimate la 30 de milioane EUR). Acest lucru ar permite reducerea plăților de disponibilitate cu până la 45 %. Fondurile UE pot fi, de asemenea, combinate cu PPP în principiu, dar există foarte puține precedente și niciunul în infrastructura socială până în prezent. Testarea acestei abordări ar avea probabil un impact substanțial asupra calendarului proiectului.

După cum s-a detaliat în analiza juridică, există două aspecte juridice cheie, pe care Ministerul Finanțelor le analizează în prezent, și care ar necesita modificări la nivel guvernamental pentru a face fezabilă implementarea PPP-urilor în România și, pe cale de consecință, a proiectului spitalului ploieștean. În primul rând, aplicarea normelor privind achizițiile publice pentru pregătirea studiilor de fezabilitate privind PPP-urile trebuie să fie reexaminată. HG 907/2016 stabilește norme foarte detaliate care au fost concepute pentru proiecte de achiziții publice. Aceste norme nu sunt adecvate pentru PPP-uri, deoarece anulează efectiv unul dintre principalele beneficii ale unui PPP, și anume de a solicita partenerului privat să propună soluții inovatoare bazate pe proiectarea inițială și pe specificațiile de rezultat conturate de către autoritatea publică. O interpretare foarte strictă a acestor cerințe privind studiile de fezabilitate în timpul pregătirii PPP-urilor, ar putea conduce la costuri de pregătire disproporționate, semnificativ mai mult timp și, ulterior, la specificații prea prescriptive, bazate pe contribuții, care ar putea fi necesare să fie finalizate din nou de către partenerul privat. Pentru a aborda această problemă, se recomandă ca în ordonanța PPP să se includă clarificarea acestui aspect conform căruia proiectele PPP nu sunt supuse aplicării HG nr.907/2016 sau că orientările care urmează să fie aprobate prin ordinul Ministrului Finanțelor, vor stabili aplicarea HG nr.907/2016 pentru proiectele de PPP. Acest lucru va orienta pregătirea proiectelor PPP către cele mai bune practici internaționale, cu nivelul necesar de flexibilitate.

În plus, ordonanța PPP plafonează cu 25% contribuția partenerului public la finanțarea investiției (în faza de construcție), care include fonduri externe europene și alte fonduri externe nerambursabile și contribuția națională la astfel de fonduri. Proiectele din domeniul infrastructurii sociale

necesită investiții substanțiale de capital și plăți de disponibilitate ridicate pot rezulta pe toată durata contractului de parteneriat public-privat. În acest context, trebuie reexaminat plafonul stabilit de 25%, iar fondurile europene și alte granturi ar trebui excluse din acest plafon de 25%. Ministerul Finanțelor și-a exprimat disponibilitatea de a efectua aceste două reforme de reglementare, fără de care Municipalitatea ar suporta costuri mai mari de pregătire a proiectelor, precum și plăți anuale de disponibilitate.



Anexa 4: Coroborarea numărului de paturi calculate folosind ME1 și ME2 din RO DRG cu structura de secții pentru SMP, SPP și Alte Spitale din Prahova

Pasul 1: Cartografierea fiecărui RO DRG cu Categoria Majoră de Diagnostice (CMD) și categoria Medical și Chirurgical

Datele privind activitatea de internare, aferente SMP, SPP și Celorlalte Spitale din Prahova (Sursa: www.drg.ro) folosite pentru analiza cererii (secțiunea 4.3.2b) prezintă enumerarea pe rânduri a RO DRG și a numărului de pacienți acuti și cronici internați cu fiecare din aceste DRG-uri (detalii sunt prezentate în Anexele 1, 2 și 3 de mai sus). Conform Anexelor 1-3, fiecare RO DRG din aceste date sursă este cartografiat mai departe în raport cu un cod de categorie majoră de diagnostice (CMD). Indicele ICM-MHI definește o CMD ca fiind o clasificare mai largă a pacienților, care cuprinde mai multe RO DRG. De ex., codul CMD 01 este denumit boli și tulburări ale sistemului nervos. Astfel, toate RO DRG cu tulburări asociate cu sistemul nervos vor fi clasificate în categoria CMD 01. În Tabelul 43 de mai jos se prezintă o listă cu toate CMD-urile și denumirile acestora din ICM-MHI.

Tabel 31: CMD și descrierile conform indicelui ICM-MHI

Cod CMD	CMD	Denumire CMD
0		Pre-CMD
1	CMD 01	Boli și tulburări ale sistemului nervos
2	CMD 02	Boli și tulburări ale ochiului
3	CMD 03	Boli și tulburări ale urechii, nasului, gurii și gâtului
4	CMD 04	Boli și tulburări ale sistemului respirator
5	CMD 05	Boli și tulburări ale sistemului circulator
6	CMD 06	Boli și tulburări ale sistemului digestiv
7	CMD 07	Boli și tulburări ale sistemului hepatobiliar și ale pancreasului
8	CMD 08	Boli și tulburări ale sistemului musculo-scheletal și țesutului conjunctiv
9	CMD 09	Boli și tulburări ale pielii, țesutului subcutanat și sânului
10	CMD 10	Boli și tulburări endocrine, de nutriție și metabolism
11	CMD 11	Boli și tulburări ale rinichiului și tractului urinar
12	CMD 12	Boli și tulburări ale sistemului reproductiv masculin
13	CMD 13	Boli și tulburări ale sistemului reproductiv feminin
14	CMD 14	Sarcină, naștere și lăuzie
15	CMD 15	Nou-născuți și alți sugari
16	CMD 16	Boli și tulburări ale sângelui și organelor hematopoietice și tulburări imunologice
17	CMD 17	Tulburări neoplazice (hematologice și tumori solide)
18	CMD 18	Boli infecțioase și parazitare
19	CMD 19	Boli și tulburări mentale
20	CMD 20	Consum de alcool/droguri și tulburări mentale induse de alcool/droguri
21	CMD 21	Leziuni, otrăviri și efecte toxice ale medicamentelor
22	CMD 22	Arsuri
23	CMD 23	Factori care influențează starea de sănătate și alte contacte cu serviciile de sănătate
24		Abatere DRG

În plus, fiecare RO DRG din datele privind activitatea de internări este cartografiată și pe categoriile medicală, chirurgicală și alta, conform ICM-MHI. DRG medicală este codificată cu litera „M”, cea chirurgicală cu litera „C”, iar categoria „alta” cu litera „A”.

Pasul 2: Transformarea CMD-urilor cartografiate în DRG-uri aferente ICD-10 ale OMS

Pentru a corela paturile calculate pe baza ME1 și ME2 cu secțiile, este important ca aceste CMD să fie transformate mai întâi în DRG-uri aferente ICD-10. Acest lucru se face din următoarele motive:

- DRG-urile aferente ICD-10 sunt considerate mai standardizate la nivel global.
- Sunt disponibile valori de referință pentru alocarea pacienților din cadrul unei anumite grupe din ICD-10 la una sau mai multe secții medicale și/sau chirurgicale. De ex., pacienții raportați la I00-I99, adică tulburări ale sistemului cardiovascular ar putea primi tratament medical (Cardiologie) sau chirurgical (Chirurgie cardiacă) sau ambele tipuri de tratament.

După cum s-a evidențiat în Tabelul 43 de mai sus, fiecare cod CMD se referă la o grupă de anumite boli ale unui anumit organ al corpului sau la o anumită afecțiune medicală. A fost identificată o similaritate între codurile CMD și descrierile codurilor DRG aferente ICD-10 și au fost transformate CMD în DRG-uri aferente ICD-10, conform Tabelului 44 de mai jos.

Tabel 32: Conversia codurilor CMD in DRG aferente ICD-10

Cod CMD	CMD	Denumire CMD	Cod DRG aferent ICD-10	Denumire DRG aferent ICD-10
0		Pre-CMD	R00-R99	Simptome, semne și rezultate clinice și de laborator anormale, neclasificate în altă parte
1	CMD 01	Boli și tulburări ale sistemului nervos	G00-G99	Sistemul nervos
2	CMD 02	Boli și tulburări ale ochiului	H00-H59	Ochi și anexe
3	CMD 03	Boli și tulburări ale urechii, nasului, gurii și gâtului	H60-H95	Ureche și proces mastoid
4	CMD 04	Boli și tulburări ale sistemului respirator	J00-J99	Sistemul respirator
5	CMD 05	Boli și tulburări ale sistemului circulator	I00-I99	Sistemul circulator
6	CMD 06	Boli și tulburări ale sistemului digestiv	K00-K99	Sistemul digestiv
7	CMD 07	Boli și tulburări ale sistemului hepatobiliar și ale pancreasului	K00-K99	Sistemul digestiv
8	CMD 08	Boli și tulburări ale sistemului musculo-scheletal și țesutului conjunctiv	M00-M99	Sistemul musculo-scheletal și țesutul conjunctiv
9	CMD 09	Boli și tulburări ale pielii, țesutului subcutanat și sânului	L00-L99	Pielea și țesutul subcutanat
10	CMD 10	Boli și tulburări endocrine, de nutriție și metabolism	E00-E90	Boli endocrine, de nutriție și metabolice
11	CMD 11	Boli și tulburări ale rinichiului și tractului urinar	N00-N99	Sistemul genital și urinar
12	CMD 12	Boli și tulburări ale sistemului reproductiv masculin	N00-N99	Sistemul genital și urinar
13	CMD 13	Boli și tulburări ale sistemului reproductiv feminin	N00-N99	Sistemul genital și urinar
14	CMD 14	Sarcină, naștere și lăuzie	O00-O99	Sarcină, naștere și lăuzie

Cod CMD	CMD	Denumire CMD	Cod DRG aferent ICD-10	Denumire DRG aferent ICD-10
15	CMD 15	Nou-născuți și alți sugari	P00-P96	Anumite afecțiuni cu origine în perioada perinatală
16	CMD 16	Boli și tulburări ale sângelui și organelor hematopoietice și tulburări imunologice	D50-D89	Sânge și organe hematopoietice și anumite tulburări care implică mecanismul imunitar
17	CMD 17	Tulburări neoplazice (hematologice și tumori solide)	C00-D49	Neoplazii
18	CMD 18	Boli infecțioase și parazitare	A00-B99	Afecțiuni infecțioase și parazitare
19	CMD 19	Boli și tulburări mentale	F01-F99	Tulburări mentale și de comportament
20	CMD 20	Consum de alcool/droguri și tulburări mentale induse de alcool/droguri	F01-F99	Tulburări mentale și de comportament
21	CMD 21	Leziuni, otrăviri și efecte toxice ale medicamentelor	S00-T88	Leziuni, otrăviri și alte consecințe de cauză externă
22	CMD 22	Arsuri	S00-T88	Leziuni, otrăviri și alte consecințe de cauză externă
23	CMD 23	Factori care influențează starea de sănătate și alte contacte cu serviciile de sănătate	Z00-Z99	Factori care influențează starea de sănătate și contacte cu serviciile de sănătate
24		Abatere DRG	R00-R99	Simptome, semne și rezultate clinice și de laborator anormale, neclasificate în altă parte

Pasul 3: Corelarea numărului calculat de paturi pentru îngrijire acută și cronică folosind ME1 și ME2 conform DRG-urilor aferente ICD-10 și categoriile medicală, chirurgicală și alta

Mai departe, am corelat numărul de paturi pentru îngrijire acută și cronică calculat pe baza ME1 și ME2 pentru SMP, SPP și Alte Spitale din Prahova conform DRG-urilor aferente ICD-10 și am aprofundat în continuare pe categoriile Medicală, Chirurgicală și Alta.

Pasul 4: Convertirea paturilor corelate conform DRG aferente ICD-10 în secții medicale și chirurgicale

Pasul 4.1: Conversia paturilor pe secții medicale și chirurgicale pentru SMP și SPP împreună

Mai întâi sunt detaliați pașii pentru transformarea paturilor corelate pe ICD-10 în categoriile medicală și chirurgicală, pentru SMP și SPP împreună. În principal, au fost transformate paturile pentru îngrijire acută, deoarece convertirea pe secții în cazul paturilor de îngrijire cronică era destul de clară conform ICD-10.

Pasul 4.1.1: Transformarea paturilor de la categoria Alta în paturi din categoria Medicală și Chirurgicală

Pentru a aborda paturile pentru îngrijire acută din categoria „Alta”, prezentate în tabelul 46 de mai sus, au fost alocate câte 50% din paturile din categoria „Alta” la categoria medicală și chirurgicală pentru o anumită DRG aferentă ICD-10. Numărul actualizat de paturi obținut prin adăugarea paturilor din categoria Alta în categoriile Medicală și Chirurgicală pe îngrijire acută și cronică este prezentat în Tabelul 47 de mai jos.

Table 33: Adăugarea paturilor din categoria Alta în categoriile Medicală și Chirurgicală

Paturi	Tip secție	A00-B99	C00-D49	D50-D89	E00-E90	F01-F99	G00-G99	H00-H59	H60-H95	I00-I99	J00-J99	K00-K95	L00-L99	M00-M99	N00-N99	P00-P96	R00-R99	S00-T88	Z00-Z99	Total
		Infecții	Neoplazii	Sânge	Endocrine	Mintale	Nervos	Ochi	ENT	CVS	Respirator	Gastric	Piele	Musculo-scheletal	Urologie	Perinatal	Neclasificate	Traumatisme	Alta	
Îngrijire acută	Îngrijire medicală	19	18	9	14	5	5	0	6	21	33	25	5	33	7	1	-	1	4	206
	Îngrijire chirurgicală	0	-	0	0	-	-	-	0	0	0	5	1	2	3	0	0	2	-	13
Îngrijire cronică	Îngrijire medicală	-	-	-	-	-	24	-	-	-	-	-	-	39	-	-	-	-	-	63
	Îngrijire chirurgicală	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total		19	18	9	14	5	28	0	6	21	33	30	5	75	10	1	0	2	4	282

Pasul 4.1.2: Definierea procentelor de alocare pentru paturile de îngrijire acută la secțiile Medicală și Chirurgicală pentru o anumită DRG ICD-10

Apoi au fost estimate procentele de paturi care se pot aloca la diferitele secții medicale și chirurgicale pentru o anumită DRG din ICD-10 folosind valorile de referință internaționale și structura actuală de secții de la SMP și SPP. Procentele de alocare pe secții și pe DRG din ICD-10 sunt prezentate în tabelul de mai jos.