



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 189 (XXXIII) — Nr. 1240 bis

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Miercuri, 29 decembrie 2021

SUMAR

Pagina

Anexa la Ordinul ministrului sănătății nr. 2.931/2021 privind
aprobarea Manualului centrelor comunitare integrate 3-43

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

ORDIN

privind aprobarea Manualului centrelor comunitare integrate*)

Văzând Referatul de aprobare nr. AR 2.924/2021 al Direcției generale asistență medicală, medicină de urgență și programe de sănătate publică din cadrul Ministerului Sănătății,

având în vedere prevederile Deciziei de punere în aplicare a Consiliului de aprobare a evaluării planului de redresare și reziliență al României, adoptată la 29 octombrie 2021, în care jalonul M366 pentru Adoptarea Manualului centrelor comunitare integrate, inclusiv a orientărilor pentru prioritizarea investițiilor în centrele comunitare integrate printr-un ordin al ministrului sănătății are termen de realizare trimestrul al IV-lea 2021,

în temeiul art. 7 alin. (4) al Hotărârii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății emite următorul ordin.

Art. 1. — Se aprobă Manualul centrelor comunitare integrate, conform anexei care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. — Direcțiile de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. 3. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,
Alexandru Rafila

București, 27 decembrie 2021.

Nr. 2.931.

*) Ordinul nr. 2.931/2021 a fost publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1240 din 29 decembrie 2021 și este reprodus și în acest număr bis.

ANEXĂ

MANUALUL CENTRELOR COMUNITARE INTEGRATE

„Ministerul Sănătății avizează înființarea centrelor comunitare integrate, ținând cont de direcțiile strategice și de obiectivele de dezvoltare a asistenței medicale comunitare la nivel național”- art. 6 alin. (1) lit. n) din *Hotărârea Guvernului nr. 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară*

CUPRINS

1. CÂND ȘI CUM A APĂRUT ASISTENȚA MEDICALĂ COMUNITARĂ ÎN ROMÂNIA?

2. CE ESTE UN CENTRU COMUNITAR INTEGRAT?

3. DE CE SUNT NECESARE CENTRELE COMUNITARE INTEGRATE?

4. DE CE A APĂRUT ȘI CUI SE ADRESEAZĂ ACEST MANUAL?

5. CUM SE ÎNFIINTEAZĂ CENTRELE COMUNITARE INTEGRATE?

6. AVIZAREA CENTRELOR COMUNITARE INTEGRATE

7. ACTIVITĂȚI SPECIFICE CENTRULUI COMUNITAR INTEGRAT

8. ROLUL CCI ÎN ÎMBUNĂTĂȚIREA SITUAȚIEI MEDICO-SOCIALE A POPULAȚIEI GRUPURILOR VULNERABILE DE LA NIVELUL COMUNITĂȚII

9. ORIENTĂRI PENTRU PRIORITIZAREA INVESTIȚIILOR ÎN CENTRELE COMUNITARE INTEGRATE

10. CONCLUZII

11. BIBLIOGRAFIE

12. LISTĂ DE ABREVIERI

ANEXA 1. BAZA DE DATE CU PERSONALUL DIN ASISTENȚĂ MEDICALĂ COMUNITARĂ PE JUDEȚE ȘI PE URBAN / RURAL

ANEXA 2. LEGISLAȚIE SPECIFICĂ ORGANIZĂRII, FUNCȚIONĂRII, FINANȚĂRII CENTRELOR COMUNITARE INTEGRATE

ANEXA 3. DOCUMENTELE NECESARE AVIZĂRII CENTRULUI COMUNITAR INTEGRAT

ANEXA 4 CRITERII DE ELIGIBILITATE LA FINANȚARE PENTRU CABINETELE / PUNCTELE DE LUCRU CU ACTIVITĂȚI COMPLEMENTARE CELOR DIN CENTRELE COMUNITARE INTEGRATE ȘI CARE FUNCȚIONEAZĂ ÎN ACELAȘI SPAȚIU CU ACESTA

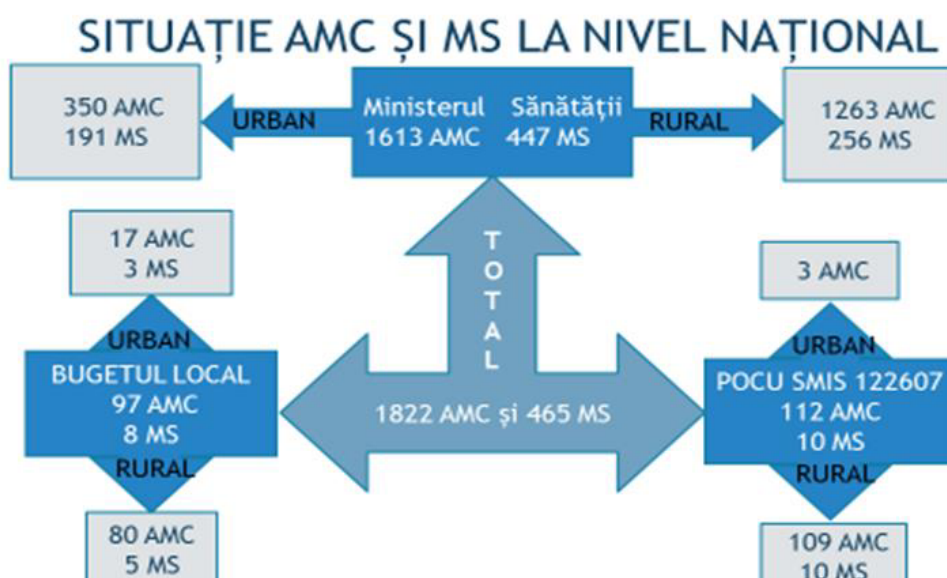
ANEXA NR. 5. LISTELE LOCALITĂȚILOR DIN MEDIUL RURAL ȘI DIN MEDIUL URBAN CU RISC DE MARGINALIZARE

1. Când și cum a apărut asistența medicală comunitară în România?

Asistența medicală comunitară cuprinde ansamblul de programe, servicii de sănătate și acțiuni de sănătate publică furnizate la nivelul comunităților în scopul creșterii accesului populației și, în special, al grupurilor vulnerabile la servicii medico-sociale de calitate.

Activitatea de asistență medicală comunitară a fost inițiată de către Ministerul Sănătății Publice (denumire la acea dată) în anul 2002, în cadrul unui proiect pilot comun, implementat în 7 județe și municipiul București. Prin intermediul proiectului s-a realizat pilotarea de servicii de asistență medicală comunitară pentru populația aparținând grupurilor vulnerabile, în special urmărirea gravidei și copilului cu vârsta de 0-1 an, din cauza ratei foarte ridicate de mortalitate la începutul anilor 2000 la nivel național. Datorită rezultatelor care au dovedit utilitatea proiectului menționat, dar și al altor proiecte derulate de Ministerul Sănătății și de către organizații non-guvernamentale, s-a ajuns ca, în prezent, la nivelul țării să funcționeze un număr de 1822 asistenți medicali comunitari, din care 1612 plătiți de la bugetul de stat, 97 plătiți de la bugetul local și 112 din proiectul POCU 122607, precum și 463 mediatori sanitari din care 447 plătiți de la bugetul de stat, 8 de la bugetul local și 10 din proiectul POCU 122607.

În **Anexa 1** prezentăm situația personalului din asistența medicală comunitară la nivel național, defalcat pe județe.



Printre problemele identificate de-a lungul timpului în derularea activității personalului din asistența medicală comunitară se numără:

- lipsa spațiului unde acesta poate realiza raportarea activității;
- lipsa spațiului necesar pentru consilierea beneficiarilor, în condiții care să asigure confidențialitatea discuțiilor;
- lipsa spațiului unde personalul poate să mobilizeze beneficiarii la diferite acțiuni medicale;
- lipsa spațiului unde beneficiarii pot discuta doar cu asistentul social;
- lipsa spațiului unde personalul să poată colabora cu medicul de familie pentru acordarea serviciilor pentru beneficiarii neasigurați.

La nivel național, în special în mediul rural, activitatea de asistență socială se realizează prin personal cu atribuții de asistență socială. În mediul rural, unitățile administrativ teritoriale au o acoperire cu asistenți sociali sub un 10% din necesar, majoritatea asistenților sociali se regăsesc în urban în instituții de profil.

Unitățile/subdiviziunile administrative-teritoriale își stabilesc prioritățile de intervenție în problematica de asistență medicală comunitară intervențională în baza **planului anual de asistență medicală comunitară**, parte a strategiei privind dezvoltarea economică, socială și de mediu a unității administrativ teritoriale respective.

Activitatea de asistență medicală comunitară se desfășoară **în sistem integrat, prin colaborarea cu cabinetele medicilor de familie, cu serviciile sociale și servicii educaționale**, cu alte structuri medicale și sociale de pe raza unității/ subdiviziunii administrativ-teritoriale și a județului, inclusiv cu organizații non-guvernamentale.

Conceptul de **centru comunitar integrat** unde își desfășoară activitatea asistentul medical comunitar, împreună cu alți specialiști din comunitate, și-a început parcursul definirii în legislația sanitară subsecventă odată cu aprobarea **OUG nr. 18/2017 privind asistența medicală comunitară aprobată prin Legea 180/ 2017, cu modificările și completările ulterioare**, fiind luate în considerare și oportunitățile din Programul Operațional Regional 2014 – 2020 prin care unitățile administrativ-teritoriale au avut posibilitatea de a construi sau reabilita spații cu destinația de centru comunitar integrat, conform prevederilor **HG nr. 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară**. Finanțarea a fost posibilă prin intermediul fondurilor europene, condiția obligatorie fiind cea a existenței personalului minim (asistent medical comunitar și asistent social) care să-l deservească.

Personalul care desfășoară activitatea de asistență medicală comunitară este format din medici, asistenți medicali comunitari, moașe și mediatori sanitari, conform prevederilor OUG nr. 18/2017 privind asistența medicală comunitară aprobată, prin Legea 180/ 2017, cu modificările și completările ulterioare.

O parte din personalul din asistența medicală comunitară își desfășoară activitatea în centre înființate de către Ministerul Sănătății. Este vorba de șapte centre medico-sociale (înființate în cadrul proiectului finanțat prin Mecanismul Financiar Elvețian și implementat de către Ministerul Sănătății – proiect centrat pe activități de asistență socială în principal cu componenta de intervenție socială) și 43 de centre de sănătate (înființate în cadrul proiectului RO 19.03 **”Întărirea Rețelei Naționale de mediatori Romi”** pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației rome, finanțat prin Mecanismul Financiar Norvegian, derulat prin Institutul Național de Sănătate Publică, operator de program Ministerul Sănătății – proiect centrat pe activitatea de asistență medicală comunitară în echipă, asistent medical comunitar și mediator sanitar și colaborarea acestora cu asistentul social sau persoana desemnată cu atribuții).

Ambele proiecte au fost analizate și, din ambele, au fost preluate în HG nr. 324/2019 activitățile fezabile pentru funcționarea centrelor comunitare integrate. Se poate, astfel, spune că centrele menționate anterior sunt precursorile centrelor comunitare integrate.

Consolidarea rolului personalului din asistența medicală comunitară (medic, asistent medical comunitar, moașă, mediator sanitar) și definirea centrelor comunitare integrate prin aprobarea *OUG nr. 18/2017 privind asistența medicală comunitară, aprobată prin Legea 180/ 2017, cu modificările și completările ulterioare și a HG nr. 324/ 2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară* sunt doi din pași importanți pe care Ministerul Sănătății i-a realizat în scopul creșterii accesului populației grupurilor vulnerabile la servicii medicale și medico-sociale de calitate și a consolidării legislației privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară și a centrelor comunitare integrate.

Ideea de centru comunitar integrat s-a născut, așadar, ca urmare a nevoii identificate la nivelul comunităților rurale, în special, și anume aceea de a avea un spațiu dedicat activității asistentului medical comunitar și a celorlalți furnizori de servicii de asistență medico-socio-educatională. Un asemenea spațiu va permite desfășurarea activității cu beneficiarii, în condiții care să asigure acestora un confort emotional, în ceea ce privește intimitatea problemelor discutate, precum și respectarea confidențialității și demnității beneficiarilor, și a principiilor eticii și deontologiei profesionale.

Întrucât activitatea personalului din asistența medicală comunitară se desfășoară în colaborare cu ceilalți specialiști, atât de la nivelul comunității cât și de la nivel județean și național, în centrul comunitar integrat, aceștia vor face echipă, în funcție de nevoile identificate la nivelul comunității, cu diverse categorii de specialiști.

În prima fază, centrele comunitare integrate s-au numit **centre comunitare medico-sociale** (o parte din centrele existente încă se numesc așa), dar odată cu intrarea în vigoare a OUG nr.

18/2017, aprobată prin Legea 180/ 2017, cu modificările și completările ulterioare, centrele comunitare medico-sociale sunt denumite **centre comunitare integrate**, pentru a se putea implementa și derula activități care să se adreseze tuturor problemelor medico-socio-economice identificate la nivelul comunităților și cu o paletă de specialiști mai vastă, în funcție de problematica asociată identificată.

Pentru avizarea și funcționarea centrului comunitar integrat **în mod obligatoriu** trebuie să fie angajați un asistent medical comunitar și un asistent social, iar ceilalți specialiști sunt angajați de către unitatea/ subdiviziunea administrativ – teritorială, în funcție de nevoile identificate.

OUG nr. 18/ 2017 – Art. 11 alin. (3)

(3) În centrul comunitar integrat este obligatoriu ca personalul minim să fie format din asistent medical comunitar și asistent social, iar în funcție de specificul comunității și alte categorii profesionale necesare desfășurării activității din centrul comunitar integrat.

2. Ce este un centru comunitar integrat?

Centrul comunitar integrat reprezintă cadrul în care își derulează activitatea echipa de asistență medicală comunitară în colaborare, în principal, cu asistentul social dacă beneficiarii serviciilor de asistență medicală comunitară au și probleme sociale identificate.

*Legislația care definește și reglementează centrele comunitare integrate este OUG nr. 18/2017 privind asistența medicală comunitară, aprobată prin Legea 180/ 2017, cu modificările și completările ulterioare și HG nr. 324/ 2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară. (A se vedea **Anexa 2**).*

În funcție de alte probleme identificate, asistenții medicali comunitari colaborează cu specialiști din sistemul de sănătate, cu alți specialiști din sistemul de asistență socială, cu specialiști din sistemul de educație, cu specialiști din alte domenii de activitate cu rol în soluționarea problemelor asociate problemelor medico-sociale identificate, după caz, inclusiv cu furnizori privați de asistență medicală comunitară și organizații neguvernamentale care furnizează servicii medico-sociale sau servicii de asistență medicală comunitară.

Menționăm că asistentul medical comunitar angajat al unității/ subdiviziunii administrative-teritoriale, indiferent de sursa de finanțare (de la bugetul de stat prin Ministerul Sănătății, de la bugetul local în limita fondurilor alocate, din fonduri nerambursabile sau din alte fonduri cu această destinație) va asigura întreaga activitate de asistență medicală comunitară la nivelul

comunității pe care o deservește, precum și indiferent de structura în care funcționează conform

art. 8 alin (1) din OUG 18/ 2017 **și își v-a desfășura activitatea în spațiul din cadrul centrului comunitar integrat acolo unde acesta este înființat.**

În centrul comunitar integrat, conform legislației specifice, sunt obligatorii două categorii profesionale:

- **asistentul medical comunitar;**
- **asistentul social.**

În centrul comunitar integrat, alături de asistentul medical comunitar și asistentul social, în funcție de nevoile persoanelor vulnerabile identificate, se vor regăsi și alți specialiști necesari în soluționarea problemelor identificate.

Întrucât deja se pilotează echipa comunitară integrată în cadrul proiectului cod SMIS122607 cu titlul: **“Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”**, un plus valoare la înființarea centrelor comunitare integrate o va da existența acestei echipe formate din asistent medical comunitar, asistent social/tehnician în asistență socială, consilier școlar/mediator școlar, mediator sanitar (în cazul comunităților cu minim 700 persoane de etnie romă conform prevederilor *HG nr. 459/2010 pentru aprobarea standardului de cost/an pentru servicii acordate în unitățile de asistență medico-socială și a unor normative privind personalul din unitățile de asistență medico-socială și personalul care desfășoară activități de asistență medicală comunitară, cu modificările ulterioare*).

Intrucât înființarea centrelor comunitare integrate este condiționată de direcțiile strategice și de obiectivele de dezvoltare a asistenței medicale comunitare la nivel național, un aspect important la aprobarea acestora va fi dezvoltarea serviciilor medicale necesare populației pe care o deservește personalul din asistența medicală comunitară și a celui din medicina primară, pentru a crește accesul acesteia la servicii medicale de calitate. De exemplu, cabinetul medical al medicului de familie dotat la standarde prevăzute în legislația specifică, înființarea de alte cabinete medicale sau derularea în spațiile din cadrul centrului comunitar integrat cu destinație de activitate medicală/asistență medicală comunitară, conform unui calendar, a unor activități medicale necesare în comunitățile cu acces redus la servicii medicale (pediatrie, planificare familială, caravane medicale, screening, promovare și prevenție, telemedicină etc)

Specialiștii din centrele comunitare integrate vor colabora cu autorități locale și centrale precum și cu organizațiile neguvernamentale care pot ajuta la soluționarea problemelor identificate.

Beneficiarii serviciilor centrului comunitar integrat sunt, cu prioritate, toate persoanele vulnerabile din punct de vedere medical, definite conform legislației specifice, precum și alte

persoane cu probleme socio-economice, care au probleme de sănătate, prioritar, copii cu nevoi medico-socio-educative.

În funcție de problemele identificate, în centrul comunitar integrat pot funcționa, complementar

serviciilor de asistență medicală comunitară integrate cu serviciile sociale și educaționale, după caz, și alte servicii medicale, sociale, educaționale, dacă unitățile administrativ teritoriale pot susține dezvoltarea și finanțarea, alături de autoritățile centrale și locale cu atribuții în domeniu precum și de organizații non-guvernamentale cu activitate medico-socială sau furnizori de servicii medico-sociale.

Activitatea principală este cea de prevenire și promovare a unui stil de viață sănătos, cu scopul îmbunătățirii indicatorilor stării de sănătate a populației, ceea ce va permite realizarea activităților medico-sociale necesare întreținerii vieții și asigurarea incluziunii sociale și reducerea sărăciei.

3. De ce sunt necesare centrele comunitare integrate?

Conform Atlasului Zonelor Vulnerabile, **un procent mare din comunitățile din România sunt considerate vulnerabile. În mod specific, în mediul rural există un număr de aproximativ 949 asemenea comunități, în timp ce în mediul urban și mic urban există un număr de 317 de comunități cu procent mare de populație vulnerabilă.**

Dezechilibrele teritoriale în furnizarea serviciilor de asistență medicală sunt mari și se amplifică de la an la an. Majoritatea medicilor de familie preferă zonele urbane și multe localități din rural sunt private de existența unui medic de familie, iar în unele localități există un punct de lucru de medicină de familie la care ajunge un medic de familie rareori. Neattractivitatea medicilor de familie spre ruralul românesc are mai multe motive, printre care, cele mai importante ar fi, numărul mic de persoane asigurate din punct de vedere al sănătății, localități izolate, lipsa condițiilor de lucru și, în special, a dotarilor cabinetelor, lipsa sprijinului din partea autorităților locale etc.

Acoperirea cu asistență medicală comunitară la nivel național este în procent de 57% din totalul unităților/subdiviziunilor administrativ-teritoriale. Localitățile din mediul rural sunt slab aspectate cu acoperire cu asistență medicală comunitară iar în unele localități nu există nici un cadru medical care să răspundă nevoilor populației.

Localitățile cu grad de marginalizare selectate în proiectul cod SMIS122607 cu titlul: **“Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”**, implementat în parteneriat cu Ministerul Muncii și Justiției Sociale, Ministerul

Educației Naționale și Ministerul Sănătății, sunt localitățile în care se pilotează echipa comunitară integrată (asistent medical comunitar, asistent social tehnician în asistență socială, consilier școlar/mediator școlar, mediator sanitar – pentru comunitățile cu populație romă conform prevederilor HG nr. 459/ 2010)).

Unitățile administrativ-teritoriale care derulează implementarea acestui proiect sunt eligibile și pentru finanțarea înființării centrelor comunitare din POR axa 8, Prioritatea 8.1. Obiectivul specific 8.2., Operațiunea B “Centre Comunitare Integrate” dar, din cauza comunicării deficitare cu UAT-urile, aplicarea pe primele 2 apeluri de finanțare a fost ne semnificativă, aceasta crescând în faza celui de al treilea apel, când s-a intensificat comunicarea către UAT- uri de către Ministerul Sănătății.

Stabilirea zonelor marginalizate a fost realizată de către o echipă a Bancii Mondiale, în baza analizei gradului de deprivare în ceea ce privește capitalul uman, ocuparea forței de muncă formale și condițiile inadecvate de locuire, a riscului de sărăcie și excluziunii sociale și a accesului redus la servicii de sănătate și a asigurării altor drepturi fundamentale pentru care accesul este redus sau inexistent.

Criteriile de marginalizare și gradul marginalizării sunt stabilite la nivel regional, conform metodologiilor pentru calculul indicelui dezvoltării umane locale și al indicelui de dezvoltare prezentate în **Atlasul zonelor rurale marginalizate și al dezvoltării umane locale din România**, în **Atlasul zonelor urbane marginalizate din România** și în **Studiul de fundamentare pentru Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei** – conform Băncii Mondiale (<https://www.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=a7ab584e3f3e455d996bb13a1b632e00>).

Mai mult decât atât, diferite documente strategice menționează importanța dezvoltării asistenței medicale comunitare. Conform **Strategiei Naționale de Sănătate 2014-2020** “Sănătate pentru Prosperitate”, în Aria Strategică de Intervenție “Servicii de Sănătate”, obiectivul specific 4.1. prevede **Dezvoltarea serviciilor de asistență comunitară, integrate și comprehensive, destinate în principal populației din mediul rural și grupurilor vulnerabile inclusiv Roma**. Una dintre direcțiile strategice de acțiune aferente acestui obiectiv specific este **Organizarea de centre comunitare model pentru definirea celor mai bune practici și extinderea rețelei de servicii de sănătate comunitare la nivel național**.

4. De ce a apărut și cui se adresează acest manual?

Ideea acestui manual a apărut din nevoia de a explica legislația care reglementează organizarea, funcționarea și finanțarea centrelor comunitare integrate și de a clarifica toți pașii pe care autoritățile administrației publice locale trebuie să-i facă pentru a înființa centre comunitare

integrate, care prin activitățile din cadrul acestora să asigure cadrul normal de funcționare a activității de asistență medicală comunitară integrată cu serviciile medicale primare și de specialitate, cu serviciile de asistență socială, cu serviciile educaționale, cu alte servicii necesare soluționării problemelor medico-sociale identificate, cu servicii ale organizațiilor non-guvernamentale cu obiect de activitate sau de asistență medicală comunitară sau activitate medico-socială.

Unitatea de Incluziune Socială (UIS) din cadrul Ministerului Sănătății va asigura consultanță privind organizarea, funcționarea și finanțarea centrelor comunitare integrate, inclusiv a asistenței medicale comunitare integrate. De asemenea, UIS va analiza și propune conducerii Ministerului Sănătății avizarea funcționării centrului comunitar integrat.

Pe baza strategiilor locale de dezvoltare a serviciilor de asistență medicală comunitară, a serviciilor de asistență socială și a serviciilor educaționale, anual se vor realiza analize ale necesității dezvoltării rețelei naționale de asistență medicală comunitară integrate cu serviciile sociale și serviciile educaționale, pentru propunerea extinderii rețelei de asistență medicală comunitară și a centrelor comunitare integrate.

Tot în baza analizelor, o dată la 5 ani, centrele comunitare integrate vor fi evaluate și, în funcție de activitatea implementată, vor primi reavizarea de funcționare. Reavizarea funcționării odată la 5 ani este necesară pentru a se asigura sustenabilitatea activității centrului comunitar integrat conform prevederilor legislației specifice și prevenirea schimbării destinației.

5. Cum se înființează centrele comunitare integrate?

Înființarea centrelor comunitare integrate se realizează conform prevederilor *OUG nr. 18/2017 privind asistența medicală comunitară aprobată prin Legea 180/2017, cu modificările și completările ulterioare și a HG nr. 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară*, precum și metodologiei din prezentul manual, aprobat prin ordin al ministrului sănătății, condiție favorizantă în cadrul Programului Operațional Sănătate (POS) și indicator în PNRR (Programul Național de Redresare și Reziliență).

După analiza comunității și identificarea problemelor medico-sociale, se ia în considerare oportunitatea înființării centrului comunitar integrat, întâi la nivelul unității administrativ teritoriale, apoi la nivel județean urmând a fi decisă aprobarea înființării, de către UIS din cadrul Ministerului Sănătății, în baza notei de argumentare și a fișei de evaluare realizată de către direcția de sănătate publică județeană. În **Anexa nr. 3** se regăsesc documentele necesare aprobării înființării centrului comunitar integrat

Condiții de înființare:**1. Indicatori de vulnerabilitate**

- gradul de vulnerabilitate conform Atlasului zonelor vulnerabile;
- număr minim de 500 de persoane aparținând grupurilor vulnerabile;
- distanță mare față de unități sanitare, localități izolate și unde atragerea personalului medical se face cu dificultate;
- lipsa medicului de familie sau a unui număr suficient pentru ca acesta să-și poată organiza lista de consultație;
- personal din asistenta medicală comunitară deficitar;
- număr crescut de indicatori ai stării de sănătate cu risc negativ (minore gravide, nașteri la domiciliu, copii nevaccinați, cu rahitism, cu diferite afecțiuni medicale, care necesită o monitorizare permanentă din partea specialiștilor);
- nivel crescut al indicatorilor de risc social și risc educațional;

2. Condiții de organizare/ organigramă a CCI conform prevederilor OUG nr.18/2017, cu modificările și completările ulterioare și HG nr. 324/ 2019

- existența obligatorie a asistentului medical comunitar și a asistentului social (pentru beneficiarii cu cazuistică socială);
- existența spațiilor minime obligatorii (un birou pentru personalul centrului; o încăpere pentru consiliere individuală medicală și/sau întâlniri de grup, inclusiv caravane medicale; o încăpere pentru consiliere socială sau alte activități de servicii sociale; o încăpere pentru activități de consiliere/mediere școlară/alte activități cu specific educativ; un spațiu cu dotare medicală minimală în care să se poată furniza consultații de către medicul de familie sau de către medicii de specialitate care doresc să furnizeze servicii medicale de specialitate în sistem flexibil, inclusiv servicii de telemedicină și paleație; un spațiu de depozitare; grupuri sanitare distincte pentru personal și beneficiari);
- existența dotărilor minime medicale și nemedicale conform legislației specifice;
- dovada asigurării cheltuielilor administrative;
- existența protocolului de colaborare dintre UAT și cabinetul/cabinetele medicului/medicilor de familie;
- hotărârea Consiliului Local prin care se decide înființarea CCI.

3. Protocoale de colaborare/ asociere

- cu o unitate/subdiviziune administrative - teritorială cu sau fără risc de vulnerabilitate conform Atlasului zonelor vulnerabile;

- cu instituții/ asociații locale și centrale, naționale care pot sprijini financiar funcționarea centrului comunitar integrat (Consiliul Județean, Grup local de dezvoltare, ministere și deconcentrate ale acestora, casa de asigurări de sănătate județeană etc).
- cu organizații non-guvernamentale naționale sau internaționale (de ex. UNICEF, Banca Mondială).

Această mențiune vine ca un plus valoare care să demonstreze implicarea autorităților administrației locale.

În ceea ce privește costul realizării unui centru, se va tine cont de următoarele condiții, respectiv:

- un spațiu deja existent, astfel încât va avea loc doar reabilitarea sa și nu se va construi un corp nou de clădire. Acest spațiu va avea minim 100 – 150 mp, împărțit în minim 6 camere;
- existența terenului pentru construcția spațiului, o construcție verde pentru protejarea mediului și eficientă din punct de vedere energetic;
- dotările medicale și nemedicale minime, conform legislației specifice;
- dotare pentru telemedicină, paliativă, conform legislației specifice.

Finanțarea centrelor comunitare integrate se asigură, potrivit legii, de la bugetul de stat, din bugetele locale, din fonduri nerambursabile și din alte fonduri cu această destinație.

În cazul unităților administrativ teritoriale care dispun de fonduri în bugetul local sau prin alte finanțări nerambursabile, potrivit prevederilor art. 23 alin. (4) din HG nr. 324/2019, în funcție de nevoile și de resursele colectivității/colectivităților locale, în centrul comunitar integrat pot funcționa și alte cabinet/ puncta de lucru cu activitate medicală, anume:

Art23, alin (4)

*“(4) a) un punct de lucru de medicină de familie sau cabinete individuale de medicină de familie cu respectarea legislației specifice privind înființarea acestora;
b) un cabinet de medicină dentară, un punct de recoltare pentru analizele medicale, alte servicii medicale necesare unităților/subdiviziunilor administrativ- teritoriale, cu respectarea legislației specifice privind înființarea acestora;
c) un centru de permanență cu respectarea legislației specifice privind înființarea acestora;
d) alte puncte de lucru destinate activităților și serviciilor integrate de sănătate, sociale și educaționale, în conformitate cu nevoile locale identificate și cu posibilitățile de finanțare ale unității/unităților/ subdiviziunii/subdiviziunilor administrativ-teritoriale.”*

Acestea desfășoară activități complementare centrului comunitar integrat, dar nu se suprapun peste activitatea acestuia. Cabinetele/punctele de lucru complementare centrului comunitar integrat care funcționează în același spațiu cu acesta pot fi finanțate din fonduri nerambursabile

în condițiile în care fac dovada furnizării de servicii persoanelor vulnerabile, în special persoanelor neasigurate din punct de vedere medical. Vor fi eligibile finanțările pentru criteriile stabilite în **Anexa nr. 4** a prezentului manual.

Atât prin PNRR cât și prin alte fonduri de finanțare, în centrele comunitare integrate se vor finanța bunurile și dotările medicale și nemedicale conform prevederilor HG nr. 324/ 2019. În funcție de rezerva financiară, din suma aprobată se vor putea achiziționa și alte aparate medicale care vor justifica necesitatea pentru servicii furnizate populației grupurilor vulnerabile.

Centrele comunitare integrate se pot înființa ca entități cu sau fără personalitate juridică, finanțate integral din bugetele locale ale unităților / subdiviziunilor administrativ-teritoriale din fonduri nerambursabile și / sau alte fonduri cu destinație în acest sens;

Centrele comunitare integrate, organizate în subordinea autorităților executive ale administrației publice locale, furnizează tuturor persoanelor, inclusiv celor de etnie romă și grupurilor vulnerabile, servicii comunitare integrate adaptate nevoilor medico-socio-educative, din unitățile / subdiviziunile administrativ-teritoriale deservite, conform prevederilor OUG nr. 18/2017, cu modificările și completările ulterioare.

6. Avizarea centrelor comunitare integrate

După îndeplinirea tuturor condițiilor menționate anterior, unitățile administrative-teritoriale care doresc să înființeze centre comunitare integrate vor solicita direcției de sănătate publică județeană să analizeze condițiile de înființare a centrului comunitar integrat, conform documentației depuse, în baza fișei de evaluare completată de către direcția de sănătate publică județeană.

Direcția de sănătate publică județeană va solicita avizul Ministerului Sănătății de înființare a centrului comunitar integrat, prin Unitatea de Incluziune Socială.

Direcția de sănătate publică județeană va transmite către Ministerul Sănătății, Unitatea de Incluziune Socială, dosarul în format electronic, scanat, prin mijloace de comunicare electronice.

Fișa de evaluare completată de către personalul împuternicit din direcția de sănătate publică județeană prin care se va recomanda înființarea centrului comunitar integrat și decizia de conformitate semnată de directorul executiv al direcției de sănătate publică județeană.

Documentele necesare avizării centrului comunitar integrat se regăsesc în **Anexa nr. 3** la prezentul manual.

Înființarea centrului comunitar integrat nu este condiționată de acreditare/licențiere socială deoarece activitatea de asistență socială este de nivel primar, adică aceeași activitate pe care

asistentul social din cadrul primăriei o realizează în mod curent (spre exemplu: identificare de sprijin social persoanelor neasigurate medical prin obținerea ajutorului social, a acordării indemnizației pentru grad de handicap și a altor beneficii care pot ajuta beneficiarii centrului comunitar integrat să poată avea acces la servicii medicale), activitate/ serviciu deja acreditat. Asistentul social din serviciul social al primăriei va asigura activitatea de asistență socială din cadrul centrului comunitar integrat, activitate cu accent pe creșterea accesului beneficiarilor la servicii medico-sociale.

Spațiul destinat activității de asistență socială este reprezentat de o cameră, conform prevederilor HG nr. 324/ 2019. În cazul în care unitatea/ subdiviziunea administrativ - teritorială poate să aloce mai multe spații pentru a oferi servicii sociale specializate, acestea vor fi acreditate/ licențiate conform legislației specifice domeniului de asistență socială.

7. Activități specifice centrului comunitar integrat

Procentul cel mai mare de activitate din cadrul centrelor comunitare integrate este cel al asistenței medicale, în special al asistenței medicale comunitare integrate cu medicina primară și cea de specialitate, prin realizarea integrată a managementului de caz al pacientului cu diferite patologii medicale și care nu are acces la servicii medicale.

Conform prevederilor HG nr.324/ 2019 activitățile din centrul comunitar integrat sunt:

- activitate de asistență medicală comunitară;
- activitate de medicină de familie;
- activitate de medicină de specialitate;
- activitate de telemedicină;
- activitate de consiliere și sprijin în îngrijirea la domiciliu și paleație;
- activitate de planificare familială;
- activitate de promovare și prevenție prin caravane medicale și de screening;
- activitate de medicina dentară.
- activitate de asistență socială și educațională în funcție de nevoile identificate ale beneficiarilor centrului pe aceste componente;

Metodologia de coordonare, monitorizare, evaluare și raportare a serviciilor furnizate în centrul comunitar integrat se va face în baza analizei activității din centrele comunitare integrate, care urmează a fi înființate prin diferite finanțări, de către Unitatea de incluziune socială a Ministerului Sănătății.

Centrele comunitare integrate vor include:

- personal medical (medic - medic de familie, medic specialist, asistent medical comunitar, moașă) ce va deservi centrul comunitar integrat și își va desfășura activitatea conform prevederilor legislației specifice și a documentelor de furnizare a serviciilor integrate ce urmează a fi elaborate.
- personal din sistemul de asistență social (asistentul social și tehnician în asistență socială) ce va deservi centrul comunitar integrat și își va desfășura activitatea conform prevederilor legislației specifice și a documentelor de furnizare a serviciilor integrate ce urmează a fi elaborate.
- personal din sistemul de educație (consilierul școlar, cadre didactice, mediator școlar) ce va deservi centrul comunitar integrat și își va desfășura activitatea conform prevederilor legislației specifice și a documentelor de furnizare a serviciilor integrate ce urmează a fi elaborate.
- alt personal necesar (spre exemplu: mediator sanitar, psiholog, sociolog, personal administrativ) nevoilor identificate la nivelul localității care își va desfășura activitatea conform prevederilor legislației specifice și a documentelor de furnizare a serviciilor integrate ce urmează a fi elaborate.

Beneficiarii serviciilor și activităților furnizate în centrul comunitar integrat sunt categoriile reglementate conform prevederilor art. 7 din OUG nr. 18/2017 privind asistența medicală comunitară, cu modificările și completările ulterioare.

Beneficiarii centrului comunitar integrat primesc servicii de asistență medicală comunitară indiferent de statutul de asigurat sau neasigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

În centrul comunitar integrat, în afară de asistentul medical comunitar și asistentul social/tehnicianul în asistență socială mai pot activa sau pot fi angajați și orice alți profesioniști conform OUG nr. 18/2017, în funcție de nevoile membrilor comunității:

- moașă;
- mediator sanitar;
- consilier școlar și/sau mediator școlar;
- medic de familie;
- medic specialist;
- medic rezident
- medici care nu au promovat examenul de rezidențiat și care vor lucra sub coordonarea unui medic de familie sau medic specialist
- psiholog;
- agent de ocupare;

- alte categorii profesionale care pot fi implicate în soluționarea problematicii medico-socio-educative a grupurilor vulnerabile;
- personal administrativ.

8. Rolul CCI în îmbunătățirea situației medico-sociale a populației grupurilor vulnerabile de la nivelul comunității

Activitatea personalului din cadrul centrelor comunitare integrate vor contribui la:

- creșterea accesului la servicii medicale a populației aparținând grupurilor vulnerabile prin identificarea beneficiarilor, intervenție și monitorizare din partea personalului medical (medic de familie, medic specialist, asistent medical comunitar, moașă) și a asistentului social;
- dezvoltarea rețelei de asistență medicală comunitară și furnizarea de servicii de asistență medicală comunitară în sistem integrat, conform prevederilor master planurilor regionale și a strategiei naționale de sănătate;
- îmbunătățirea indicatorilor stării de sănătate prin activități de promovare și prevenire (creșterea mobilizării la vaccinare, reducerea numărului gravidelor minore, reducerea incidenței TB/MDRTB și a altor boli transmisibile, screeninguri pe diferite patologii, managementul de caz al bolilor cronice și a bolilor rare din prisma activității de asistență medicală comunitară și a medicilor specialiști, caravane medicale, alte activități de asistență medicală și sănătate publică);
- creșterea accesului la servicii de asistență socială și reducere a sărăciei prin intervenții specializate.

9. Orientări pentru prioritizarea investițiilor în centrele comunitare integrate

Centrele comunitare integrate vor beneficia de investiții finanțate integral din bugetul de stat, bugetele locale ale unităților/subdiviziunilor administrativ-teritoriale, din fonduri nerambursabile și / sau alte fonduri cu destinație în acest sens, bazate pe orientări metodologice prioritare, realizate în consultare cu reprezentanții autorităților publice locale.

Aceste orientări sunt prioritare, fiind parte integrantă din Manualul centrelor comunitare integrate și sunt valabile pentru înființarea oricărui centru comunitar integrat. Prioritizarea unităților administrativ-teritoriale va ține cont de:

— *numărul de persoane vulnerabile per comunitate (minimum 500 de persoane vulnerabile din punct de vedere medical, social sau economic);*

Vulnerabilitatea medicală nu este dependentă doar de statutul socio-economic al individului ci de un cumul de factori cum ar fi: sistemul imunitar, alimentație, factorii de mediu, vârstă, stilul de viață, la care se adaugă și vulnerabilitățile sociale și economice, unde este cazul.

(Potrivit art 7 alin (3) OUG nr. 18/ 2017

”(3) Persoana vulnerabilă din punct de vedere medical este persoana supusă riscului de a suferi afectări ale stării de sănătate prin acțiunea unor determinanți biologici, de mediu fizic, social și economic, comportamentali sau care țin de serviciile de sănătate sau ca urmare a probabilității crescute de a dezvolta anumite boli sau stări patologice, ca urmare a unor caracteristici personale ce țin de vârstă, stare de dizabilitate sau de alte situații fiziologice.

(4) Persoanele aparținând grupurilor vulnerabile din punct de vedere social sunt cele prevăzute la art. 6 lit. p) din Legea asistenței sociale nr. 292/2011, cu modificările ulterioare.”)

— *disponibilitatea la asociere cu alte localități vulnerabile, inclusiv localități fără risc de marginalizare conform atlasului zonelor marginalizate ;*

Lipsa resursei umane calificate și a resursei financiare a unităților administrativ teritoriale, aflate în risc de marginalizare, ar putea fi suplinită prin asocierea acestora cu alte localități, aspect care ar putea duce și la reducerea riscurilor de construire/reabilitare a centrului comunitar integrat , inclusiv la dotarea acestuia.

Astfel, implementarea serviciilor de asistență medicală comunitară integrate ar putea fi realizată prin asocierea mai multor unități administrativ - teritoriale, iar serviciile centrului comunitar integrat devin accesibile populației din localitățile care vor accesa fonduri în asociere.

— *existența la nivelul comunității a unui asistent medical comunitar și a unui asistent social/tehnician de asistență socială;*

Existența personalului minim obligatoriu este garanția implementării serviciilor medico-sociale integrate.

— *unitățile administrativ-teritoriale fără medic de familie sau cu un număr insuficient de medici de familie, raportat la populație;*

La nivelul României numărul cabinetelor de medicină de familie din mediul rural este redus din cauza numărului redus de persoane asigurate medical, a riscului crescut de sărăcie și

marginalizare, a lipsei infrastructurii necesare accesului, a distanței mari față de o unitate sanitară și/ sau de o localitate urbană. Lipsa cabinetului medical conduce la privarea de servicii medicale a întregii populații a acestor localități.

— *existența unei hotărâri de consiliu local pentru înființarea centrelor comunitare integrate;*

Orice investiție locală se face cu acordul consiliului local al unității administrativ - teritoriale, iar prin hotărârea acestuia se certifică necesitatea și acordul pentru respectiva investiție.

— *identificarea localității ca zonă rurală marginalizată;*

Criteriile de marginalizare și gradul marginalizării sunt stabilite la nivel regional, conform metodologiilor pentru calculul indicelui dezvoltării umane locale și al indicelui de dezvoltare prezentate în *Atlasul zonelor rurale marginalizate și al dezvoltării umane locale din România*, în *Atlasul zonelor urbane marginalizate din România* și în *Studiul de fundamentare pentru Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei* – conform Băncii Mondiale (<https://www.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=a7ab584e3f3e455d996bb13a1b632e00>)

- *disponibilitatea unității administrativ teritoriale de parteneriat cu :*

- Alte unități administrativ-teritoriale, definite conform Ordonanței de Urgență nr. 57/2019 privind Codul Administrativ, Art. 5, litera pp) și constituite potrivit Legii nr. 2 din 16 februarie 1968 privind organizarea administrativă a teritoriului României, republicată, cu modificările și completările ulterioare.
- Orice alte autorități/instituții publice care pot contribui la buna implementare a proiectului definite conform Ordonanței de Urgență nr. 57/2019 privind Codul Administrativ, Art. 5, litera k) și litera w).

Pot aplica unități administrativ - teritoriale fără risc de sărăcie, doar în colaborare cu unități administrativ - teritoriale cu risc de marginalizare, conform atlasului zonelor vulnerabile, în scopul asigurării furnizării de servicii de asistență medicală comunitară integrată pentru persoane vulnerabile din localitățile partenere. Un asemenea parteneriat poate cuprinde între 2 maxim 5 unități administrative - teritoriale vecine.

Este posibilă asocierea/parteneriatul localităților din lista celor eligibile, cu localități indiferent de gradul de marginalizare sau fără grad de marginalizare, conform Atlasului zonelor vulnerabile, cu evidențierea procentului de populație vulnerabilă care va beneficia de serviciile centrului comunitar integrat.

10. Concluzii

Asistența medicală comunitară contribuie la eforturile populației de a trăi sănătos în condiții optime de mediu și, atunci când indivizii au nevoie de îngrijire medicală, aceasta să li se acorde la momentul potrivit, în comunitățile lor. De aici a apărut și necesitatea dezvoltării echipelor comunitare integrate și a centrelor comunitare integrate, cu o varietate de servicii medico-socio-educative.

Este un obiectiv necesar pentru o **acoperire universală cu servicii de sănătate**, care trebuie să stea la baza oricărui sistem de sănătate funcțional, pentru că are ca scop principal prevenția evoluției diferitelor patologii medicale, prin identificarea pacienților în timp util și referirea lor către medicii de familie sau medicii specialiști, promovarea practicilor necesare unui stil de viață sănătos.

Abordarea în echipă comunitară integrată multidisciplinară din cadrul centrelor comunitare integrate, a problematicii complexe medico-sociale poate preveni din fază incipientă efectele diferitelor probleme medicale, sociale precum și a celor asociate acestora, ceea ce poate conduce la prevenirea excluziunii beneficiarilor aparținând grupurilor vulnerabile prin asigurarea de servicii specializate, începând de la cele de identificare a problemelor, continuând cu cele de intervenție, monitorizare și sprijin.

Creșterea eficienței în sistemul de sănătate va fi posibilă și prin întărirea rețelei de asistență medicală comunitară, integrarea serviciilor la nivel comunitar și crearea centrelor comunitare integrate, având în vedere dovezile înregistrate prin proiectele pilot derulate anterior și care confirmă rezultatele cercetărilor internaționale care demonstrează cost – eficiența intervențiilor similare.

Centrele comunitare integrate furnizează servicii de asistență medicală comunitară integrate cu serviciile sociale și cele educaționale persoanelor vulnerabile din punct de vedere medical, economic și social adaptate nevoilor acestora. Aceste centre sunt organizate și înființate ca entități cu sau fără personalitate juridică la nivelul unităților/subdiviziunilor administrativ-teritoriale.

Este necesar ca Ministerul Sănătății să consolideze programul de instruire pentru personalul din rețeaua de asistență medicală comunitară și să sprijine dezvoltarea rețelei de asistență medicală comunitară și a centrelor comunitare integrate în întreaga țară.

Manualul centrelor comunitare integrate este criteriu al condiției favorizante în cadrul Programului Operațional de Sănătate, coroborarea activității de asistență medicală comunitară și a centrelor comunitare integrate fiind necesară între toate obiectivele/ activitățile din cadrul programelor finanțate din diferite fonduri.

11. Bibliografie

1. *OUG nr.18/ 2017 privind asistența medicală comunitară aprobată prin Legea 180/ 2017 și completată prin Legea 190/ 2019, cu modificările și completările ulterioare;*
2. *HG nr.324/ 2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară*
3. *Strategia națională de sănătate 2014- 2020- aprobată prin HG nr. 1028/2014*

12. Listă de abrevieri

CCI – Centru Comunitar Integrat

PNRR – Planul Național de Redresare și Reziliență

MS – Ministerul Sănătății

POR – Programul Operațional Regional

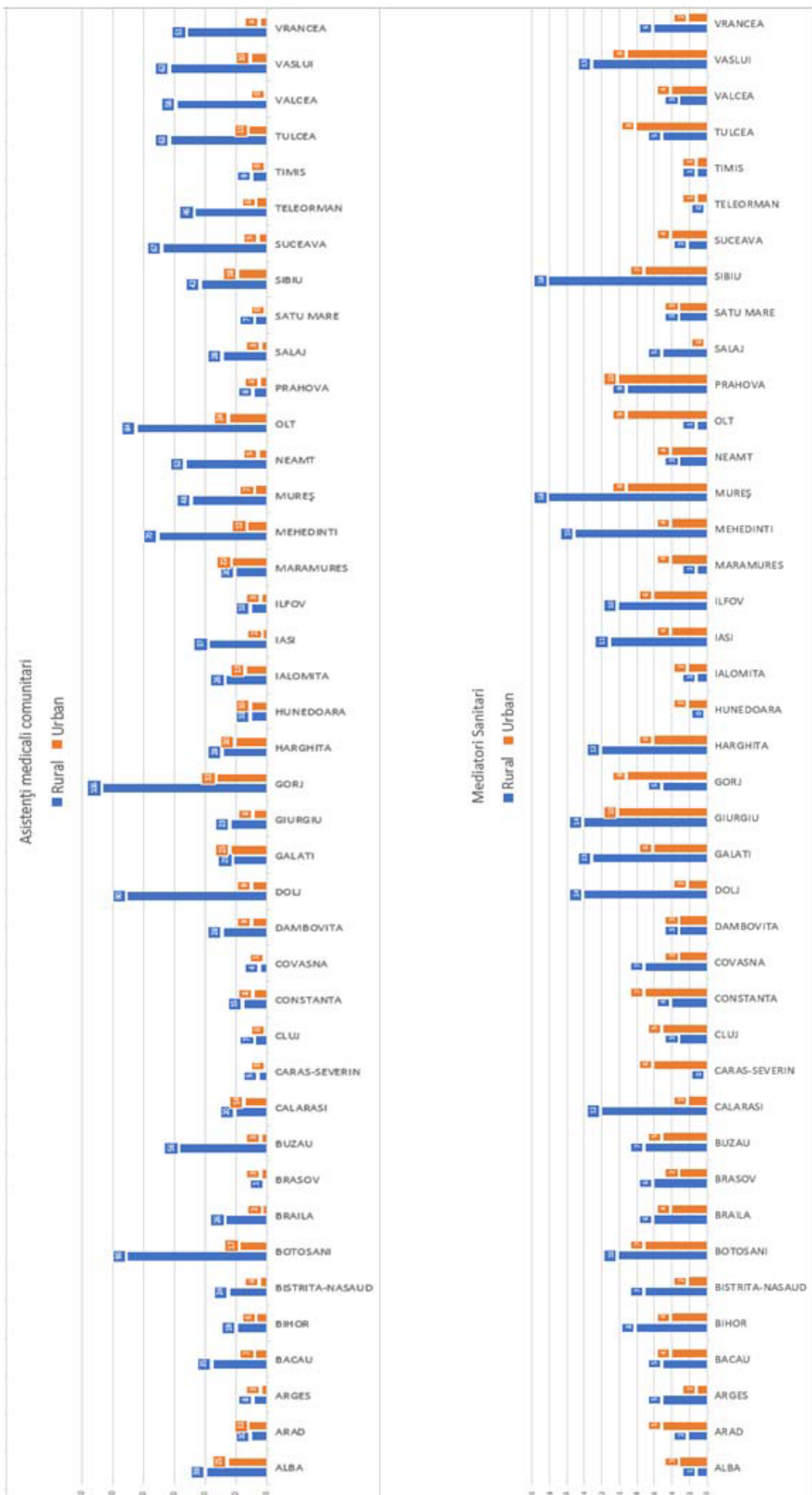
POS – Programul Operațional Sănătate

UAT – Unitate Administrativ Teritorială

UIS – Unitatea de Incluziune Socială

Anexele nr. 1 – 5 fac parte integrantă din prezentul Manual al centrelor comunitare integrate

ANEXA 1. BAZA DE DATE CU PERSONALUL DIN ASISTENȚĂ MEDICALĂ COMUNITARĂ PE JUDEȚE ȘI PE URBAN / RURAL



ANEXA 2. LEGISLAȚIE SPECIFICĂ ORGANIZĂRII, FUNCȚIONĂRII, FINANȚĂRII CENTRELOR COMUNITARE INTEGRATE

OUG nr. 18/ 2017 aprobată prin Legea 180/ 2017, cu modificările și completările ulterioare

”Art. 10

Serviciile de asistență medicală comunitară pot fi asigurate prin personalul de specialitate prevăzut la art. 8 alin. (2), angajat în cadrul structurilor prevăzute la art. 8 alin. (1).

Art. 11

(1) În funcție de nevoile identificate la nivelul comunităților, privind furnizarea integrată de servicii medico-socio-educative, în subordinea autorităților executive ale administrației publice locale se pot înființa centre comunitare integrate, ca entități cu sau fără personalitate juridică, finanțate integral din bugetele locale ale unităților/subdiviziunilor administrativ-teritoriale.

(2) Centrele comunitare integrate, organizate în subordinea autorităților executive ale administrației publice locale, furnizează persoanelor, inclusiv celor de etnie romă și grupurilor vulnerabile, servicii comunitare integrate adaptate nevoilor medicale, sociale și educaționale, din unitățile/subdiviziunile administrativ-teritoriale deservite.

(3) În centrul comunitar integrat este obligatoriu ca personalul minim să fie format din asistent medical comunitar și asistent social, iar în funcție de specificul comunității și alte categorii profesionale necesare desfășurării activității din centrul comunitar integrat.

(4) Metodologia comună de coordonare, monitorizare, evaluare și raportare a serviciilor furnizate în centrele comunitare integrate se stabilește prin normele metodologice de aplicare a prezentei ordonanțe de urgență, potrivit standardelor și bunelor practici dezvoltate de către autoritățile competente.

(5) Organizarea, funcționarea și finanțarea centrelor comunitare integrate prevăzute la alin. (1) și (2) și Protocolul-cadru de colaborare dintre centrele comunitare integrate și serviciul public de asistență socială se stabilesc și se aprobă prin normele metodologice de aplicare a prezentei ordonanțe de urgență, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.”

HG nr. 324/ 2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară.

”Art. 6

(1) Atribuțiile Ministerului Sănătății în domeniul asistenței medicale comunitare, prin Unitatea de incluziune socială, sunt următoarele:

.....

n) avizează înființarea centrelor comunitare integrate, ținând cont de direcțiile strategice și de obiectivele de dezvoltare a asistenței medicale comunitare la nivel național;”

”CAPITOLUL IV: Organizarea, funcționarea și finanțarea centrelor comunitare integrate

Art. 20

(1) În subordinea autorităților executive ale administrației publice locale din unitățile/subdiviziunile administrativ-teritoriale care deserveșc o populație cu cel puțin 500 de persoane vulnerabile din punct de vedere medical, social sau economic se pot înființa centre comunitare integrate potrivit prevederilor art. 11 alin. (1) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 18/2017, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 180/2017.

(2) Centrul comunitar integrat se înființează în localitatea care dispune de spațiile/dotările necesare desfășurării acestor activități.

Art. 21

(1) Beneficiarii serviciilor și activităților furnizate în centrul comunitar integrat sunt categoriile reglementate potrivit prevederilor art. 7 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 18/2017, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 180/2017.

(2) Beneficiarii centrului comunitar integrat primesc servicii medicale comunitare indiferent de statutul de asigurat sau neasigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

Art. 22

(1) În centrul comunitar integrat este obligatoriu ca personalul minim să fie format din asistent medical comunitar și asistent social.

(2) În centrul comunitar integrat, pe lângă categoriile prevăzute la alin. (1), mai pot activa sau pot fi angajați și orice alți profesioniști conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 18/2017, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 180/2017, în funcție de nevoile membrilor comunității: moașă și/sau mediator sanitar, după caz, consilier școlar și/sau mediator școlar, medic de familie, medic specialist, psiholog, agent de ocupare și alte categorii profesionale ce pot fi implicate în soluționarea problematicei medicosocioeducaționale a grupurilor vulnerabile, precum și personal administrativ, după caz și în funcție de nevoile centrului comunitar integrat.

(3) Coordonatorul centrului comunitar integrat este persoana desemnată de către autoritatea executivă a administrației publice locale care are expertiză în abordarea integrată a activității medicosocioeducaționale din centre și în implementarea activității de asistență medicală comunitară. Art. 23

(1) Baremul minim pentru organizarea centrului comunitar integrat cuprinde cel puțin următoarele încăperi:

a) un birou pentru personalul centrului; dacă infrastructura permite, fiecare categorie de personal angajat în centrul comunitar integrat poate avea un birou distinct, după caz;

b) o încăpere pentru consiliere individuală medicală și/sau întâlniri de grup; dacă infrastructura permite, încăperea pentru consiliere individuală poate fi diferită de încăperea pentru activități de grup, cum sunt sesiunile de informare/educare/comunicare pentru promovarea comportamentelor favorabile sănătății;

c) o încăpere pentru consiliere socială sau alte activități de servicii sociale;

d) o încăpere pentru activități de consiliere/mediere școlară/alte activități cu specific educativ, cu intrare separată și grupuri sanitare separate;

e) un spațiu cu dotare medicală minimală în care să se poată furniza consultații de către medicul de familie sau de către medicii de specialitate care doresc să furnizeze servicii medicale de specialitate în sistem flexibil, inclusiv servicii de telemedicină și paleație;

f) un spațiu de depozitare;

g) grupuri sanitare distincte pentru personal și beneficiari.

(2) Baremul minim de dotare cu bunuri și echipamente nemedicale pentru centrul comunitar integrat, inclusiv al spațiului unde pot fi furnizate servicii nemedicale, este prevăzut în anexa nr. 3.

(3) Baremul minim de dotare cu echipamente medicale pentru centrul comunitar integrat, inclusiv al spațiului unde pot fi furnizate servicii medicale, este prevăzut în anexa nr. 4.

(4) În funcție de nevoile și de resursele colectivității/colectivităților locale, în centrul comunitar integrat pot funcționa:

a) un punct de lucru de medicină de familie sau un cabinet individual de medicină de familie, cu respectarea prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

b) un cabinet de medicină dentară, un punct de recoltare pentru analizele medicale, alte servicii medicale necesare unităților/subdiviziunilor administrativ-teritoriale, cu respectarea legislației prevăzute de Ordonanța Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

c) un centru de permanență, cu respectarea legislației privind înființarea acestora, conform Legii nr. 263/2004 privind asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență, cu modificările și completările ulterioare;

d) alte puncte de lucru destinate activităților și serviciilor integrate de sănătate, sociale și educaționale, în conformitate cu nevoile locale identificate și cu posibilitățile de finanțare ale unității/unităților/subdiviziunii/subdiviziunilor administrativ-teritoriale.

(5) Structurile prevăzute la alin. (4) funcționează complementar cu centrul comunitar integrat, nu înlocuiesc activitățile centrului comunitar integrat și nu au activități care să se suprapună cu activitățile centrului comunitar.

Art. 24

(1) Centrul comunitar integrat are un program de activitate afișat la loc vizibil și în format accesibil persoanelor cu dizabilități.

(2) Personalul care furnizează servicii de asistență medicală comunitară în cadrul centrului comunitar integrat respectă programul de lucru prevăzut la art. 19 alin. (1).

(3) Asistentul medical comunitar, moașa și/sau mediatorul sanitar, după caz, vor/va fi însoțiți/însoțit în teren de ceilalți specialiști ai centrului comunitar integrat și, după caz, de un interpret în limbaj mimicogestual, în funcție de natura problemei identificate în teren.

(4) Programul de lucru al celorlalte categorii de personal care sunt angajate sau care activează în cadrul centrului comunitar integrat va fi stabilit de către autoritatea executivă a administrației publice locale, în funcție de nevoile existente în comunitate, de resursele disponibile și în conformitate cu prevederile Legii nr. 53/2003 - Codul muncii, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 25

Finanțarea centrelor comunitare integrate se asigură din următoarele surse:

a) transferuri de la bugetul de stat către bugetele locale, prin bugetul Ministerului Sănătății, pentru finanțarea cheltuielilor de personal pentru asistenții medicali comunitari, moașele și mediatorii sanitari care își desfășoară activitatea în centrele comunitare integrate, precum și a cheltuielilor determinate de aplicarea standardelor minime de dotare, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație și a normativului de personal aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 459/2010, cu modificările ulterioare;

b) venituri proprii ale unităților/subdiviziunilor administrativ-teritoriale, în completarea sumelor primite potrivit prevederilor lit. a), precum și pentru finanțarea celorlalte categorii de personal din centrul comunitar integrat care furnizează, potrivit legii, servicii medicale, sociale sau educaționale;

c) fonduri externe nerambursabile și, după caz, alte fonduri legal constituite”

ANEXA 3. DOCUMENTELE NECESARE AVIZĂRII CENTRULUI COMUNITAR INTEGRAT

Documente ce se depun la direcția de sănătate publică județeană pentru analiză, verificare și întocmirea documentației pentru Ministerul Sănătății, Unitatea de incluziune socială

- Cererea de avizare a înființării centrului comunitar integrat;
- Nota justificativă privind necesitatea înființării centrului comunitar integrat conform strategiei/direcțiilor strategice/obiectivelor de dezvoltare a asistenței medicale comunitare la nivel de unitate/ subdiviziune administrativ- teritorială;
- Copie de pe organigrama unității/subdiviziunii administrativ- teritoriale sau a centrului comunitar integrat(CCI), dacă CCI va avea personalitate juridică, din care să reiasă existența asistentului medical comunitar și a asistentului social;
- Existența documentelor doveditoare pentru persoana coordonatoare a centrului comunitar integrat, cu expertiză în abordarea integrată a activității medico-socio-educăionale din centre și în implementarea activității de asistență medicală comunitară: cum ar fi, dar fără a ne limita la: CV, diploma studii / diploma master, cursuri de specializare.)
- Protocolul de colaborare între unitatea/subdiviziunea administrativ- teritorială și cabinet de medicină de familie privind derularea activității de asistență medicală comunitară;
- Autorizație sanitară eliberată de direcția de sănătate publică județeană pentru spațiile în care se furnizează servicii medicale;
- Schița spațiului și amplasarea în zonă;
- Documente care sa ateste funcționarea altor servicii medicale, sociale, educaționale, după caz.

Documente către Ministerul Sănătății- Unitatea de incluziune socială ce vor fi transmise de către direcția de sănătate publică județeană:

- Nota justificativă de argumentare a necesității înființării centrului comunitar integrat;
- Fisa de evaluare completată de către personalul împuternicit din direcția de sănătate publică județeană care va include și recomandarea de înființare a centrului comunitar integrat
- Decizia de conformitate semnată de directorul executiv al direcției de sănătate publică județeană

Direcția de sănătate publică județeană va transmite la Ministerul Sănătății, Unitatea de incluziune social, tot dosarul cu cele trei documente menționate anterior, în formă scanată prin mijloace de comunicare electronice.

Model cerere unitate/subdiviziune administrativ-teritorială**CERERE DE AVIZARE A INFIINTARII CCI – la solicitarea unității/subdiviziunii administrativ-teritorială**

Către

DSP

Subsemnatul,.....,

(numele și prenumele primarului)

în calitate de reprezentant al UAT, cu sediul social aflat la adresa:....., telefon/e-mail, vă rog să binevoiți a aviza înființarea Centrului Comunitar Integrat Comuna....., ca și unitate publică cu/fără personalitate juridică, în subordinea autorității executive a administrației publice locale din comuna.....

Declar pe propria răspundere următoarele:

1. Spațiul în care funcționează Centrul Comunitar Integrat aparține Unității Administrativ Teritoriale a comuneiși este atribuit spre folosință Centrului Comunitar Integrat prin Hotărâre de Consiliu local sau altă formă (precizați).....

2. Sunt respectate condițiile stabilite prin HG nr. 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară, referitor la:

- personalul angajat în CCI, format din:

asistent medical comunitar, asistent social și alte categorii, dacă e cazul(enumerati):

.....

- încadrarea coordonatorului de CCI, cu indeplinirea prevederilor legale

- baremul minim pentru organizarea centrului comunitar integrat, conform art. 23 alin (1)

- baremul minim de dotare cu bunuri și echipamente nemedicale pentru centrul comunitar integrat conform art. 23 alin (2)

- baremul minim de dotare cu echipamente medicale pentru centrul comunitar integrat conform art. 23 alin (3)

- alte structuri care funcționează complementar în Centrul Comunitar Integrat (cabinete medicale, ș.a.)

Enumerați:

.....

Anexez prezentei cereri următoarea documentație:

1. Hotărârea CL de înființare a CCI și de atribuire a spațiului pentru funcționarea CCI
2. Memoriu tehnic justificativ care să conțină indicatorii de vulnerabilitate ai comunității (număr minim de 500 de persoane aparținând grupurilor vulnerabile; distanță mare față de unități sanitare, localități izolate și unde atragerea personalului medical se face cu dificultate; lipsa medicului de familie sau a unui număr suficient pentru ca acesta să-și poată organiza lista de capacitate; număr crescut de indicatori ai stării de sănătate cu risc negativ (minore gravide, nașteri la domiciliu, copii nevaccinți, cu rahitism, cu diferite afecțiuni medicale care necesită o monitorizare permanentă din partea specialiștilor, nivel crescut al indicatorilor de risc social și risc educațional);
3. Schița tehnică a clădirii și alocarea spațiilor pe activități, șampilată de persoană autorizată
4. Plan de amplasare în zonă a CCI
5. Organigrama UAT și extras din Revisal pentru personalul care lucrează în CCI, inclusiv pentru coordonatorul CCI
6. Orarul de funcționare al CCI
7. Fișa postului coordonatorului de CCI, cu îndeplinirea prevederilor legale
8. Autorizația sanitară de funcționare pentru cabinetele unde se desfășoară activitate medicală complementară în CCI, dacă este cazul
9. Protocolul de colaborare/contractul cu profesioniștii care desfășoară activitate complementară în CCI, din care să reiasă că activitatea medicală este derulată cu prioritate pentru beneficiarii centrului
10. Protocoale de colaborare/asociere cu:
 - a. alte unitate administrativ teritoriale;
 - b. cu instituții/ asociații locale și centrale, naționale care pot sprijini financiar funcționarea centrului comunitar integrat (Consiliul Județean, Grup local de dezvoltare, ministere și deconcentrate ale acestora etc);
 - c. cu organizații non-guvernamentale naționale sau internaționale (de ex. UNICEF, Banca Mondială).

Declar pe propria răspundere că actele în copie sunt conforme cu originalul și îmi asum responsabilitatea pentru veridicitatea celor susținute în documentația depusă.

Mă angajez ca după avizarea înființării CCI, vor fi depuse documentele pentru autorizarea sanitară de funcționare a CCI pe codul CAEN 8690 Alte activități referitoare la sănătate umană

Correspondența în vederea soluționării cererii solicit să se efectueze prin:

–

|_ | poștă la adresa

–

|_ | e-mail la adresa

Semnătura,

.....

Ștampila

Model fișa de evaluare

FISA DE EVALUARE

În vederea avizării înființării

CENTRULUI COMUNITAR INTEGRAT:

..... situat la adresa:.....

.....

.....

Reprezentat prin primar UAT:

.....

DSPprin persoanele desemnate:

.....

.....

I. EVALUAREA INFRASTRUCTURII NECESARE DESFASURARII ACTIVITATII:

Există birou echipa comunitară:

DA	
NU	

Incapere separata

DA	
NU	

Incapere la comun cu alt personal

DA	
NU	

Încăpere pentru consiliere individuală medicală

DA	
NU	

Încăpere pentru consiliere socială sau alte activități de servicii sociale

DA	
NU	

Încăpere pentru activități de consiliere/mediere școlară/alte activități cu specific educativ, cu intrare separată și grupuri sanitare separate;

DA	
NU	

Spațiu cu dotare medicală minimală în care să se poată furniza consultații de către medicul de familie sau de către medicii de specialitate

DA	
NU	

Spațiu de depozitare

DA	
NU	

Grupuri sanitare distincte pentru personal și beneficiari

DA	
NU	

II. DOTAREA SPATIULUI ESTE CORESPUNZATOARE PENTRU DESFASURAREA ACTIVITATII

- conform *Baremului minim de dotare bunuri și echipamente nemedicale*, prevazut in legislatie:

DA	
NU	

OBS.....

.....

.....

.....

.....

-Baremul minim de dotare bunuri și echipamente medicale:

DA	
NU	

OBS.....

.....

.....

.....

.....

III. PERSONALUL DIN ASISTENTA MEDICALA COMUNITARA DIN CCI CORESPUNDE LEGISLATIEI

ECHIPA ESTE COMPLETĂ (CEL PUȚIN ASISTENT MEDICAL COMUNITAR ȘI ASISTENT SOCIAL)

DA	
NU	

Enumerați MEMBRII ECHIPEI COMUNITARE:

.....

.....

.....

.....

.....

FISELE DE POST PENTRU PERSONALUL MEDICAL DIN CCI CORESPUND LEGISLAȚIEI

DA	
NU	

IV ACTIVITĂȚI COMPLEMENTARE CARE SE DESFĂȘOARĂ ÎN CCI

a) punct de lucru de medicină de familie sau un cabinet individual de medicină de familie,

DA	
NU	

b) un cabinet de medicină dentară

DA	
NU	

c) punct de recoltare pentru analizele medicale

DA	
NU	

d) alte servicii medicale, cu respectarea legislației prevăzute de Ordonanța Guvernului nr. [124/1998](#); Enumerați:

.....

.....

.....

.....

.....

e) centru de permanență, cu respectarea legislației privind înființarea acestora, conform Legii nr. [263/2004](#) privind asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență, cu modificările și completările ulterioare;

DA	
NU	

d)alte puncte de lucru destinate activităților și serviciilor integrate de sănătate, sociale și educaționale, în conformitate cu nevoile locale identificate și cu posibilitățile de finanțare ale unității/unităților/subdiviziunii/subdiviziunilor administrativ-teritoriale

Enumerați:

.....

.....

.....

.....

.....

IV ORAR DE LUCRU CCI PENTRU ECHIPA COMUNITARĂ

.....

V. ASIGURAREA CALITATII IN ACTIVITATEA AMC

Există panou de semnalizare al CCI

DA	
NU	

Există rampă

DA	
NU	

Se utilizează aplicația on-line AMCMSR.gov.ro

DA	
NU	

Setul minim de indicatori privind activitatea de asistență medicală comunitară este colectat, analizat și raportat periodic

DA	
NU	

BENEFICIARIII SERVICIILOR DE ASISTENȚA MEDICALĂ COMUNITARĂ sunt identificați în mod activ și continuu prin cartografierea populației colectivității locale și prin actualizarea lunară a acestora în aplicația on-line AMCMSR.gov.ro.

DA	
NU	

AMC și MSR utilizează și alte softuri în activitatea proprie (dacă DA, care):

.....
.....

VI. CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

ANEXA 4 CRITERII DE ELIGIBILITATE LA FINANȚARE PENTRU CABINETELE / PUNCTELE DE LUCRU CU ACTIVITĂȚI COMPLEMENTARE CELOR DIN CENTRELE COMUNITARE INTEGRATE ȘI CARE FUNCȚIONEAZĂ ÎN ACELAȘI SPAȚIU CU ACESTA

• **Dotări cu bunuri și echipamente nemedicale**

HG nr. 324/ 2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară

ANEXA nr. 3 la normele metodologice: Barem minim de dotare cu bunuri și echipamente nemedicale pentru centrul comunitar integrat, inclusiv pentru spațiul unde pot fi furnizate servicii medicale

1. Birou - 1 buc. pentru fiecare angajat
2. Scaune de birou - 1 buc. pentru fiecare angajat
3. Scaune pentru beneficiari - 10 buc. (pentru consiliere beneficiari și pentru întâlnirile de grup)
4. Dulap fișier - 1 buc.
5. Dulap vestiar - 1 buc. pentru fiecare angajat
6. Coș/Pubelă - 2 buc.
7. Cuier - 1 buc.
8. Imprimantă multifuncțională (cu scanner)
9. Calculator/Laptop cu acces la internet, eventual tabletă 1 buc. pentru fiecare angajat
10. Consumabile operaționale (hârtie, toner imprimantă, pix/creion, registre/caiete, foi de scris etc.)
11. Scuter/Bicicletă/ATV/Autoturism, în funcție de specificul colectivității locale și al infrastructurii - 1/angajat implicat în munca de teren
12. Pelerină de ploaie - 1 buc./angajat implicat în munca de teren
13. Aparatură/Monitoare specifică/specifice activității de telemedicină
14. Structură pentru internet funcțională 24 din 24 de ore pentru asigurarea intervențiilor în telemedicină, precum și pentru realizarea raportărilor în aplicația on-line a Ministerului Sănătății

Dotări cu bunuri și echipamente medicale

HG nr. 324/ 2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară

ANEXA nr. 4 la normele metodologice: Barem minim de dotare cu echipamente medicale pentru centrul comunitar integrat, inclusiv pentru spațiul unde pot fi furnizate servicii medicale

I. Barem pentru activitatea de asistență medicală comunitară

HG nr. 324/ 2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară

Standard minim de dotare pentru trusa medicală de asistență medicală comunitară pentru fiecare asistent medical comunitar/moașă, conform Anexei nr. 1 la normele metodologice.

ANEXA nr. 1: Standard minim de dotare pentru trusa medicală de asistență medicală comunitară

Echipamente și bunuri medicale
Tensiometru cu stetoscop
Stetoscop fetal (fetoscop)
Centimetru
Taliometru
Abacă sau aplicație pe telefon pentru determinarea vârstei gestaționale
Glucometru
Puls oximetru
Termometru pentru copii (set) și adulți
Trusă chirurgicală de unică folosință
Trusă de naștere - unică folosință
Cântar de sugari și adulți (există modele 2 în 1)
Tăviță renală
Minirecipient pentru deșeuri
Garou 50 cm
Test rapid pentru determinarea ruperii membranelor fetale (hârtie ph)
Teste de sarcină
Orteză - guler cervical tip Minerva universal
Consumabile medicale [ace și stripuri glucometru, vată medicinală, tifon, comprese sterile, bandaj triunghiular, rivanol, betadină, apă oxigenată, biocide (de tip 1 pentru dezinfectia igienică a mâinilor prin spălare și frecare și pentru dezinfectia pielii intacte; de tip 2 pentru dezinfectia suprafețelor), seringi, mănuși chirurgicale și mănuși de consultație nesterile, măști, teste rapide urină; pahar de plastic de unică folosință pentru colectarea urinei, pentru test de sarcină], perfuzoare, branule, feșe elastice, leucoplast, pungi de gheață instant, batiste de hârtie impregnate cu soluție dezinfectantă, atele din material plastic,

pansament cu rivanol, plasturi, dispozitiv de respirație gură la gură, deschizător de gură din material plastic, pipe Guedel mărimea 4 și 10, epifen 150 micrograme soluție injectabilă în stilou preumplut cu 2 ml pentru o doză unică de 0,3 ml (conform recomandării cu privire la primul ajutor în caz de anafilaxie)

II. Baremul pentru cabinetele medicale este reglementat prin legislația specifică privind activitatea de medicină de familie și/sau medicină de specialitate.

Baremul pentru cabinetele medicale este reglementat prin legislația specifică privind activitatea de medicină de familie și/sau medicină de specialitate.

Conform Anexei nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și familiei nr. 153/2003 pentru aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, cu modificările și completările ulterioare, dotarea minimă obligatorie pentru cabinetul medical de medicină de familie:

Medicină de familie

Dotare:

a) Pentru cabinetul de consultații:

- canapea de consultații;
- masă ginecologică sau canapeaua consultații să conțină suportți în vederea examinării obstetricale și ginecologice;
- aparat de măsurat tensiunea arterial;
- stetoscop;
- cântar pentru adulți și copii;
- taliometru;
- apăsătoare limbă de unică folosință;
- ciocan reflexe;
- trusă completă de microchirurgie;
- speculi vaginalli de unică folosință;
- centimetru de croitorie;
- seringă Guyon pentru spălături auriculare;
- atele Kramer;
- termometre;
- frigider pentru produse biologice cu termometru;
- recipient pentru deșeuri biologice.

b) Pentru aparatul de urgență:

- Analgezice minore nemorfinice;
- Adrenalină;
- Atropină;

- Hemisuccinat de hidrocortizon;
- Antihipertensive;
- Antispastice;
- Aspirina;
- Antipiretice;
- Diazepam fiole, microclisma (5 mg);
- Bronhodilatatoare inhalatorii;
- Xilină 1%;
- Antisecretorii gastrice;
- Soluții cristaloides (ser fiziologic, Ringer, glucoză 5%, glucoză 10%);
- Hemostatice;
- Nitroglicerină;
- Antiemetice.

Atât prin PNRR cât și prin alte fonduri de finanțare, în centrele comunitare integrate se vor finanța bunurile și dotările medicale și nemedicale conform prevederilor HG nr. 324/ 2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară.

În funcție de rezerva financiară, din suma aprobată se vor putea achiziționa și alte aparate medicale care vor justifica necesitatea de servicii pentru populația grupurilor vulnerabile, conform art. 23, alin (4) din HG 324/ 2019.

Anexa nr. 5 LISTELE LOCALITĂȚILOR DIN MEDIUL RURAL ȘI DIN MEDIUL URBAN CU RISC DE MARGINALIZARE

Listele localităților din mediul rural și din mediul urban cu risc de marginalizare se regăsesc în link-urile de mai jos

Localități rural

https://docs.google.com/document/d/1klhbBgRf3yw4v1a_Bd6knJlsVvkhghdeu-IOGzJHa10/edit?usp=sharing

Localități urban

https://docs.google.com/document/d/1Aa4GfgW7GwXjipNIXjxLGWGXDf67wbMS_uzal7xm_oA/edit?usp=sharing

Notă

Listele localităților din mediul rural și din mediul urban cu risc de marginalizare sunt realizate conform *Atlasului zonelor rurale marginalizate și al dezvoltării umane locale din România și Atlasului zonelor urbane marginalizate din România*.

Din aceste liste se vor selecta 200 de localități eligibile pentru a accesa fondurile din PNRR pentru construirea, reabilitarea și dotarea centrelor comunitare integrate.

Pentru a elimina riscul neaplicării vreunei localități din cele 200 se va selecta și o listă de 100 de localități de rezervă. Selectarea localităților se face prin consultare cu MMPS, ME și structurile asociative.

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR



„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; 012329
C.I.F. RO427282, IBAN: RO55RNCB0082006711100001 BCR
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 DTCPMB (alocat numai persoanelor juridice bugetare)
Tel. 021.318.51.29/150, fax 021.318.51.15, e-mail: marketing@ramo.ro, www.monitoruloficial.ro

Adresa Biroului pentru relații cu publicul este:
Str. Parcului nr. 65, intrarea A, sectorul 1, București; 012329.
Tel. 021.401.00.73, e-mail: concursurifp@ramo.ro, convocariaga@ramo.ro
Pentru publicări, încărcați actele pe site, la: <https://www.monitoruloficial.ro/brp/>

