ORDIN nr. 2.931 din 27 decembrie 2021

privind aprobarea Manualului centrelor comunitare integrate

EMITENT • **MINISTERUL SĂNĂTĂŢII**

Publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1240 din 29 decembrie 2021

Data intrării în vigoare 29-12-2021

Formă consolidată valabilă la data 03-10-2025
Prezenta formă consolidată este valabilă începând cu data de 29-12-2021 până la data de 03-10-2025

Văzând Referatul de aprobare nr. AR 2.924/2021 al Direcţiei generale asistenţă medicală, medicină de urgenţă şi programe de sănătate publică din cadrul Ministerului Sănătăţii,
având în vedere prevederile Deciziei de punere în aplicare a Consiliului de aprobare a evaluării planului de redresare şi reziliență al României, adoptată la 29 octombrie 2021, în care jalonul M366 pentru Adoptarea Manualului centrelor comunitare integrate, inclusiv a orientărilor pentru prioritizarea investiţiilor în centrele comunitare integrate printr-un ordin al ministrului sănătăţii are termen de realizare trimestrul al IV-lea 2021,
în temeiul art. 7 alin. (4) al Hotărârii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea şi funcţionarea Ministerului Sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare,
ministrul sănătăţii emite următorul ordin.

Articolul 1

Se aprobă Manualul centrelor comunitare integrate, conform anexei*) care face parte integrantă din prezentul ordin.
*) Anexa se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1240 bis, care se poate achiziţiona de la Biroul pentru relaţii cu publicul din Str. Parcului nr. 65, intrarea A, sectorul 1, Bucureşti.

Articolul 2

Direcţiile de specialitate din cadrul Ministerului Sănătăţii vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Articolul 3

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

Ministrul sănătăţii,

Alexandru Rafila

Bucureşti, 27 decembrie 2021.
Nr. 2.931.

ANEXĂ

ANEXĂ din 27 decembrie 2021

privind Manualul centrelor comunitare integrate

Notă

Aprobată prin ORDINUL nr. 2.931 din 27 decembrie 2021, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1240 din 29 decembrie 2021.

MANUALUL CENTRELOR COMUNITARE INTEGRATE
"Ministerul Sănătăţii avizează înfiinţarea centrelor comunitare integrate, ţinând cont de direcţiile strategice şi de obiectivele de dezvoltare a asistenţei medicale comunitare la nivel naţional"- art. 6 alin. (1) lit. n) din Hotărârea Guvernului nr. 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcţionarea şi finanţarea activităţii de asistenţă medicală comunitară

CUPRINS

1. CÂND ŞI CUM A APĂRUT ASISTENŢA MEDICALĂ COMUNITARĂ ÎN ROMÂNIA?
2. CE ESTE UN CENTRU COMUNITAR INTEGRAT?
3. DE CE SUNT NECESARE CENTRELE COMUNITARE INTEGRATE?
4. DE CE A APĂRUT ŞI CUI SE ADRESEAZĂ ACEST MANUAL?
5. CUM SE ÎNFIINŢEAZĂ CENTRELE COMUNITARE INTEGRATE?
6. AVIZAREA CENTRELOR COMUNITARE INTEGRATE
7. ACTIVITĂŢI SPECIFICE CENTRULUI COMUNITAR INTEGRAT
8. ROLUL CCI ÎN ÎMBUNĂTĂŢIREA SITUAŢIEI MEDICO-SOCIALE A POPULAŢIEI GRUPURILOR VULNERABILE DE LA NIVELUL COMUNITĂŢII

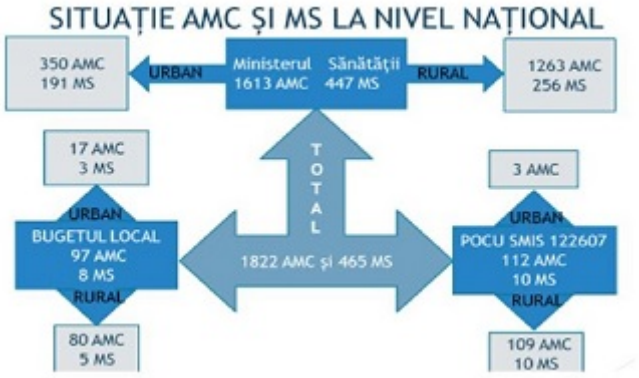
9. ORIENTĂRI PENTRU PRIORITIZAREA INVESTIŢIILOR ÎN CENTRELE COMUNITARE INTEGRATE
10. CONCLUZII
11. BIBLIOGRAFIE
12. LISTĂ DE ABREVIERI
ANEXA 1. BAZA DE DATE CU PERSONALUL DIN ASISTENŢĂ MEDICALĂ COMUNITARĂ PE JUDEŢE ŞI PE URBAN / RURAL
ANEXA 2. LEGISLAŢIE SPECIFICĂ ORGANIZĂRII, FUNCŢIONĂRII, FINANŢĂRII CENTRELOR COMUNITARE INTEGRATE
ANEXA 3. DOCUMENTELE NECESARE AVIZĂRII CENTRULUI COMUNITAR INTEGRAT
ANEXA 4. CRITERII DE ELIGIBILITATE LA FINANŢARE PENTRU CABINETELE/ PUNCTELE DE LUCRU CU ACTIVITĂŢI COMPLEMENTARE CELOR DIN CENTRELE COMUNITARE INTEGRATE ŞI CARE FUNCŢIONEAZĂ ÎN ACELAŞI SPAŢIU CU ACESTA
ANEXA 5. LISTELE LOCALITĂŢILOR DIN MEDIUL RURAL ŞI DIN MEDIUL URBAN CU RISC DE MARGINALIZARE

1. Când şi cum a apărut asistenţa medicală comunitară în România?

Asistenţa medicală comunitară cuprinde ansamblul de programe, servicii de sănătate şi acţiuni de sănătate publică furnizate la nivelul comunităţilor în scopul creşterii accesului populaţiei şi, în special, al grupurilor vulnerabile la servicii medico-sociale de calitate.

Activitatea de asistenţă medicală comunitară a fost iniţiată de către Ministerul Sănătăţii Publice (denumire la acea dată) în anul 2002, în cadrul unui proiect pilot comun, implementat în 7 judeţe şi municipiul Bucureşti. Prin intermediul proiectului s-a realizat pilotarea de servicii de asistenţă medicală comunitară pentru populaţia aparţinând grupurilor vulnerabile, în special urmărirea gravidei şi copilului cu vârsta de 0-1 an, din cauza ratei foarte ridicate de mortalitate la începutul anilor 2000 la nivel naţional. Datorită rezultatelor care au dovedit utilitatea proiectului menţionat, dar şi al altor proiecte derulate de Ministerul Sănătăţii şi de către organizaţii non-guvernamentale, s-a ajuns ca, în prezent, la nivelul ţării să funcţioneze un număr de 1822 asistenţi medicali comunitari, din care 1612 plătiţi de la bugetul de stat, 97 plătiţi de la bugetul local şi 112 din proiectul POCU 122607, precum şi 463 mediatori sanitari din care 447 plătiţi de la bugetul de stat, 8 de la bugetul local şi 10 din proiectul POCU 122607.

În Anexa 1 prezentăm situaţia personalului din asistenţa medicală comunitară la nivel naţional, defalcat pe judeţe.



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

- lipsa spaţiului unde acesta poate realiza raportarea activităţii;
- lipsa spaţiului necesar pentru consilierea beneficiarilor, în condiţii care să asigure confidenţialitatea discuţiilor;
- lipsa spaţiului unde personalul poate să mobilizeze beneficiarii la diferite acţiuni medicale;
- lipsa spaţiului unde beneficiarii pot discuta doar cu asistentul social;
- lipsa spaţiului unde personalul să poată colabora cu medicul de familie pentru acordarea serviciilor pentru beneficiarii neasiguraţi.

La nivel naţional, în special în mediul rural, activitatea de asistenţă socială se realizează prin personal cu atribuţii de asistenţă socială. În mediul rural, unităţile administrativ teritoriale au o acoperire cu asistenţi sociali sub un 10% din necesar, majoritatea asistenţilor sociali se regăsesc în urban în instituţii de profil.

Unităţile/subdiviziunile administrative-teritoriale îşi stabilesc priorităţile de intervenţie în problematica de asistenţă medicală comunitară intervenţională în baza planului anual de asistenţă medicală comunitară, parte a strategiei privind dezvoltarea economică, socială şi de mediu a unităţii administrativ teritoriale respective.

Activitatea de asistenţă medicală comunitară se desfăşoară în sistem integrat, prin colaborarea cu cabinetele medicilor de familie, cu serviciile sociale şi servicii educaţionale, cu alte structuri medicale şi sociale de pe raza unităţii/ subdiviziunii administrativ-teritoriale şi a judeţului, inclusiv cu organizaţii non-guvernamentale.

Conceptul de centru comunitar integrat unde îşi desfăşoară activitatea asistentul medical comunitar, împreună cu alţi specialişti din comunitate, şi-a început parcursul definirii în legislaţia sanitară subsecventă odată cu aprobarea OUG nr. 18/2017 privind asistenţa medicală comunitară aprobată prin Legea nr. 180/2017, cu modificările şi completările ulterioare, fiind luate în considerare şi oportunităţile din Programul Operaţional Regional 2014 - 2020 prin care unităţile administrativ-teritoriale au avut posibilitatea de a construi sau reabilita spaţii cu destinaţia de centru comunitar integrat, conform prevederilor HG nr. 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcţionarea şi finanţarea activităţii de asistenţă medicală comunitară. Finanţarea a fost posibilă prin intermediul fondurilor europene, condiţia obligatorie fiind cea a existenţei personalului minim (asistent medical comunitar şi asistent social) care să-l deservească.
Personalul care desfăşoară activitatea de asistenţă medicală comunitară este format din medici, asistenţi medicali comunitari, moaşe şi mediatori sanitari, conform prevederilor OUG nr. 18/2017 privind asistenţa medicală comunitară aprobată, prin Legea 180/ 2017, cu modificările şi completările ulterioare.
O parte din personalul din asistenţa medicală comunitară îşi desfăşoară activitatea în centre înfiinţate de către Ministerul Sănătăţii. Este vorba de şapte centre medico-sociale (înfiinţate în cadrul proiectului finanţat prin Mecanismul Financiar Elveţian şi implementat de către Ministerul Saănătăţii - proiect centrat pe activităţi de asistenţă socială în principal cu componenta de intervenţie socială) şi 43 de centre de sănătate (înfiinţate în cadrul proiectului RO 19.03 "Întărirea Reţelei Naţionale de mediatori Romi" pentru îmbunătăţirea stării de sănătate a populaţiei rome, finanţat prin Mecanismul Financiar Norvegian, derulat prin Institutul Naţional de Sănătate Publică, operator de program Ministerul Sănătăţii - proiect centrat pe activitatea de asistenţă medicală comunitară în echipă, asistent medical comunitar şi mediator sanitar şi colaborarea acestora cu asistentul social sau persoana desemnată cu atribuţii).
Ambele proiecte au fost analizate şi, din ambele, au fost preluate în HG nr. 324/2019 activităţile fezabile pentru funcţionarea centrelor comunitare integrate. Se poate, astfel, spune că centrele menţionate anterior sunt precursoarele centrelor comunitare integrate.
Consolidarea rolului personalului din asistenţa medicală comunitară (medic, asistent medical comunitar, moaşă, meditor sanitar) şi definirea centrelor comunitare integrate prin aprobarea OUG nr. 18/2017 privind asistenţa medicală comunitară, aprobată prin Legea nr. 180/2017, cu modificările şi completările ulterioare şi a HG nr. 324 /2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcţionarea şi finanţarea activităţii de asistenţă medicală comunitară sunt doi din paşi importanţi pe care Ministerul Sănătăţii i-a realizat în scopul creşterii accesului populaţiei grupurilor vulnerabile la servicii medicale şi medico-sociale de calitate şi a consolidării legislaţiei privind organizarea, funcţionarea şi finanţarea activităţii de asistenţă medicală comunitară şi a centrelor comunitare integrate.
Ideea de centru comunitar integrat s-a născut, aşadar, ca urmare a nevoii identificate la nivelul comunităţilor rurale, în special, şi anume aceea de a avea un spaţiu dedicat activităţii asistentului medical comunitar şi a celorlalţi furnizori de servicii de asistenţă medico-socio- educaţională. Un asemenea spaţiu va permite desfăşurarea activităţii cu beneficiarii, în condiţii care să asigure acestora un confort emoţional, în ceea priveşte intimitatea problemelor discutate, precum şi respectarea confidenţialităţii şi demnităţii beneficiarilor, şi a principiilor eticii şi deontologiei profesionale.
Întrucât activitatea personalului din asistenţa medicală comunitară se desfăşoară în colaborare cu ceilalţi specialişti, atât de la nivelul comunităţii cât şi de la nivel judeţean şi naţional, în centrul comunitar integrat, aceştia vor face echipă, în funcţie de nevoile identificate la nivelul comunităţii, cu diverse categorii de specialişti.
În prima fază, centrele comunitare integrate s-au numit centre comunitare medico-sociale (o parte din centrele existente încă se numesc aşa), dar odată cu intrarea în vigoare a OUG nr. 18/2017, aprobată prin Legea 180/2017 , cu modificările şi completările ulterioare, centrele comunitare medico-sociale sunt denumite centre comunitare integrate, pentru a se putea implementa şi derula activităţi care să se adreseze tuturor problemelor medico-socio-economice identificate la nivelul comunităţilor şi cu o paletă de specialişti mai vastă, în funcţie de problematica asociată identificată.
Pentru avizarea şi funcţionarea centrului comunitar integrat în mod obligatoriu trebuie să fie angajaţi un asistent medical comunitar şi un asistent social, iar ceilalţi specialişti sunt angajaţi de către unitatea/ subdiviziunea administrativ - teritorială, în funcţie 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 şi asistent social, iar în funcţie de specificul comunităţii şi alte categorii profesionale necesare desfăşurării activităţii din centrul comunitar integrat.

2. Ce este un centru comunitar integrat?
Centrul comunitar integrat reprezintă cadrul în care îşi derulează activitatea echipa de asistenţă medicală comunitară în colaborare, în principal, cu asistentul social dacă beneficiarii serviciilor de asistenţă medicală comunitară au şi probleme sociale identificate.

Legislaţia care defineşte şi reglementează centrele comunitare integrate este OUG nr. 18/2017 privind asistenţa medicală comunitară, aprobată prin Legea 180/ 2017, cu modificările şi completările ulterioare şi HG nr. 324/ 2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcţionarea şi finanţarea activităţii de asistenţă medicală comunitară. (A se vedea Anexa 2).
În funcţie de alte probleme identificate, asistenţii medicali comunitari colaborează cu specialişti din sistemul de sănătate, cu alţi specialişti din sistemul de asistenţă socială, cu specialişti din sistemul de educaţie, cu specialişti din alte domenii de activitate cu rol în soluţionarea problemelor asociate problemelor medico-sociale identificate, după caz, inclusiv cu furnizori privaţi de asistenţă medicală comunitară şi organizaţii neguvernamentale care furnizează servicii medico-sociale sau servicii de asistenţă medicală comunitară.
Menţionăm că asistentul medical comunitar angajat al unităţii/ subdiviziunii administrative- teritoriale, indiferent de sursa de finanţare (de la bugetul de stat prin Ministerul Sănătăţii, de la bugetul local în limita fondurilor alocate, din fonduri nerambursabile sau din alte fonduri cu această destinaţie) va asigura întreaga activitate de asistenţă medicală comunitară la nivelul comunităţii pe care o deserveşte, precum şi indiferent de structura în care funcţionează conform art. 8 alin (1) din OUG 18/2017 şi îşi va desfăşura activitatea în spaţiul din cadrul centrului comunitar integrat acolo unde acesta este înfiinţat.
În centrul comunitar integrat, conform legislaţiei specifice, sunt obligatorii două categorii profesionale:
● asistentul medical comunitar;
● asistentul social.
În centrul comunitar integrat, alături de asistentul medical comunitar şi asistentul social, în funcţie de nevoile persoanelor vulnerabile identificate, se vor regăsi şi alţi specialişti necesari în soluţionarea problemelor identificate.
Întrucât deja se pilotează echipa comunitară integrată în cadrul proiectului cod SMIS122607 cu titlul: "Crearea şi implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei şi a excluziunii sociale", un plus valoare la înfiinţarea centrelor comunitare integrate o va da existenţa acestei echipe formate din asistent medical comunitar, asistent social/tehnician în asistenţă socială, consilier şcolar/mediator şcolar, mediator sanitar (în cazul comunităţilor cu minim 700 persoane de etnie romă conform prevederilor HG nr. 459/2010 pentru aprobarea standardului de cost/an pentru servicii acordate în unităţile de asistenţă medico-sociale şi a unor normative privind personalul din unităţile de asistenţă medico-socială şi personalul care desfăşoară activităţi de asistenţă medicală comunitară, cu modificările ulterioare).
Întrucât înfiinţarea centrelor comunitare integrate este condiţionată de direcţiile strategice şi de obiectivele de dezvoltare a asistenţei medicale comunitare la nivel naţional, un aspect important la aprobarea acestora va fi dezvoltarea serviciilor medicale necesare populaţiei pe care o deserveşte personalul din asistenţa medicală comunitară şi a celui din medicina primară, pentru a creşte accesul acesteia la servicii medicale de calitate. De exemplu, cabinetul medical al medicului de familie dotat la standarde prevăzute în legislaţia specifică, înfiinţarea de alte cabinete medicale sau derularea în spaţiile din cadrul centrului comunitar integrat cu destinaţie de activitate medicală/asistenţă medicală comunitară, conform unui calendar, a unor activităţi medicale necesare în comunităţile cu acces redus la servicii medicale (pediatrie, planificare familială, caravane medicale, screening, promovare şi prevenţie, telemedicină etc)
Specialiştii din centrele comunitare integrate vor colabora cu autorităţi locale şi centrale precum şi cu organizaţiile neguvernamentale care pot ajuta la soluţionarea problemelor identificate.
Beneficiarii serviciilor centrului comunitar integrat sunt, cu prioritate, toate persoanele vulnerabile din punct de vedere medical, definite conform legislaţiei specifice, precum şi alte persoane cu probleme socio-economice, care au probleme de sănătate, prioritar, copii cu nevoi medico-socio-educaţionale.
În funcţie de problemele identificate, în centrul comunitar integrat pot funcţiona, complementar serviciilor de asistenţă medicală comunitară integrate cu serviciile sociale şi educaţionale, după caz, şi alte servicii medicale, sociale, educaţionale, dacă unităţile administrativ teritoriale pot susţine dezvoltarea şi finanţarea, alături de autorităţile centrale şi locale cu atribuţii în domeniu precum şi de organizaţii non-guvernamentale cu activitate medico-socială sau furnizori de servicii medico-sociale.
Activitatea principală este cea de prevenire şi promovare a unui stil de viaţă sănătos, cu scopul îmbunătăţirii indicatorilor stării de sănătate a populaţiei, ceea ce va permite realizarea activităţilor medico-sociale necesare întreţinerii vieţii şi asigurarea incluziunii sociale şi reducerea sărăciei.
3. De ce sunt necesare centrele comunitare integrate?
Conform Atlasului Zonelor Vulnerabile, un procent mare din comunităţile din România sunt considerate vulnerabile. În mod specific, în mediul rural există un număr de aproximativ 949 asemenea comunităţi, în timp ce în mediul urban şi mic urban există un număr de 317 de comunităţi cu procent mare de populaţie vulnerabilă.
Dezechilibrele teritoriale în furnizarea serviciilor de asistenţă medicală sunt mari şi se amplifică de la an la an.
Majoritatea medicilor de familie preferă zonele urbane şi multe localităţi din rural sunt private de existenţa unui medic de familie, iar în unele localităţi există un punct de lucru de medicină de familie la care ajunge un medic de

familie rareori. Neatractivitatea 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 sănătăţii, localităţi izolate, lipsa condiţiilor de lucru şi, în special, a dotărilor cabinetelor, lipsa sprijinului din partea autorităţilor locale etc.
Acoperirea cu asistenţă medicală comunitară la nivel naţional este în procent de 57% din totalul unităţilor /subdiviziunilor administrativ-teritoriale. Localităţile din mediul rural sunt slab aspectate cu acoperire cu asistenţă medicală comunitară iar în unele localităţi nu există nici un cadru medical care să răspundă nevoilor populaţiei.
Localităţile cu grad de marginalizare selectate în proiectul cod SMIS122607 cu titlul: "Crearea şi implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei şi a excluziunii sociale", implementat în parteneriat cu Ministerul Muncii şi Justiţiei Sociale, Ministerul Educaţiei Naţionale şi Ministerul Sănătăţii, sunt localităţile în care se pilotează echipa comunitară integrată (asistent medical comunitar, asistent social tehnician în asistenţă socială, consilier şcolar/mediator şcolar, mediator sanitar - pentru comunităţile cu populaţie romă conform prevederilor HG nr. 459/2010)).
Unităţile administrativ-teritoriale care derulează implementarea acestui proiect sunt eligibile şi pentru finanţarea înfiinţării centrelor comunitare din POR axa 8, Prioritatea 8.1. Obiectivul specific 8.2., Operaţiunea B "Centre Comunitare Integrate" dar, din cauza comunicării deficitare cu UAT-urile, aplicarea pe primele 2 apeluri de finanţare a fost nesemnificativă, aceasta crescând în faza celui de al treilea apel, când s-a intensificat comunicarea către UAT- uri de către Ministerul Sănătăţii.
Stabilirea zonelor marginalizate a fost realizată de către o echipă a Băncii Mondiale, în baza analizei gradului de deprivare în ceea ce priveşte capitalul uman, ocuparea forţei de muncă formale şi condiţiile inadecvate de locuire, a riscului de sărăcie şi excluziunii sociale şi a accesului redus la servicii de sănătate şi a asigurării altor drepturi fundamentale pentru care accesul este redus sau inexistent.
Criteriile de marginalizare şi gradul marginalizării sunt stabilite la nivel regional, conform metodologiilor pentru calculul indicelui dezvoltării umane locale şi al indicelui de dezvoltare prezentate în Atlasul zonelor rurale marginalizate şi al dezvoltării umane locale din România, în Atlasul zonelor urbane marginalizate din România şi în Studiul de fundamentare pentru Strategia naţională privind incluziunea socială şi reducerea sărăciei - conform Băncii Mondiale (https://www.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=a7ab584e3f3e455d996bb13a1b632e00).
Mai mult decât atât, diferite documente strategice menţionează importanţa dezvoltării asistenţei medicale comunitare. Conform Strategiei Naţionale de Sănătate 2014-2020 "Sănătate pentru Prosperitate", în Aria Strategică de Intervenţie "Servicii de Sănătate", obiectivul specific 4.1. prevede Dezvoltarea serviciilor de asistenţă comunitară, integrate şi comprehensive, destinate în principal populaţiei din mediul rural şi grupurilor vulnerabile inclusiv Roma. Una dintre direcţiile strategice de acţiune aferente acestui obiectiv specific este Organizarea de centre comunitare model pentru definirea celor mai bune practici şi extinderea reţelei de servicii de sănătate comunitare la nivel naţional.

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

Ideea acestui manual a apărut din nevoia de a explica legislaţia care reglementează organizarea, funcţionarea şi finanţarea centrelor comunitare integrate şi de a clarifica toţi paşii pe care autorităţile administraţiei publice locale trebuie să-i facă pentru a înfiinţa centre comunitare integrate, care prin activităţile din cadrul acestora să asigure cadrul normal de funcţionare a activităţii de asistenţă medicală comunitară integrată cu serviciile medicale primare şi de specialitate, cu serviciile de asistenţă socială, cu serviciile educaţionale, cu alte servicii necesare soluţionării problemelor medico-sociale identificate, cu servicii ale organizaţiilor non- guvernamentale cu obiect de activitate sau de asistenţă medicală comunitară sau activitate medico-socială.
Unitatea de Incluziune Socială (UIS) din cadrul Ministerului Sănătăţii va asigura consultanţă privind organizarea, funcţionarea şi finanţarea centrelor comunitare integrate, inclusiv a asistenţei medicale comunitare integrate. De asemenea, UIS va analiza şi propune conducerii Ministerului Sănătăţii avizarea funcţionării centrului comunitar integrat.
Pe baza strategiilor locale de dezvoltare a serviciilor de asistenţă medicală comunitară, a serviciilor de asistenţă socială şi a serviciilor educaţionale, anual se vor realiza analize ale necesităţii dezvoltării reţelei naţionale de asistenţă medicală comunitară integrate cu serviciile sociale şi serviciile educaţionale, pentru propunerea extinderii reţelei de asistenţă medicală comunitară şi a centrelor comunitare integrate.
Tot în baza analizelor, o dată la 5 ani, centrele comunitare integrate vor fi evaluate şi, în funcţie de activitatea implementată, vor primi reavizarea de funcţionare. Reavizarea funcţionării odată la 5 ani este necesară pentru a se asigura sustenabilitatea activităţii centrului comunitar integrat conform prevederilor legislaţiei specifice şi prevenirea schimbării destinaţiei.

5. Cum se înfiinţează centrele comunitare integrate?

Înfiinţarea centrelor comunitare integrate se realizează conform prevederilor OUG nr. 18/2017 privind asistenţa medicală comunitară aprobată prin Legea 180/2017, cu modificările şi completările ulterioare şi a HG nr. 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcţionarea şi finanţarea activităţii de asistenţă medicală comunitară, precum şi metodologiei din prezentul manual, aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii,

condiţie favorizantă în cadrul Programului Operaţional Sănătate (POS) şi indicator în PNRR (Programul Naţional de Redresare şi Reziliență).
După analiza comunităţii şi identificarea problemelor medico-sociale, se ia în considerare oportunitatea înfiinţării centrului comunitar integrat, întâi la nivelul unităţii administrativ teritoriale, apoi la nivel judeţean urmând a fi decisă aprobarea înfiinţării, de către UIS din cadrul Ministerului Sănătăţii, în baza notei de argumentare şi a fisei de evaluare realizată de către direcţia de sănătate publică judeţeană. În Anexa nr. 3 se regăsesc documentele necesare aprobării înfiinţării centrului comunitar integrat
Condiţii de înfiinţare:

1. Indicatori de vulnerabilitate

- gradul de vulnerabilitate conform Atlasului zonelor vulnerabile;
- număr minim de 500 de persoane aparţinând grupurilor vulnerabile;
- distanţă mare faţă de unităţi sanitare, localităţi izolate şi unde atragerea personalului medical se face cu dificultate;
- lipsa medicului de familie sau a unui număr suficient pentru ca acesta să-şi poată organiza lista de capitaţie;
- personal din asistenţa medicală comunitară deficitar;
- număr crescut de indicatori ai stării de sănătate cu risc negativ (minore gravide, naşteri la domiciliu, copii nevaccinaţi, cu rahitism, cu diferite afecţiuni medicale, care necesită o monitorizare permanentă din partea specialiştilor);
- nivel crescut al indicatorilor de risc social şi risc educaţional;

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

- existenţa obligatorie a asistentului medical comunitar şi a asistentului social (pentru beneficiarii cu cazuistică socială);
- existenţa spaţiilor minime obligatorie (un birou pentru personalul centrului; o încăpere pentru consiliere individuală medicală şi/sau întâlniri de grup, inclusiv caravane medicale; o încăpere pentru consiliere socială sau alte activităţi de servicii sociale; o încăpere pentru activităţi de consiliere/mediere şcolară/alte activităţi cu specific educativ; un spaţiu cu dotare medicală minimală în care să se poată furniza consultaţii 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 şi paleaţie; un spaţiu de depozitare; grupuri sanitare distincte pentru personal şi beneficiari);
- existenţa dotărilor minime medicale şi nemedicale conform legislaţiei specifice;
- dovada asigurării cheltuielilor administrative;
- existenţa protocolului de colaborare dintre UAT şi cabinetul/cabinetele medicului/medicilor de familie;
- hotărârea Consiliului Local prin care se decide înfiinţarea CCI.

3. Protocoale de colaborare/ asociere

- cu o unitate/subdiviziune administrative - teritorială cu sau fără risc de vulnerabilitate conform Atlasului zonelor vulnerabile;
- cu instituţii/ asociaţii locale şi centrale, naţionale care pot sprijini financiar funcţionarea centrului comunitar integrat (Consiliul Judeţean, Grup local de dezvoltare, ministere şi deconcentrate ale acestora, casa de asigurări de sănătate judeţeană etc).
- cu organizaţii non-guvernamentale naţionale sau internaţionale (de ex. UNICEF, Banca Mondială).

Această menţiune vine ca un plus valoare care să demonstreze implicarea autorităţilor administraţiei locale.
În ceea ce priveşte costul realizării unui centru, se va tine cont de următoarele condiţii, respectiv:

- un spaţiu deja existent, astfel încât va avea loc doar reabilitarea sa şi nu se va construi un corp nou de clădire. Acest spaţiu va avea minim 100 - 150 mp, împărţit în minim 6 camere;
- existenţa terenului pentru construcţia spaţiului, o construcţie verde pentru protejarea mediului şi eficientă din punct de vedere energetic;
- dotările medicale şi nemedicale minime, conform legislaţiei specifice;
- dotare pentru telemedicină, paliaţie, conform legislaţiei specifice.

Finanţarea centrelor comunitare integrate se asigură, potrivit legii, de la bugetul de stat, din bugetele locale, din fonduri nerambursabile şi din alte fonduri cu această destinaţie.
În cazul unităţilor administrativ teritoriale care dispun de fonduri în bugetul local sau prin alte finanţări nerambursabile, potrivit prevederilor art. 23 alin. (4) din HG nr. 324/2019, în funcţie de nevoile şi de resursele colectivităţii/colectivităţilor locale, în centrul comunitar integrat pot funcţiona şi alte cabinet/ puncta de lucru cu activitate medicală, anume:
Art. 23, alin (4)

> ***(4)***

a) *un punct de lucru de medicină de familie sau cabinete individuale de medicină de familie cu respectarea legislaţiei specifice privind înfiinţarea acestora;*
b) *un cabinet de medicină dentară, un punct de recoltare pentru analizele medicale, alte servicii medicale necesare unităţilor/subdiviziunilor administrativ- teritoriale, cu respectarea legislaţiei specifice privind înfiinţarea acestora;*
c) *un centru de permanenţă cu respectarea legislaţiei specifice privind înfiinţarea acestora;*
d) *alte puncte de lucru destinate activităţilor şi serviciilor integrate de sănătate, sociale şi educaţionale, în conformitate cu nevoile locale identificate şi cu posibilităţile de finanţare ale unităţii/unităţilor/ subdiviziunii /subdiviziunilor administrativ-teritoriale.*

Acestea desfăşoară activităţi complementare centrului comunitar integrat, dar nu se suprapun peste activitatea acestuia. Cabinetele/punctele de lucru complementare centrului comunitar integrat care funcţionează în acelaşi spaţiu cu acesta pot fi finanţate din fonduri nerambursabile în condiţiile în care fac dovada furnizării de servicii persoanelor vulnerabile, în special persoanelor neasigurate din punct de vedere medical. Vor fi eligibile finanţările pentru criteriile stabilite în Anexa nr. 4 a prezentului manual.
Atât prin PNRR cât şi prin alte fonduri de finanţare, în centrele comunitare integrate se vor finanţa bunurile şi dotările medicale şi nemedicale conform prevederilor HG nr. 324/ 2019. În funcţie de rezerva financiară, din suma aprobată se vor putea achiziţiona şi alte aparate medicale care vor justifica necesitatea pentru servicii furnizate populaţiei grupurilor vulnerabile.
Centrele comunitare integrate se pot înfiinţa ca entităţi cu sau fără personalitate juridică, finanţate integral din bugetele locale ale unităţilor / subdiviziunilor administrativ-teritoriale din fonduri nerambursabile şi / sau alte fonduri cu destinaţie în acest sens;
Centrele comunitare integrate, organizate în subordinea autorităţilor executive ale administraţiei publice locale, furnizează tuturor persoanelor, inclusiv celor de etnie romă şi grupurilor vulnerabile, servicii comunitare integrate adaptate nevoilor medico-socio- educaţionale, din unităţile / subdiviziunile administrativ-teritoriale deservite, conform prevederilor OUG nr. 18/2017, cu modificările şi completările ulterioare.

6. Avizarea centrelor comunitare integrate

După îndeplinirea tuturor condiţiilor menţionate anterior, unităţile administrative-teritoriale care doresc să înfiinţeze centre comunitare integrate vor solicita direcţiei de sănătate publică judeţeană să analizeze condiţiile de înfiinţare a centrului comunitar integrat, conform documentaţiei depuse, în baza fisei de evaluare completată de către direcţia de sănătate publică judeţeană.
Direcţia de sănătate publică judeţeană va solicita avizul Ministerului Sănătăţii de înfiinţare a centrului comunitar integrat, prin Unitatea de Incluziune Socială.
Direcţia de sănătate publică judeţeană va transmite către Ministerul Sănătăţii, Unitatea de Incluziune Socială, dosarul în format electronic, scanat, prin mijloace de comunicare electronice.
Fisa de evaluare completată de către personalul împuternicit din direcţia de sănătate publică judeţeană prin care se va recomanda înfiinţarea centrului comunitar integrat şi decizia de conformitate semnată de directorul executiv al direcţiei de sănătate publică judeţeană.
Documentele necesare avizării centrului comunitar integrat se regăsesc în Anexa nr. 3 la prezentul manual.
Înfiinţarea centrului comunitar integrat nu este condiţionată de acreditare/licenţiere socială deoarece activitatea de asistenţă socială este de nivel primar, adică aceeaşi activitate pe care asistentul social din cadrul primăriei o realizează în mod curent (spre exemplu: identificare de sprijin social persoanelor neasigurate medical prin obţinerea ajutorului social, a acordării indemnizaţiei pentru grad de handicap şi 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 asistenţă socială din cadrul centrului comunitar integrat, activitate cu accent pe creşterea accesului beneficiarilor la servicii medico-sociale.
Spaţiul destinat activităţii de asistenţă 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 spaţii pentru a oferi servicii sociale specializate, acestea vor fi acreditate/ licenţiate conform legislaţiei specifice domeniului de asistenţă socială.

7. Activităţi specifice centrului comunitar integrat

Procentul cel mai mare de activitate din cadrul centrelor comunitare integrate este cel al asistenţei medicale, în special al asistenţei medicale comunitare integrate cu medicina primară şi cea de specialitate, prin realizarea integrată a managementului de caz al pacientului cu diferite patologii medicale şi care nu are acces la servicii medicale.
Conform prevederilor HG nr.324/ 2019 activităţile din centrul comunitar integrat sunt:
– activitate de asistenţă medicală comunitară;
– activitate de medicină de familie;
– activitate de medicină de specialitate;

– activitate de telemedicină;
– activitate de consiliere şi sprijin în îngrijirea la domiciliu şi paleaţie;
– activitate de planificare familială;
– activitate de promovare şi prevenţie prin caravane medicale şi de screening;
– activitate de medicina dentară.
– activitate de asistenţă socială şi educaţională în funcţie de nevoile identificate ale beneficiarilor centrului pe aceste componente;
Metodologia de coordonare, monitorizare, evaluare şi raportare a serviciilor furnizate în centrul comunitar integrat se va face în baza analizei activităţii din centrele comunitare integrate, care urmează a fi înfiinţate prin diferite finanţări, de către Unitatea de incluziune socială a Ministerului Sănătăţii.
Centrele comunitare integrate vor include:
– personal medical (medic - medic de familie, medic specialist, asistent medical comunitar, moaşă) ce va deservi centrul comunitar integrat şi îşi va desfăşura activitatea conform prevederilor legislaţiei specifice şi a documentelor de furnizare a serviciilor integrate ce urmează a fi elaborate.
– personal din sistemul de asistenţă social (asistentul social şi tehnician în asistenţă socială) ce va deservi centrul comunitar integrat şi îşi va desfăşura activitatea conform prevederilor legislaţiei specifice şi a documentelor de furnizare a serviciilor integrate ce urmează a fi elaborate.
– personal din sistemul de educaţie (consilierul şcolar, cadre didactice, mediator şcolar) ce va deservi centrul comunitar integrat şi îşi va desfăşura activitatea conform prevederilor legislaţiei specifice şi 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 localităţii care îşi va desfăşura activitatea conform prevederilor legislaţiei specifice şi a documentelor de furnizare a serviciilor integrate ce urmează a fi elaborate.
Beneficiarii serviciilor şi activităţilor furnizate în centrul comunitar integrat sunt categoriile reglementate conform prevederilor art. 7 din OUG nr. 18/2017 privind asistenţa medicală comunitară, cu modificările şi completările ulterioare.
Beneficiarii centrului comunitar integrat primesc servicii de asistenţă 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 şi asistentul social/tehnicianul în asistenţă socială mai pot activa sau pot fi angajaţi şi orice alţi profesionişti conform OUG nr. 18/2017, în funcţie de nevoile membrilor comunităţii:
● moaşă;
● mediator sanitar;
● consilier şcolar şi/sau mediator şcolar;
● medic de familie;
● medic specialist;
● medic rezident
● medici care nu au promovat examenul de rezidenţiat şi care vor lucra sub coordonarea unui medic de familie sau medic specialist
● psiholog;
● agent de ocupare;
● alte categorii profesionale care pot fi implicate în soluţionarea problematicii medico- socio-educaţionale a grupurilor vulnerabile;
● personal administrativ.
8. Rolul CCI în îmbunătăţirea situaţiei medico-sociale a populaţiei grupurilor vulnerabile de la nivelul comunităţii
Activitatea personalului din cadrul centrelor comunitare integrate vor contribui la:
– creşterea accesului la servicii medicale a populaţiei aparţinând grupurilor vulnerabile prin identificarea beneficiarilor, intervenţie şi monitorizare din partea personalului medical (medic de familie, medic specialist, asistent medical comunitar, moaşă) şi a asistentului social;
– dezvoltarea reţelei de asistenţă medicală comunitară şi furnizarea de servicii de asistenţă medicală comunitară în sistem integrat, conform prevederilor master planurilor regionale şi a strategiei naţionale de sănătate;
– îmbunătăţirea indicatorilor stării de sănătate prin activităţi de promovare şi prevenire (creşterea mobilizării la vaccinare, reducerea numărului gravidelor minore, reducerea incidenţei TB/MDRTB şi a altor boli transmisibile, screeninguri pe diferite patologii, managementul de caz al bolilor cronice şi a bolilor rare din prisma activităţii de asistenţă medicală comunitară şi a medicilor specialişti, caravane medicale, alte activităţi de asistenţă medicală şi sănătate publică);
– creşterea accesului la servicii de asistenţă socială şi reducere a sărăciei prin intervenţii specializate.
9. Orientări pentru prioritizarea investiţiilor în centrele comunitare integrate

Centrele comunitare integrate vor beneficia de investiţii finanţate integral din bugetul de stat, bugetele locale ale unităţilor/subdiviziunilor administrativ-teritoriale, din fonduri nerambursabile şi / sau alte fonduri cu destinaţie în acest sens, bazate pe orientări metodologice prioritare, realizate în consultare cu reprezentanţii autorităţilor publice locale.
Aceste orientări sunt prioritare, fiind parte integrantă din Manualul centrelor comunitare integrate şi sunt valabile pentru înfiinţarea oricărui centru comunitar integrat. Prioritizarea unităţilor administrativ-teritoriale va ţine 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, alimentaţie, factorii de mediu, vârstă, stilul de viaţă, la care se adaugă şi vulnerabilităţile sociale şi 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 acţiunea unor determinanţi biologici, de mediu fizic, social şi economic, comportamentali sau care ţin de serviciile de sănătate sau ca urmare a probabilităţii crescute de a dezvolta anumite boli sau stări patologice, ca urmare a unor caracteristici personale ce ţin de vârstă, stare de dizabilitate sau de alte situaţii fiziologice.*
> ***(4)*** *Persoanele aparţinând grupurilor vulnerabile din punct de vedere social sunt cele prevăzute la art. 6 lit. p) din Legea asistenţei sociale nr. 292/2011, cu modificările ulterioare.")*

– disponibilitatea la asociere cu alte localităţi vulnerabile, inclusiv localităţi fără risc de marginalizare conform atlasului zonelor marginalizate ;
Lipsa resursei umane calificate şi a resursei financiare a unităţilor administrativ teritoriale, aflate în risc de marginalizare, ar putea fi suplinită prin asocierea acestora cu alte localităţi, aspect care ar putea duce şi la reducerea riscurilor de construire/reabilitare a centrului comunitar integrat , inclusiv la dotarea acestuia.
Astfel, implementarea serviciilor de asistenţă medicală comunitară integrate ar putea fi realizată prin asocierea mai multor unităţi administrativ - teritoriale, iar serviciile centrului comunitar integrat devin accesibile populaţiei din localităţile care vor accesa fonduri în asociere.
– existenţa la nivelul comunităţii a unui asistent medical comunitar şi a unui asistent social/tehnician de asistenţă socială;
Existenţa personalului mimim obligatoriu este garanţia implementării serviciilor medico-sociale integrate.
– unităţile administrativ-teritoriale fără medic de familie sau cu un număr insuficient de medici de familie, raportat la populaţie;
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 şi marginalizare, a lipsei infrastructurii necesare accesului, a distanţei mari faţă de o unitate sanitară şi/ sau de o localitate urbană. Lipsa cabinetului medical conduce la privarea de servicii medicale a întregii populaţii a acestor localităţi.
– existenţa unei hotărâri de consiliu local pentru înfiinţarea centrelor comunitare integrate;
Orice investiţie locală se face cu acordul consiliului local al unităţii administrativ - teritoriale, iar prin hotărârea acestuia se certifică necesitatea şi acordul pentru respectiva investiţie.
– identificarea localităţii ca zonă rurală marginalizată;
Criteriile de marginalizare şi gradul marginalizării sunt stabilite la nivel regional, conform metodologiilor pentru calculul indicelui dezvoltării umane locale şi al indicelui de dezvoltare prezentate în Atlasul zonelor rurale marginalizate şi al dezvoltării umane locale din România, în Atlasul zonelor urbane marginalizate din România şi în Studiul de fundamentare pentru Strategia naţională privind incluziunea socială şi reducerea sărăciei - conform Băncii Mondiale (https://www.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=a7ab584e3f3e455d996bb13a1b632e00)
– disponibilitatea unităţii administrativ teritoriale de parteneriat cu:
● Alte unităţi administrativ-teritoriale, definite conform Ordonanţei de Urgenţă nr. 57/2019 privind Codul Administrativ, Art. 5, litera pp) şi constituite potrivit Legii nr. 2 din 16 februarie 1968 privind organizarea administrativă a teritoriului României, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.
● Orice alte autorităţi/instituţii publice care pot contribui la buna implementare a proiectului definite conform Ordonanţei de Urgenţă nr. 57/2019 privind Codul Administrativ, Art. 5, litera k) şi litera w).
Pot aplica unităţi administrativ - teritoriale fără risc de sărăcie, doar în colaborare cu unităţi administrativ - teritoriale cu risc de marginalizare, conform atlasului zonelor vulnerabile, în scopul asigurării furnizării de servicii de asistenţă medicală comunitară integrată pentru personale vulnerabile din localităţile partenere. Un asemenea parteneriat poate cuprinde între 2 maxim 5 unităţi administrative - teritoriale vecine.

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

10. Concluzii

Asistenţa medicală comunitară contribuie la eforturile populaţiei de a trăi sănătos în condiţii optime de mediu şi, atunci când indivizii au nevoie de îngrijire medicală, aceasta să li se acorde la momentul potrivit, în comunităţile lor. De aici a apărut şi necesitatea dezvoltării echipelor comunitare integrate şi a centrelor comunitare integrate, cu o varietate de servicii medico- socio-educaţionale.

Este un obiectiv necesar pentru o acoperire universală cu servicii de sănătate, care trebuie să stea la baza oricărui sistem de sănătate funcţional, pentru că are ca scop principal prevenţia evoluţiei diferitelor patologii medicale, prin identificarea pacienţilor în timp util şi referirea lor către medicii de familie sau medicii specialişti, promovarea practicilor necesare unui stil de viaţă 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 şi a celor asociate acestora, ceea ce poate conduce la prevenirea excluziunii beneficiarilor aparţinând grupurilor vulnerabile prin asigurarea de servicii specializate, începând de la cele de identificare a problemelor, continuând cu cele de intervenţie, monitorizare şi sprijin.

Creşterea eficienţei în sistemul de sănătate va fi posibilă şi prin întărirea reţelei de asistenţă medicală comunitară, integrarea serviciilor la nivel comunitar şi crearea centrelor comunitare integrate, având în vedere dovezile înregistrate prin proiectele pilot derulate anterior şi care confirmă rezultatele cercetărilor internaţionale care demonstrează cost - eficienţa intervenţiilor similare.

Centrele comunitare integrate furnizează servicii de asistenţă medicală comunitară integrate cu serviciile sociale şi cele educaţionale persoanelor vulnerabile din punct de vedere medical, economic şi social adaptate nevoilor acestora. Aceste centre sunt organizate şi înfiinţate ca entităţi cu sau fără personalitate juridică la nivelul unităţilor /subdiviziunilor administrativ- teritoriale.

Este necesar ca Ministerul Sănătăţii să consolideze programul de instruire pentru personalul din reţeaua de asistenţă medicală comunitară şi să sprijine dezvoltarea reţelei de asistenţă medicală comunitară şi a centrelor comunitare integrate în întreaga ţară.

Manualul centrelor comunitare integrate este criteriu al condiţiei favorizante în cadrul Programului Operaţional de Sănătate, coroborarea activităţii de asistenţă medicală comunitară şi a centrelor comunitare integrate fiind necesară între toate obiectivele/ activităţile din cadrul programelor finanţate din diferite fonduri.

11. Bibliografie

1. OUG nr. 18/2017 privind asistenţa medicală comunitară aprobată prin Legea 180/2017 şi completată prin Legea 190/2019, cu modificările şi completările ulterioare;

2. HG nr. 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcţionarea şi finanţarea activităţii de asistenţă medicală comunitară

3. Strategia naţională de sănătate 2014- 2020- aprobată prin HG nr. 1028/2014

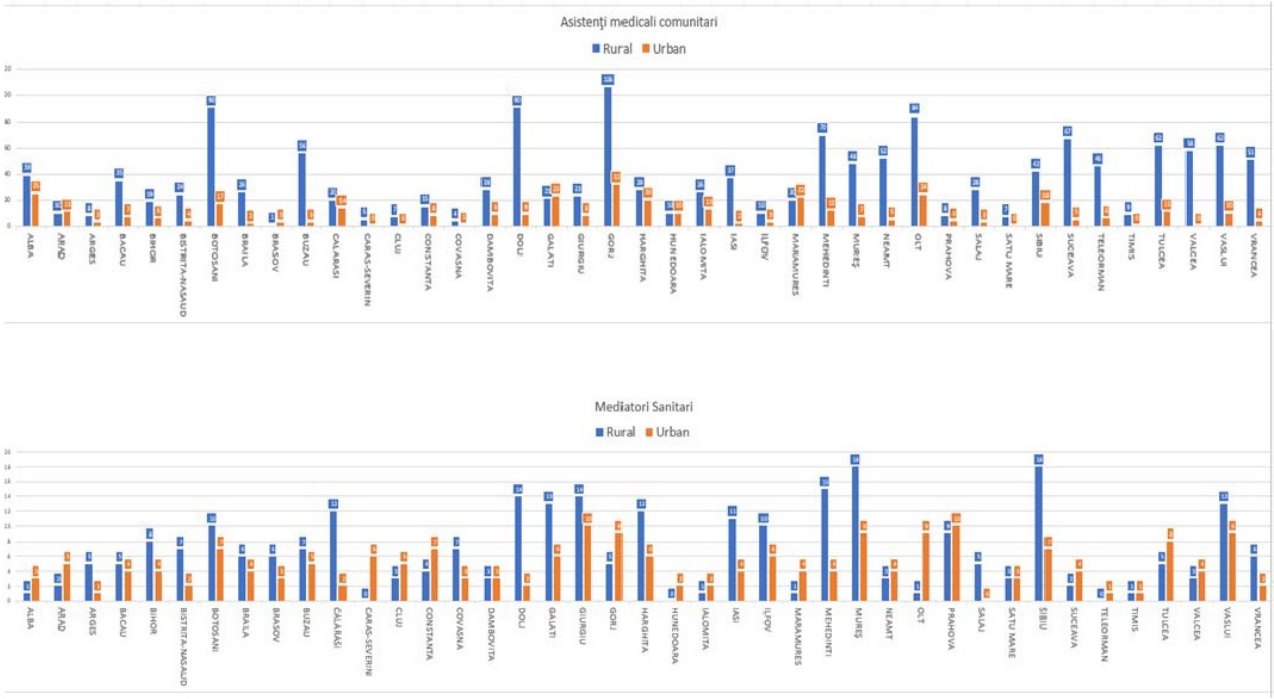
12. Listă de abrevieri

CCI - Centru Comunitar Integrat
PNRR - Planul Naţional de Redresare şi Reziliență
MS - Ministerul Sănătăţii
POR - Programul Operaţional Regional
POS - Programul Operaţional 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 nr. 1

BAZA DE DATE CU PERSONALUL DIN ASISTENŢĂ MEDICALĂ COMUNITARĂ PE JUDEŢE ŞI PE URBAN /RURAL



Anexa nr. 2

LEGISLAŢIE SPECIFICĂ ORGANIZĂRII, FUNCŢIONĂRII, FINANŢĂRII CENTRELOR COMUNITARE INTEGRATE

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

Articolul 10

Serviciile de asistenţă 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).

Articolul 11

(1) *În funcţie de nevoile identificate la nivelul comunităţilor, privind furnizarea integrată de servicii medico-socio-educaţionale, în subordinea autorităţilor executive ale administraţiei publice locale se pot înfiinţa centre comunitare integrate, ca entităţi cu sau fără personalitate juridică, finanţate integral din bugetele locale ale unităţilor/subdiviziunilor administrativ- teritoriale.*

(2) *Centrele comunitare integrate, organizate în subordinea autorităţilor executive ale administraţiei publice locale, furnizează persoanelor, inclusiv celor de etnie romă şi grupurilor vulnerabile, servicii comunitare integrate adaptate nevoilor medicale, sociale şi educaţionale, din unităţile/subdiviziunile administrativ-teritoriale deservite.*

(3) *În centrul comunitar integrat este obligatoriu ca personalul minim să fie format din asistent medical comunitar şi asistent social, iar în funcţie de specificul comunităţii şi alte categorii profesionale necesare desfăşurării activităţii din centrul comunitar integrat.*

(4) *Metodologia comună de coordonare, monitorizare, evaluare şi raportare a serviciilor furnizate în centrele comunitare integrate se stabileşte prin normele metodologice de aplicare a prezentei ordonanţe de urgenţă, potrivit standardelor şi bunelor practici dezvoltate de către autorităţile competente.*

(5) *Organizarea, funcţionarea şi finanţarea centrelor comunitare integrate prevăzute la alin. (1) şi (2) şi Protocolul-cadru de colaborare dintre centrele comunitare integrate şi serviciul public de asistenţă socială se stabilesc şi se aprobă prin normele metodologice de aplicare a prezentei ordonanţe de urgenţă, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.*

HG nr. 324/ 2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcţionarea şi finanţarea activităţii de asistenţă medicală comunitară.

Articolul 6

(1) *Atribuţiile Ministerului Sănătăţii în domeniul asistenţei medicale comunitare, prin Unitatea de incluziune socială, sunt următoarele:*

.....

n) *avizează înfiinţarea centrelor comunitare integrate, ţinând cont de direcţiile strategice şi de obiectivele de dezvoltare a asistenţei medicale comunitare la nivel naţional;*

Capitolul IV
Organizarea, funcţionarea şi finanţarea centrelor comunitare integrate

Articolul 20

(1) În subordinea autorităţilor executive ale administraţiei publice locale din unităţile/subdiviziunile administrativ-teritoriale care deservesc o populaţie cu cel puţin 500 de persoane vulnerabile din punct de vedere medical, social sau economic se pot înfiinţa centre comunitare integrate potrivit prevederilor art. 11 alin. (1) din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 18/2017, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 180/2017.

(2) Centrul comunitar integrat se înfiinţează în localitatea care dispune de spaţiile/dotările necesare desfăşurării acestor activităţi.

Articolul 21

(1) Beneficiarii serviciilor şi activităţilor furnizate în centrul comunitar integrat sunt categoriile reglementate potrivit prevederilor art. 7 din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 18/2017, aprobată cu modificări şi 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.

Articolul 22

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

(2) În centrul comunitar integrat, pe lângă categoriile prevăzute la alin. (1), mai pot activa sau pot fi angajaţi şi orice alţi profesionişti conform Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 18/2017, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 180/2017, în funcţie de nevoile membrilor comunităţii: moaşă şi/sau mediator sanitar, după caz, consilier şcolar şi/sau mediator şcolar, medic de familie, medic specialist, psiholog, agent de ocupare şi alte categorii profesionale ce pot fi implicate în soluţionarea problematicii medico-socio-educaţionale a grupurilor vulnerabile, precum şi personal administrativ, după caz şi în funcţie de nevoile centrului comunitar integrat.

(3) Coordonatorul centrului comunitar integrat este persoana desemnată de către autoritatea executivă a administraţiei publice locale care are expertiză în abordarea integrată a activităţii medico-socio-educaţionale din centre şi în implementarea activităţii de asistenţă medicală comunitară.

Articolul 23

(1) Baremul minim pentru organizarea centrului comunitar integrat cuprinde cel puţin 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 şi/sau întâlniri de grup; dacă infrastructura permite, încăperea pentru consiliere individuală poate fi diferită de încăperea pentru activităţi de grup, cum sunt sesiunile de informare/educare/comunicare pentru promovarea comportamentelor favorabile sănătăţii;

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

d) o încăpere pentru activităţi de consiliere/mediere şcolară/alte activităţi cu specific educativ, cu intrare separată şi grupuri sanitare separate;

e) un spaţiu cu dotare medicală minimală în care să se poată furniza consultaţii 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 şi paleaţie;

f) un spaţiu de depozitare;

g) grupuri sanitare distincte pentru personal şi beneficiari.

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

(4) În funcţie de nevoile şi de resursele colectivităţii/colectivităţilor locale, în centrul comunitar integrat pot funcţiona:

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

b) un cabinet de medicină dentară, un punct de recoltare pentru analizele medicale, alte servicii medicale necesare unităţilor/subdiviziunilor administrativ-teritoriale, cu respectarea legislaţiei prevăzute de Ordonanţa Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

c) un centru de permanenţă, cu respectarea legislaţiei privind înfiinţarea acestora, conform Legii nr. 263 /2004 privind asigurarea continuităţii asistenţei medicale primare prin centrele de permanenţă, cu modificările şi completările ulterioare;

d) alte puncte de lucru destinate activităţilor şi serviciilor integrate de sănătate, sociale şi educaţionale, în conformitate cu nevoile locale identificate şi cu posibilităţile de finanţare ale unităţii/unităţilor/subdiviziunii /subdiviziunilor administrativ-teritoriale.

(5) Structurile prevăzute la alin. (4) funcţionează complementar cu centrul comunitar integrat, nu înlocuiesc activităţile centrului comunitar integrat şi nu au activităţi care să se suprapună cu activităţile centrului comunitar.

Articolul 24

(1) Centrul comunitar integrat are un program de activitate afişat la loc vizibil şi în format accesibil persoanelor cu dizabilităţi.

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

(3) Asistentul medical comunitar, moaşa şi/sau mediatorul sanitar, după caz, vor/va fi însoţiţi/însoţit în teren de ceilalţi specialişti ai centrului comunitar integrat şi, după caz, de un interpret în limbaj mimicogestual, în funcţie 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 administraţiei publice locale, în funcţie de nevoile existente în comunitate, de resursele disponibile şi în conformitate cu prevederile Legii nr. 53/2003 - Codul muncii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.

Articolul 25

Finanţarea centrelor comunitare integrate se asigură din următoarele surse:

a) transferuri de la bugetul de stat către bugetele locale, prin bugetul Ministerului Sănătăţii, pentru finanţarea cheltuielilor de personal pentru asistenţii medicali comunitari, moaşele şi mediatorii sanitari care îşi desfăşoară activitatea în centrele comunitare integrate, precum şi a cheltuielilor determinate de aplicarea standardelor minime de dotare, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinaţie şi a normativului de personal aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 459/2010, cu modificările ulterioare;

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

c) fonduri externe nerambursabile şi, după caz, alte fonduri legal constituite

Anexa nr. 3

DOCUMENTELE NECESARE AVIZĂRII CENTRULUI COMUNITAR INTEGRAT

Documente ce se depun la direcţia de sănătate publică judeţeană pentru analiză, verificare şi întocmirea documentaţiei pentru Ministerul Sănătăţii, Unitatea de incluziune socială

● Cererea de avizare a înfiinţării centrului comunitar integrat;

● Nota justificativă privind necesitatea înfiinţării centrului comunitar integrat conform strategiei/direcţiilor strategice /obiectivelor de dezvoltare a asistenţei medicale comunitare la nivel de unitate/ subdiviziune administrativ-teritorială;

● Copie de pe organigrama unităţii/subdiviziunii administrativ- teritoriale sau a centrului comunitar integrat(CCI), dacă CCI va avea personalitate juridică, din care să reiasă existenţa asistentului medical comunitar şi a asistentului social;

● Existenţa documentelor doveditoare pentru persoana coordonatoare a centrului comunitar integrat, cu expertiză în abordarea integrată a activităţii medico-socio- educaţionale din centre şi în implementarea activităţii de asistenţă medicală comunitară: cum ar fi, dar fără a ne limita la: CV, diploma studii / diploma master, cursuri de specializare.)

● Protocolul de colaborare intre unitatea/subdiviziunea administrativ- teritorială şi cabinet de medicină de familie privind derularea activităţii de asistenţă medicală comunitară;

● Autorizaţie sanitară eliberată de direcţia de sănătate publică judeţeană pentru spaţiile în care se furnizează servicii medicale;

● Schiţa spaţiului şi amplasarea în zonă;
● Documente care să ateste funcţionarea altor servicii medicale, sociale, educaţionale, după caz.
Documente către Ministerul Sănătăţii- Unitatea de incluziune socială ce vor fi transmise de către direcţia de sănătate publică judeţeană:
● Nota justificativă de argumentare a necesităţii înfiinţării centrului comunitar integrat;
● Fisa de evaluare completată de către personalul împuternicit din direcţia de sănătate publică judeţeană care va include şi recomandarea de înfiinţare a centrului comunitar integrat
● Decizia de conformitate semnată de directorul executiv al direcţiei de sănătate publică judeţeană
Direcţia de sănătate publică judeţeană va transmite la Ministerul Sănătăţii, Unitatea de incluziune social, tot dosarul cu cele trei documente menţionate anterior, în formă scanată prin mijloace de comunicare electronice.

Model cerere unitate/subdiviziune administrativ-teritorială

CERERE DE AVIZARE A ÎNFIINŢĂRII CCI - la solicitarea unităţii/subdiviziunii administrativ-teritorială

Către
DSP
Subsemnatul ....(numele şi prenumele primarului).....,
în calitate de reprezentant al UAT ....., cu sediul social aflat la adresa: ....., telefon/e-mail ....., vă rog să binevoiţi a aviza înfiinţarea Centrului Comunitar Integrat Comuna ....., ca şi unitate publică cu/fără personalitate juridică, în subordinea autorităţii executive a administraţiei publice locale din comuna .....
Declar pe propria răspundere următoarele:
1. Spaţiul în care funcţionează Centrul Comunitar Integrat aparţine Unităţii Administrativ Teritoriale a comunei ..... şi este atribuit spre folosinţă Centrului Comunitar Integrat prin Hotărâre de Consiliu local sau altă formă (precizaţi) .....
2. Sunt respectate condiţiile stabilite prin HG nr. 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcţionarea şi finanţarea activităţii de asistenţă medicală comunitară, referitor la:
– personalul angajat în CCI, format din:
asistent medical comunitar, asistent social şi alte categorii, dacă e cazul(enumeraţi):
.....
.....
.....
.....
– încadrarea coordonatorului de CCI, cu îndeplinirea prevederilor legale
– baremul minim pentru organizarea centrului comunitar integrat, conform art. 23 alin (1)
– baremul minim de dotare cu bunuri şi 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 funcţionează complementar în Centrul Comunitar Integrat (cabinete medicale, ş.a.)
Enumeraţi:
.....
.....
.....
.....
Anexez prezentei cereri următoarea documentaţie:
1. Hotărârea CL de înfiinţare a CCI şi de atribuire a spaţiului pentru funcţionarea CCI
2. Memoriu tehnic justificativ care să conţină indicatorii de vulnerabilitate ai comunităţii (număr minim de 500 de persoane aparţinând grupurilor vulnerabile; distanţă mare faţă de unităţi sanitare, localităţi izolate şi unde atragerea personalului medical se face cu dificultate; lipsa medicului de familie sau a unui număr suficient pentru ca acesta să-şi poată organiza lista de capitaţie; număr crescut de indicatori ai stării de sănătate cu risc negativ (minore gravide, naşteri la domiciliu, copii nevaccinaţi, cu rahitism, cu diferite afecţiuni medicale care necesită o monitorizare permanentă din partea specialiştilor, nivel crescut al indicatorilor de risc social şi risc educaţional);
3. Schiţa tehnică a clădirii şi alocarea spaţiilor pe activităţi, ştampilată de persoană autorizată
4. Plan de amplasare în zonă a CCI
5. Organigrama UAT şi extras din Revisal pentru personalul care lucrează în CCI, inclusiv pentru coordonatorul CCI
6. Orarul de funcţionare al CCI
7. Fişa postului coordonatorului de CCI, cu îndeplinirea prevederilor legale

8. Autorizaţia sanitară de funcţionare pentru cabinetele unde se desfăşoară activitate medicală complementară în CCI, dacă este cazul
9. Protocolul de colaborare/contractul cu profesioniştii care desfăşoară 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 instituţii/ asociaţii locale şi centrale, naţionale care pot sprijini financiar funcţionarea centrului comunitar integrat (Consiliul Judeţean, Grup local de dezvoltare, ministere şi deconcentrate ale acestora etc);
c. cu organizaţii non-guvernamentale naţionale sau internaţionale (de ex. UNICEF, Banca Mondială).

Declar pe propria răspundere că actele în copie sunt conforme cu originalul şi îmi asum responsabilitatea pentru veridicitatea celor susţinute în documentaţia depusă.
Mă angajez ca după avizarea înfiinţării CCI, vor fi depuse documentele pentru autorizarea sanitară de funcţionare a CCI pe codul CAEN 8690 Alte activităţi referitoare la sănătate umană
Corespondenţa în vederea soluţionării cererii solicit să se efectueze prin:
-
[] poştă la adresa .....
-
[] e-mail la adresa .....

Semnătura,
.....

Ştampila

Model fişa de evaluare

FIŞA DE EVALUARE
În vederea avizării înfiinţării

CENTRULUI COMUNITAR INTEGRAT: ..... situat la adresa: .....
Reprezentat prin primar UAT: .....
DSP ..... prin persoanele desemnate:
.....
.....

I. EVALUAREA INFRASTRUCTURII NECESARE DESFĂŞURĂRII ACTIVITĂŢII:
Există birou echipa comunitară:
DA [ ]
NU [ ]
Încăpere separată
DA [ ]
NU [ ]
Încăpere la comun cu alt personal
DA [ ]
NU [ ]
Încăpere pentru consiliere individuală medicală
DA [ ]
NU [ ]
Încăpere pentru consiliere socială sau alte activităţi de servicii sociale
DA [ ]
NU [ ]
Încăpere pentru activităţi de consiliere/mediere şcolară/alte activităţi cu specific educativ, cu intrare separată şi grupuri sanitare separate;
DA [ ]
NU [ ]
Spaţiu cu dotare medicală minimală în care să se poată furniza consultaţii de către medicul de familie sau de către medicii de specialitate
DA [ ]
NU [ ]
Spaţiu de depozitare

DA [ ]
NU [ ]
Grupuri sanitare distincte pentru personal şi beneficiari
DA [ ]
NU [ ]
II. DOTAREA SPAŢIULUI ESTE CORESPUNZĂTOARE PENTRU DESFĂŞURAREA ACTIVITĂŢII
– conform Baremului minim de dotare bunuri şi echipamente nemedicale, prevăzut în legislaţie:
DA [ ]
NU [ ]
OBS .....
.....
.....
.....
.....
– Baremul minim de dotare bunuri şi echipamente medicale:
DA [ ]
NU [ ]
OBS .....
.....
.....
.....
.....
III. PERSONALUL DIN ASISTENŢA MEDICALĂ COMUNITARĂ DIN CCI CORESPUNDE LEGISLAŢIEI
ECHIPA ESTE COMPLETĂ (CEL PUŢIN ASISTENT MEDICAL COMUNITAR ŞI ASISTENT SOCIAL)
DA [ ]
NU [ ]
Enumeraţi MEMBRII ECHIPEI COMUNITARE:
.....
.....
.....
.....
FIŞELE DE POST PENTRU PERSONALUL MEDICAL DIN CCI CORESPUND LEGISLAŢIEI
DA [ ]
NU [ ]
IV. ACTIVITĂŢI COMPLEMENTARE CARE SE DESFĂŞOARĂ 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 legislaţiei prevăzute de Ordonanţa Guvernului nr. 124/1998;
Enumeraţi:
.....
.....
.....
.....
e) centru de permanenţă, cu respectarea legislaţiei privind înfiinţarea acestora, conform Legii nr. 263/2004 privind asigurarea continuităţii asistenţei medicale primare prin centrele de permanenţă, cu modificările şi completările ulterioare;
DA [ ]
NU [ ]
d) alte puncte de lucru destinate activităţilor şi serviciilor integrate de sănătate, sociale şi educaţionale, în conformitate cu nevoile locale identificate şi cu posibilităţile de finanţare ale unităţii/unităţilor/subdiviziunii /subdiviziunilor administrativ-teritoriale

Enumeraţi:
.....
.....
.....
.....

IV. ORAR DE LUCRU CCI PENTRU ECHIPA COMUNITARĂ
.....

V. ASIGURAREA CALITĂŢII ÎN ACTIVITATEA AMC

Există panou de semnalizare al CCI
DA [ ]
NU [ ]
Există rampă
DA [ ]
NU [ ]
Se utilizează aplicaţia on-line AMCMSR.gov.ro
DA [ ]
NU [ ]
Setul minim de indicatori privind activitatea de asistenţa medicală comunitară este colectat analizat şi raportat periodic
DA [ ]
NU [ ]
BENEFICIARII SERVICIILOR DE ASISTENTA MEDICALA COMUNITARĂ sunt identificaţi în mod activ şi continuu prin catagrafierea populaţiei colectivităţii locale şi prin actualizarea lunară a acesteia în aplicaţia on-line AMCMSR.gov.ro.
DA [ ]
NU [ ]
AMC şi MSR utilizează şi alte softuri în activitatea proprie (dacă DA, care):
.....
.....

VI. CONCLUZII ŞI RECOMANDĂRI

Anexa nr. 4

CRITERII DE ELIGIBILITATE LA FINANŢARE PENTRU CABINETELE/ PUNCTELE DE LUCRU CU ACTIVITĂŢI COMPLEMENTARE CELOR DIN CENTRELE COMUNITARE INTEGRATE ŞI CARE FUNCŢIONEAZĂ ÎN ACELAŞI SPAŢIU CU ACESTA

● Dotări cu bunuri şi echipamente nemedicale

HG nr. 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcţionarea şi finanţarea activităţii de asistenţă medicală comunitară

ANEXA nr. 3 la normele metodologice: Barem minim de dotare cu bunuri şi echipamente nemedicale pentru centrul comunitar integrat, inclusiv pentru spaţiul 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 şi pentru întâlnirile de grup)
4. Dulap fişier - 1 buc.
5. Dulap vestiar - 1 buc. pentru fiecare angajat
6. Coş/Pubelă - 2 buc.
7. Cuier - 1 buc.
8. Imprimantă multifuncţională (cu scanner)
9. Calculator/Laptop cu acces la internet, eventual tabletă 1 buc. pentru fiecare angajat
10. Consumabile operaţionale (hârtie, toner imprimantă, pix/creion, registre/caiete, foi de scris etc.)
11. Scuter/Bicicletă/ATV/Autoturism, în funcţie de specificul colectivităţii locale şi 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 activităţii de telemedicină
14. Structură pentru internet funcţională 24 din 24 de ore pentru asigurarea intervenţiilor în telemedicină, precum şi pentru realizarea raportărilor în aplicaţia on-line a Ministerului Sănătăţii

Dotări cu bunuri şi echipamente medicale

HG nr. 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcţionarea şi finanţarea activităţii de asistenţă medicală comunitară

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

I. Barem pentru activitatea de asistenţă medicală comunitară

HG nr. 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcţionarea şi finanţarea activităţii de asistenţă medicală comunitară

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

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

Echipamente şi bunuri medicale

Tensiometru cu stetoscop Stetoscop fetal (fetoscop)
Centimetru
Taliometru
Abacă sau aplicaţie pe telefon pentru determinarea vârstei gestaţionale
Glucometru
Puls oximetru
Termometru pentru copii (set) şi adulţi
Trusă chirurgicală de unică folosinţă
Trusă de naştere - unică folosinţă
Cântar de sugari şi adulţi (există modele 2 în 1)
Tăviţă renală
Minirecipient pentru deşeuri Garou 50 cm
Test rapid pentru determinarea ruperii membranelor fetale (hârtie ph)
Teste de sarcină
Orteză - guler cervical tip Minerva universal
Consumabile medicale [ace şi stripuri glucometru, vată medicinală, tifon, comprese sterile, bandaj triunghiular, rivanol, betadină, apă oxigenată, biocide (de tip 1 pentru dezinfecţia igienică a mâinilor prin spălare şi frecare şi pentru dezinfecţia pielii intacte; de tip 2 pentru dezinfecţia suprafeţelor), seringi, mănuşi chirurgicale şi mănuşi de consultaţie nesterile, măşti, teste rapide urină; pahar de plastic de unică folosinţă pentru colectarea urinei, pentru test de sarcină], perfuzoare, branule, feşe elastice, leucoplast, pungi de gheaţă instant, batiste de hârtie impregnate cu soluţie dezinfectantă, atele din material plastic, pansament cu rivanol, plasturi, dispozitiv de respiraţie gură la gură, deschizător de gură din material plastic, pipe Guedel mărimea 4 şi 10, epifen 150 micrograme soluţie 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 legislaţia specifică privind activitatea de medicină de familie şi/sau medicină de specialitate.

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

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

Medicină de familie

Dotare:

a) Pentru cabinetul de consultaţii:

– canapea de consultaţii;
– masă ginecologică sau canapeaua consultaţii să conţină suporţi în vederea examinării obstetricale şi ginecologice;
– aparat de măsurat tensiunea arterial;
– stetoscop;
– cântar pentru adulţi şi copii;
– taliometru;
– apăsătoare limbă de unică folosinţă;
– ciocan reflexe;
– trusă completă de microchirurgie;
– speculi vaginali de unică folosinţă;
– centimetru de croitorie;

– seringă Guyon pentru spălături auriculare;
– atele Kramer;
– termometre;
– frigider pentru produse biologice cu termometru;
– recipient pentru deşeuri biologice.

b) Pentru aparatul de urgenţă:
– Analgezice minore nemorfinice;
– Adrenalină;
– Atropină;
– Hemisuccinat de hidrocortizon;
– Antihipertensive;
– Antispastice;
– Aspirina;
– Antipiretice;
– Diazepam fiole, microclisma (5 mg);
– Bronhodilatatoare inhalatorii;
– Xilină 1%;
– Antisecretorii gastrice;
– Soluţii cristaloide (ser fiziologic, Ringer, glucoză 5%, glucoză 10%);
– Hemostatice;
– Nitroglicerină;
– Antiemetice.

Atât prin PNRR cât şi prin alte fonduri de finanţare, în centrele comunitare integrate se vor finanţa bunurile şi dotările medicale şi nemedicale conform prevederilor HG nr. 324/ 2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcţionarea şi finanţarea activităţii de asistenţă medicală comunitară.
În funcţie de rezerva financiara, din suma aprobată se vor putea achiziţiona şi alte aparate medicale care vor justifica necesitatea de servicii pentru populaţia grupurilor vulnerabile, conform art. 23, alin (4) din HG 324/2019
.

Anexa nr. 5

LISTELE LOCALITĂŢILOR DIN MEDIUL RURAL ŞI DIN MEDIUL URBAN CU RISC DE MARGINALIZARE

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

Localităţi rural
https://docs.google.com/document/d/1klhbBgRf3yw4v1a Bd6knJIsSvkhghdeu- lOGzJHa10/edit?usp=sharing

Localităţi urban
https://docs.google.com/document/d/1Aa4GfgW7GwXxjjpNlXjxLGWGXDf67wbMS uzaI7xm oA/edit?usp=sharing

Notă
Listele localităţilor din mediul rural şi din mediul urban cu risc de marginalizare sunt realizate conform Atlasului zonelor rurale marginalizate şi al dezvoltării umane locale din România şi Atlasului zonelor urbane marginalizate din România.
Din aceste liste se vor selecta 200 de localităţi eligibile pentru a accesa fondurile din PNRR pentru construirea, reabilitarea şi dotarea centrelor comunitare integrate.
Pentru a elimina riscul neaplicării vreunei localităţi din cele 200 se va selecta şi o listă de 100 de localităţi de rezervă. Selectarea localităţilor se face prin consultare cu MMPS, ME şi structurile asociative.
