UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI

PROGRAMUL OPERAŢIONAL CAPITAL UMAN

Cod 2014RO05M9OP001

Axa prioritară 4 - *Incluziunea socială și combaterea sărăciei*

Obiectivul tematic 9: *Promovarea incluziunii sociale, combaterea sărăciei și a oricărei forme de discriminare*

Prioritatea de investiții 9.iv: *Creșterea accesului la servicii accesibile, durabile și de înaltă calitate, inclusiv asistență medicală și servicii sociale de interes general*

Obiectivul specific 4.8: *Îmbunătățirea nivelului de competențe al profesioniștilor din sectorul medical*

GHIDUL SOLICITANTULUI - CONDIȚII SPECIFICE

"Formarea personalului implicat în implementarea programelor prioritare de sănătate"

UNIUNEA EUROPEANĂ GUVERNUL ROMÂNIEI

Cuprins

CAPITOLUL 1. Informații despre apelul de proiecte 4

1.1. Informații generale 4

Domenii prioritare de sănătate 5

Strategii relevante 12

Cadrul legal aplicabil 13

1.2. Axa prioritară, prioritatea de investiții, obiectiv specific 13

1.3. Tipul apelului de proiecte și perioada de depunere a cererilor de finanţare 14

1.4. Tipuri de activități sprijinite 14

1.4.1 Tipuri de activități eligibile care pot fi sprijinite în contextul prezentului ghid al solicitantului – condiții specifice 14

1.4.2. Teme secundare FSE 16

1.4.3. Teme orizontale 17

1.4.4 Informare și publicitate 18

1.5. Tipuri de solicitanți eligibili/ parteneri eligibili 18

1.6. Perioada de implementarea a proiectelor 19

1.7. Grup țintă 19

1.8. Indicatori specifici de program 21

1.9. Alocarea financiară stabilită pentru apelul de proiecte 24

1.10. Valoarea maximă a proiectului, rata de cofinanțare 25

1.10.1. Valoarea a proiectului 25

1.10.2. Contribuția națională (cofinanțarea publică și cofinanțarea proprie) 26

CAPITOLUL 2. Reguli pentru acordarea finanțării 28

2.1 Eligibilitatea solicitantului/partenerilor 28

2.2. Eligibilitatea proiectului 28

2.2.1. Eligibilitatea proiectului – condiţii generale 28

2.2.2. Eligibilitatea proiectului – condiţii specifice 28

CAPITOLUL 3. Completarea cererii de finanțare 39

CAPITOLUL 4. Procesul de evaluare și selecție 39

4.1. Descriere generală 39
CAPITOLUL 5. Depunerea și soluționarea contestațiilor 40
CAPITOLUL 6. Contractarea proiectelor – descrierea procesului 40
CAPITOLUL 7. Anexe 40

CAPITOLUL 1. Informații despre apelul de proiecte

1.1. Informații generale

Calitate scăzută a serviciilor de sănătate și accesul inegal la acestea

Pentru majoritatea indicatorilor de sănătate, România prezintă disparități substanțiale față de media Uniunii Europene şi înregistrează performanța cea mai slabă sau aproape cea mai slabă. Deşi sub media europeană, speranţa de viaţă la naştere a crescut în România, însă contrar situaţiei UE25, speranţa de viață sănătoasă la 65 de ani s-a diminuat în perioada 2007-2011 cu 2,2 până la 3,1 ani la bărbaţi, respectiv la femei (EHLEIS Country Reports, Issue 7 April 2014).

Se înregistrează per total al 3-lea cel mai mare procent de populație cu nevoi de sănătate nesatisfăcute (12,8% din populaţie comparativ cu 6,4% la nivelul UE27 în 2012), doar cei din cvintila superioară de venituri au nevoi neacoperite de servicii comparabile mediei europene (6,4%) (Eurostat). Principala barieră autodeclarată este costul prea mare al serviciilor, identificată de 1 din 10 români (9,7%). Peste 1 din 6 persoane sărace aveau neacoperite nevoile de servicii în 2012 (16,5% şi 15,6% în cvintilele I şi respectiv II de venituri). 40% dintre persoanele cu boli cronice şi venituri în cvintila inferioară nu apelează la serviciile de sănătate, comparativ cu 17% în rândul celor similari situaţi în cvintila superioară (BM, 2011).

Sectorul de sănătate trebuie să răspundă adecvat inegalităţilor curente privind sănătatea, care pot constitui factori agravanţi ai sărăciei şi excluziunii sociale. Fenomenul anticipat al îmbătrânirii demografice constituie o provocare suplimentară, mai ales în ruralul sărac.

O importantă deficienţă o reprezintă serviciile de sănătate subdezvoltate şi neadaptate nevoilor beneficiarilor. Mortalitatea infantilă şi maternă sunt de până la 3 ori peste mediile europene. Inechităţile din sănătate sunt generate de accesul inegal la serviciile de sănătate, integrarea suboptimală a acestora şi de neacoperirea cu servicii cât mai aproape de comunitate.

Disparităţile în distribuţia furnizorilor de servicii se reflectă în indicatorii de sănătate. Starea de sănătate a populației este în general mult mai bună în regiunea Bucureşti-Ilfov şi foarte slabă în cele mai sărace regiuni: NE şi SE. În cadrul aceleiași regiuni, indicatorii de sănătate în zonele rurale sunt mai precari decât în cele urbane, persoanele sărace, copiii, persoanele de etnie romă şi persoanele în vârstă fiind categoriile cele mai vulnerabile.

Dat fiind deficitul de personal ca urmare a migraţiei externe, investiţia în resursa umană este esenţială pentru creşterea accesului, calităţii şi eficacităţii serviciilor. Se va acorda prioritate formării cadrelor medicale implicate în furnizarea de servicii de prevenire și diagnosticare precoce, cei implicați în tratamentul patologiilor prioritare cu care se confruntă persoanele sărace, responsabile pentru majoritatea cazurilor de morbiditate și mortalitate la adulți (ex., cancer, tuberculoză, boli cardiovasculare, diabet, disfuncții tiroidiene etc.), precum și personalul din cadrul structurilor de sănătate publică, reţelelor de screening si serviciilor de

urgență, serviciilor de supraveghere şi control al bolilor transmisibile.

Evoluţia morbidităţii şi mortalităţii din ultimele două decade, marcată de povara în creştere a bolilor cronice, în paralel cu evoluţiile survenite în sistemul de îngrijiri de sănătate şi în societate în general, impun cu necesitate o schimbare de paradigmă în favoarea creşterii rolului prevenirii, depistării şi intervenţiei cât mai precoce în bolile cronice (Strategia Naţională de Sănătate - **4.1. ARIA STRATEGICA DE INTERVENŢIE 1: "SĂNĂTATE PUBLICĂ")**.

Calitatea serviciilor este suboptimală, impunându-se îmbunătăţirea cadrului tehnic şi metodologic, a cunoştinţelor şi a competenţelor personalului şi alte iniţiative vizând îmbunătăţirea calităţii şi/sau a accesului la serviciile de sănătate, inclusiv prin soluţii TIC, schimb de bune practici şi abordări inovative. Astfel de intervenţii trebuie corelate cu investiţiile vizând capacitatea administrativă, competitivitatea (E-sănătatea, telemedicină, cercetare) şi/sau investiţiile în infrastructura fizică.

Provocarea demografică reprezentată de îmbătrânirea populaţiei necesită un răspuns activ pentru abordarea nevoilor actuale ale vârstnicilor vulnerabili socio-economic mai ales la nivel comunitar.

Pe termen mediu creşterea duratei de viaţă sănătoasă şi a calităţii vieţii impune dezvoltarea capacităţii de a oferi servicii medicale de calitate menite să reducă mortalitatea şi morbiditatea evitabilă la copil şi adult, precum şi promovarea unui comportament pro-sănătate în rândul populaţiei încă de la vârste mici.

Pe măsura îmbătrânirii populaţiei sectorul de sănătate trebuie să înceapă să se pregătească pentru amplificarea poverii bolilor cronice, ajustându-şi progresiv capacitatea, inclusiv să se pregătească să răspundă nevoilor.

Domenii prioritare de sănătate

Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 evidențiază următoarele **domenii prioritare:**

1. Sănătatea femeii şi copilului. Sănătatea gravidei şi copilului constituie în orice societate civilizată o prioritate de sănătate publică (Conform Strategiei Naţionale de Sănătate). Evidențele disponibile indică un deficit de îngrijiri medicale în perioada prenatală la nivelul medicinii primare, mai ales in cazul femeilor vulnerabile (ex. Femeile însărcinate din zonele gusogene etc), dar nu numai, precum şi un exces de servicii chirurgicale la nivel terţiar reflectat de excesul de naşteri prin cezariană nejustificat de profilul gravidelor din România [UNICEF 2005, DRG, Europeristat, 2012].30,31 Ratele mortalităţii infantile şi materne înalte reflectă în mare măsură calitatea suboptimală a serviciilor.

1.a. Sunt vizate reducerea mortalităţii infantile şi a riscului de deces neonatal prin creşterea accesului la îngrijiri adecvate în unităţi regionale pentru nou-născuţii cu risc de deces neonatal,

întărirea componentei de screening-ul neonatal (fenilcetonurie, hipotiroidism congenital, surditate, alte boli de metabolism ce pot fi depistate neonatal, deficienţe de auz, a retinopatiei la nou născut).

Sănătatea gravidei şi copilului constituie în orice societate civilizată o prioritate de sănătate publică. In Strategia Naţională de Sănătate 2014-2020, în mod prioritar sunt vizate **reducerea mortalităţii infantile şi a riscului de deces neonatal** prin creşterea accesului la îngrijiri adecvate.

1.b. Conform definiției Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii (OMS), **afecțiunile (defectele) congenitale** cuprind orice defect funcțional sau structural determinat de factori ce acţionează în viața intrauterină sau imediat postpartum.

Oamenii de știință au identificat aproximativ 4000 de anomalii la naștere, care variază de la forme minore până la forme grave și foarte grave. De menționat că unele malformații congenitale sunt incompatibile cu viața intrauterină (moarte fetală în uter) sau cu viața extrauterină, ducând la o mortalitate peri-natală semnificativă.

Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS) estimează ca incidenta generală a defectelor congenitale inclusiv cele genetice este de 50 la 1.000 de născuţi vii. Incidenta lor după naştere depinde în general de istoricul natural al afecţiunii. Anomaliile structurale sunt denumite şi malformaţii. Anomaliile funcţionale sunt, de regulă, defecte metabolice, anomalii ale hemoglobinei sau retard mental. Termenul “congenital” presupune ca defectul să fie prezent la naștere, dar sunt si afecţiuni care devin evidente tardiv post partum.

Malformațiile cardiace congenitale rămân cele mai severe anomalii neonatale. Rata mortalităţii infantile în Romania este foarte severa, situându-se pe locul 2 din punctul de vedere al ratei mortalităţii infantile, într-un clasament al ţărilor situate în Europa, după Moldova. Mortalitatea cauzată de malformaţii cardiace este una din principalele cauze ale mortalităţii infantile cu un procent de 21,2%.

Malformaţiile cardiace congenitale (MCC) reprezintă totalitatea anomaliilor structurale ale inimii prezente la naştere, fiind rezultatul unei alterări a dezvoltării embriologice cardiovasculare. Ele apar în perioada cardiogenezei (dezvoltarea inimii).

Jumătate dintre aceste anomalii cardiace sunt minore şi corectabile chirurgical în timp ce cea de-a doua jumătate reprezintă cauza **principală a deceselor în perioada neonatala şi copilărie**. În plus, malformaţiile cardiace congenitale asociază cel mai ridicat cost de spitalizare dintre toate malformaţiile congenitale.

In România, se nasc anual aproximativ 1.500-1.600 de copii cu boala congenitală de cord (BCC). Dintre aceştia, anual, 850-950 necesită corecţie chirurgicală. Datele statistice ale Ministerului Sănătăţii ne arată însă că, în România, se operează anual până la o treime dintre copiii cu boala

congenitală de cord care necesită acest tratament (aproximativ 250-300). Malformația congenitală de cord apare când inima nu se formează normal în viața intrauterină.

Malformaţiile inimii sunt cauzate de factori multipli. Adesea, factorul cauzal nu poate fi identificat. Ceea ce se ştie cu exactitate este ca, în 90 la sută dintre cazuri, MCC sunt rezultatul interacţiunii între factorii genetici şi de mediu. Cea mai vulnerabila perioadă privind influenţa factorilor de mediu asupra dezvoltării cardiovasculare este perioada cardiogenezei.

Studiile recente arata că, în ciuda eforturilor depuse în întreaga lume pentru diagnosticul prenatal al anomaliilor fetale, anomaliile cardiace au rata de detecţie cea mai scăzută, nedepăşind 50-60% la nivel mondial. Este însă un adevăr deja recunoscut că diagnosticul precoce îmbunătăţeşte mortalitatea şi morbiditatea neonatală.

Formarea personalului implicat în medicina materno-fetală, diagnosticarea timpurie a anomaliilor fetale şi instituirea precoce a unui tratament şi plan de tratament, permit intervenţii viitoare pentru asigurarea unei dezvoltări şi integrări sociale şi educaţionale optimă a acestor copii cu malformații congenitale, având ca scop atât prevenirea abandonului şi instituţionalizării persoanei cu dizabilităţi, cât şi creşterea gradului de autonomie al acesteia.

2. Boli netransmisibile majore. Rata standardizată de mortalitate prin boli cronice este de circa două ori mai mare în România decât în UE27.

2.a. O posibilă explicaţie pentru excesul de mortalitate prin **boli cardiovasculare** observat în România constă în lipsa concentrării pe evaluarea riscurilor, pe depistarea în faze precoce a patologilor cardiovasculare şi/sau controlul terapeutic neadecvat la nivelul serviciilor primare de sănătate. Programul Naţional de Evaluare a Stării de Sănătate (PNES) în 2007 a evidenţiat un profil defavorabil al bolilor cronice în populaţia generală. Numai 3/7 din adulţii hipertensivi erau conştienţi că aveau această problemă de sănătate. Astfel, la momentul diagnosticului, peste 57% dintre ei aveau deja alterări infra-clinice de organe ţintă [SEPHAR I şi II]. În plus, rata acoperirii cu medicaţie specifică este destul de mică (6/10 per total, 7/10 la femei), iar ponderea pacienţilor aflaţi sub control terapeutic are variaţii inter-regionale semnificative (de 2 ori mai mică în regiunea Sud-Vest faţă de cea mai bogată regiune, Bucureşti-Ilfov) şi este mai mică la cei cu venituri reduse.

2.b. Rata mortalităţii standardizate pentru formele principale de **cancer (ex. bronho-pulmonar, colo-rectal)** este mai mare în România decât în Statele Membre, excepţie făcând **cancerul de sân la femei.**

România performează suboptimal în domeniul prevenţiei, inclusiv pentru depistarea precoce a **cancerului de col uterin**, mortalitatea prin aceasta boală fiind în creştere sau cel mult stabilă. Ratele mari de morbiditate şi mortalitate fac din prevenirea primară a cancerului de col uterin prin vaccinarea împotriva Human Papilloma Virus (HPV) o intervenţie înalt relevantă şi necesară în România, cu atât mai mult cu cât tulpinile 16 şi 18 ale HPV sunt responsabile de circa 70% din cancerele cervicale, iar beneficiile vaccinării sunt deja bine documentate. Se impune de

asemenea pregătirea implementării intervenţiilor de depistare precoce prin screening populaţional pentru celelalte două forme frecvente de cancer (colo-rectal şi sân), conform recomandărilor europene.

Pe fondul circulaţiei înalte a virusurilor hepatice B şi C şi prevalenţei mari a comportamentelor cu risc crescut (fumat, consum de alcool), incidenţa **cancerului hepatic** în populaţia naţională este mare - a treia cea mai mare rată din Europa la bărbaţi conform ECDC. De altfel, **ciroza hepatică** este a treia este cauză de deces prematur la ambele sexe, fiind responsabilă pentru un număr important de YLL mai ales la bărbaţii români.

2.c. Diabetul zaharat, afecţiune invalidantă şi intens consumatoare de resurse, este o patologie răspândită în România (circa 1,5 milioane pacienţi, din care peste 100.000 insulino-dependenţi). Astfel, după numărul de pacienţi, România se situează pe locul 9 în regiunea Europa; prevalenţa bolii la adulţi este peste media europeană (~9,3% faţă de 8,4%).

2.d. România este o ţară cu rată mare de deces prin **boli respiratorii** şi spitalizări frecvente pentru patologiile din acest grup (11,7% din totalul externărilor în 2012).

2.e. Din categoria **bolilor endocrine** sunt de menţionat ca prioritate de sănătate publică tulburările prin deficit de iod insuficient corectate si disfuncţiile tiroidiene.

2.f. Boala Cronică de Rinichi (BCR) și Diabetul si comorbiditățile asociate (sindromul metabolic, dislipidemia, supraponderea, obezitatea, hipertensiunea arteriala, hiperuricemia) constituie probleme majore de sănătate publică la începutul noului mileniu în marea majoritate a țărilor dezvoltate.

Se estimează că aproximativ 2,3 milioane de persoane suferă de această boală în România. De aceea, un program de prevenţie primară şi intervenţie în BCR, centrat pe medicii de familie, pare pe deplin justificat, mai ales că măsurile terapeutice de reducere a riscurilor – renale şi cardiovasculare – există şi sunt eficiente.

Principalii factori de risc pentru apariţia BCR sunt diabetul zaharat, HTA, bolile cardiovasculare (AP, IM, AVC, BVP) si bolile structurale ale rinichiului.

Prevalența diabetului zaharat este de 9,5% în SUA (2012)[1]și de 6,8% în țările europene (2013)[2] cu tendință crescătoare netă. În România, primul studiu epidemiologic național de prevalență a diabetului identifică o prevalență DZ de 11,5% si a pre diabetului de 18.4% (PREDATORR). Nefropatia diabetică reprezintă una dintre cele mai severe și mai frecvente complicații care apar la pacientul cu diabet zaharat, întunecând evoluția acestora. În studii epidemiologice transversale, nefropatia diabetică diagnosticată prin albuminurie și/sau reducerea RFG a fost de

[1] Centers for disease control and prevention, 2014
[2] Guariguata, 2014

aproximativ 35% în SUA[3] și de 49% într-o cohortă mare internațională de pacienți cu DZ2[4]. Deci, aproximativ 40%-50% dintre diabetici pot dezvolta Boala Cronică de Rinichi. Mai important, 20-40% dintre pacienții care încep tratamentul de substituție a funcțiilor renale în țările occidentale au Nefropatie diabetica[5]. Date publicate recent privind evoluția incidentei și a prevalentei principalelor cinci complicații ale Diabetului Zaharat în SUA în ultimii 20 de ani, arată ca Boala cronică de Rinichi în stadiul final asociată Diabetului Zaharat înregistrează cel mai slab declin (20%) comparativ cu scăderea (>60%) incidenței complicațiilor cardio-vasculare (IMA, AVC).

3. Bolile transmisibile

Reducerea morbidităţii şi mortalităţii prin boli transmisibile, a impactului lor la nivel de individ şi societate precum si întărirea capacităţii sistemului naţional de supraveghere a bolilor transmisibile prioritare, de alertare rapidă şi răspuns coordonat

Reglementările din domeniul supravegherii bolilor transmisibile, alertării rapide şi răspunsului sunt în mare măsura rezultatul transpunerii naţionale a legislaţiei/ standardelor comunitare. Menţinerea unei calităţi adecvate a supravegherii bolilor transmisibile la nivel naţional şi subnaţional este esenţială pentru protejarea populaţiei împotriva ameninţărilor prin boli transmisibile.

Protejarea sănătăţii populaţiei împotriva principalelor boli care pot fi prevenite prin vaccinare. Activitatea de imunizare constituie intervenţia de sănătate publică cea mai cost-eficace, ce asigura protecţia atât a individului, dar şi a comunităţii faţă de o serie de boli transmisibile severe. Totuşi, în Europa ca şi în România atingerea acoperirii vaccinale adecvate asigurării "imunităţii colective" întâmpină deficienţe, şi chiar recrudescenţa unor patologii anterior ţinute sub control (ex. rujeola). Dată fiind importanţa domeniului şi riscurile transfrontaliere potențiale, se impune consolidarea programului naţional de imunizare, în special la nivel funcţional, precum şi creşterea complianţei populaţiei la vaccinare. Asigurarea asistenţei tehnice necesare la nivel subnaţional pentru asigurarea performanţei adecvate a programului în contextul descentralizării; formarea resursei umane, întărirea capacităţii de supraveghere a reacţiilor adverse postvaccinale indezirabile (RAPI), de informare şi alertare prompte la nivel naţional şi în sistemul european/internaţional privind evenimentele deosebite. Creşterea gradului de complianţă a populaţiei la vaccinare, mai ales in rândul grupurilor vulnerabile şi dezavantajate

3.a. Tuberculoza. Incidenţa TBC în România este cea mai mare din UE28, atât pentru cazurile noi, cât şi pentru recurenţe. România continuă să înregistreze unele dintre cele mai mari

[3] de Boer, 2011
[4] Parving, 2006.
[5] Ritz, 2010; Chen, 2014

procente de TB din ţările europene, raportând anual aproape 13.000 de cazuri noi (12.866 în 2013) şi 1.136 de decese în rândul românilor cauzate de TB. Cele mai afectate grupuri populaționale sunt cele din mediu rural, din regiunile mai sărace, bărbaţii, etnicii romi şi persoanele fără adăpost. Circa 4,3% din total cazuri noi survin la copil, iar o treime dintre cazurile noi pozitive în cultură au între 15-34 ani. Riscul de deces pe plan naţional este de circa 6 ori mai mare decât media europeană (cca. 6 ‰00 in 2011-2012).

3.b. Hepatita virală cronică B şi C. Sub rezerva neomogenităţii raportărilor naţionale, după incidența infecţiei cu virusurile hepatice B (HVB) şi C (HVC), România deţinea locul doi în Europa în 2011 și respectiv 2010. Însă, povara infecţiei hepatice trece dincolo de cazurile incidente de boală clinic manifestă care ajung în atenţia serviciilor de sănătate. Extrem de importantă este prevalența 'ascunsă' a infecţiei virale în populaţie de care depinde de fapt riscul de infectare și îmbolnăvire al celor sănătoşi. Studiile de prevalenţă disponibile arată că România este o țară cu risc înalt pentru infecţia HVB şi HVC (a doua cea mai mare prevalenţă din UE pentru HVB şi cea mai mare prevalentă pentru HVC). Povara acută a bolii în populaţie este însă amplificată de patologia secundară cronică severă (ciroză și cancer hepatic).

3.c. HIV/SIDA. România este una dintre puţinele ţări din Europa centrală și de sud-est cu un număr mare de persoane afectate de HIV/SIDA aflate în viaţă, în cea mai mare măsură ca urmare a vârfului epidemic de la începutul anilor 90. La finele anului 2011, din cele 17.435 de cazuri HIV/SIDA înregistrate vreodată în România erau în viaţă 10.903 persoane. Prevalenţa estimată a bolii pe anul 2011 este de 56 cazuri.

4. Sănătatea mintală. Frecvenţa deceselor prin suicid în România este de circa 5 ori mai mare la bărbaţi decât la femei (22,8 ‰, respectiv 4,2 ‰ în 2010), indiferent de grupa de vârstă, și în mare riscul relativ pe sexe relativ constant indică faptul că această diferenţa este un fenomen destul de stabil în timp [Eurostat, INS, 2011]. Frecvenţa cazurilor de suicid la tinerii de 15-19 ani este cu circa 50% peste media europeană (6,3 decese ‰ în 2010), cu 21% mai mare la adulţii români în vârstă de 50-54 de ani (22,2 decese‰), dar nu și la persoanele de 85+ ani. Ratele în creştere după 2003 la tineri și vârstnici indică o înrăutăţire a stării de sănătate mintală pe plan naţional, cel puţin la aceste grupele de vârstă vulnerabile. În cazul patologiilor psihiatrice, durata lor mare de evoluţie clinică, capacitatea invalidantă marcată și posibilităţile limitate de recuperare determină o povară mare a bolii: mai mult de 3 DALY/100 persoane în 2010. Prin natura lor, subiecţii cu probleme de sănătate mintală constituie un grup vulnerabil, uneori stigmatizat și deseori insuficient integrat în societate.

5. Bolile rare. Grupul heterogen al bolilor rare aşa-numit „orfane" a căpătat recent un loc mai important pe agenda de sănătate publică comunitară și naţională. Deşi afectează un număr relativ redus de persoane din populaţia generală și au un potenţialul limitat de prevenire/diagnostic precoce, mai ales în contextul unui determinism preponderent genetic (80%), bolile rare pot avea un grad mare de severitate și letalitate precoce înaltă (circa 1/5 din cazurile cu debut în copilărie decedează înaintea vârstei de 5 ani).

Genetica Medicală. Bolile genetice, prin frecvenţa şi consecinţele asupra stării de sănătate a populaţiei, constituie o problemă majoră de sănătate publică. Se cunosc peste 15000 boli determinate sau condiţionate genetic, iar prevalenţa lor este, în medie, de 5-8% din nou născuţi, adică 1 din 20 nou născuţi vor avea până la vârsta de 25 ani, manifestarea clinică a unei boli genetice şi, probabil, 1 din 3-4 indivizi în tot cursul vieţii [1]. Conform datelor publicate de Ministerul Sănătății în 2014, în România se nasc în fiecare an 7500-8000 copii cu boli genetice şi alţi cca 10000-11000 vor manifesta o boală determinată sau condiţionată genetic până la vârsta de 25 ani.

Situaţia actuală a serviciilor de genetică medicală în România este departe de nivelul şi exigenţele celor existente în ţările UE sau în unele ţări învecinate, și nu asigură necesarul şi nici calitatea unei asistenţe medicale adecvate în acest domeniu. Până în 2014, medicii specialişti şi primari de genetică medicală din România, urmare a recunoaşterii acestei specialităţi începând cu anul 1997 şi cei care sunt în curs de pregătire, nu au avut la dispoziție structuri organizatorice specializate în care să-şi desfăşoare activitatea. Acest fapt nu a permis medicilor specialişti, mai ales cei din primele generaţii de rezidenţi absolvenţi din 2004 şi 2005, să îşi găsească un loc de muncă determinând astfel migraţia unor medici rezidenţi spre alte specialităţi sau în străinătate. Există în prezent un număr de 25 medici primari, 42 medici specialişti şi 42 medici rezidenţi de genetică medicală. În noiembrie 2014, prin ordinul emis de ministrul Sănătății, s-a decis înființarea rețelei de genetică medicală prin organizarea a 6 centre regionale de genetică medicală în București, Iași, Cluj, Timișoara, Oradea și Craiova (Ordinul MS nr. 1358/13 noiembrie 2014) care vor coordona întreaga activitate de profil din județele arondate.

În prezent, aceste centre nu au încă o dotare adecvată și cu atât mai puțin o finanțare conformă. Cele mai multe lucrează însă cu tehnici depăşite, au o dotare materială insuficientă, nu au o aprovizionare ritmică cu materiale iar pregătirea personalului nu este în toate cazurile corespunzătoare. Ele asigură, în general, un număr redus de analize şi nu există criterii de acreditare şi nici standarde de calitate pentru aceste laboratoare. Nu există laboratoare specializate de biochimie genetică, explorările care se fac în prezent sunt sporadice, de regulă în cadrul unor laboratoare medicale universitare (Cluj Napoca, București). Screeningul genetic, deşi cu recunoscute beneficii economice, este limitat la fenilcetonurie şi hipotiroidism şi se efectuează doar în 3 centre (Bucureşti, Cluj, Iași) asigurând o acoperire teritorială insuficientă.

Specificul preponderent de profilaxie (primară şi secundară) al activităţilor de genetică medicală asigură nu numai eficacitate dar şi însemnate beneficii economice. Rezultatele serviciilor de genetică sunt greu de evaluat. Ele nu pot fi apreciate numai prin reducerea statistică a frecvenţei bolilor debilitante urmare a sfatului genetic și/sau a diagnosticului pre-natal. Cu toate acestea, ţările europene care au introdus screeningul prenatal la unele boli frecvente ca sindromul Down sau anomaliile de tub neural, raportează scăderea semnificativă a cazurilor noi cu asemenea îmbolnăviri. Analiza cost-beneficiu este net în favoarea beneficiului economic

pentru cele mai multe din programele naţionale. De menţionat însă că naşterea unui copil cu o boală gravă într-o familie declanşează de cele mai multe ori reacţii dramatice cu implicaţii majore în viaţa de cuplu şi de familie pe plan material, psihic, sentimental. Pe de altă parte, la nivel macro-social, numărul mare de copii cu dizabilități implică cheltuieli greu suportat de orice societate. Acesta se reflectă nu numai în cheltuieli materiale dar şi în serioase probleme administrative: instituţii specializate, personal calificat, măsuri speciale de protecţie a copilului cu dizabilități şi a familiei acestuia, etc. În vederea scăderii frecvenţei bolilor genetice, implicit reducerea morbidităţii şi mortalităţii infantile din România cât şi a utilizării eficiente a bugetului, genetica medicală trebuie să se constituie într-un domeniu prioritar de sănătate.

Context National

Strategii relevante

Apelul de proiecte este lansat în baza prevederilor Regulamentului (UE) nr. 1303/2013 de stabilire a unor dispoziții comune și ale Regulamentului (UE) nr.1304/2013 privind FSE, precum și în acord cu documentele programatice aplicabile și strategiile asumate la nivel național:

- **Acordul de Parteneriat (AP) 2014-2020**

http://www.fonduri-ue.ro/res/filepicker_users/cd25a597fd-62/2014-2020/acord-parteneriat/Acord_de_Parteneriat_2014-2020_RO_2014RO16M8PA001_1_2_ro.pdf

- **Raportul de țară al României pentru 2016**

http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2016/cr2016_romania_ro.pdf

- **Programul Național de Reformă**

http://www.mae.ro/node/19273

- **Strategia Națională de Sănătate 2014-2020**

http://ms.gov.ro/?pag=13

- **Planul Strategic National de Control al Tuberculozei în Romania, 2015-2020**

http://www.ms.ro/documente/National%20Strategic%20Plan%20-%20Romania%20-%20I09%2010%20RO_996_1980.pdf

- **Strategia națională privind incluziunea socială şi reducerea sărăciei pentru perioada 2015-2020**

http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Familie/2015-DPS/2015-sn-is-rs.pdf

- **Strategia Europa 2020**

http://ec.europa.eu/health/europe_2020_en.htm

Cadrul legal aplicabil

În domeniul medical

- Conform Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare
- Legea nr. 460 din 12 noiembrie 2003 privind exercitarea profesiunilor de biochimist, biolog şi chimist, înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea Ordinului Biochimiştilor, Biologilor şi Chimiştilor în sistemul sanitar din România
- HG nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 şi 2016
- ORDIN Nr. 386 din 31 martie 2015 privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2015 şi 2016;

1.2. Axa prioritară, prioritatea de investiții, obiectiv specific

Pentru a obține finanțare în cadrul prezentului apel de proiecte implementat prin aplicarea mecanismului competitiv, cererile de trebuie să se încadreze în:

- **Axa prioritară 4:** *Incluziunea socială și combaterea sărăciei*
- **Obiectivul tematic 9:** *Promovarea incluziunii sociale, combaterea sărăciei și a oricărei forme de discriminare"* (Regulamentul (UE) nr. 1304/2013, art 3, alin 1, a)
- **Prioritatea de investiții 9.iv:** *Creșterea accesului la servicii accesibile, durabile și de înaltă calitate, inclusiv asistență medicală și servicii sociale de interes general* (Regulamentul (UE) nr. 1304/2013, art. 3, alin 1, a)
- **Obiectiv specific**

  În cadrul prezentului apel de proiecte este vizat un singur obiectiv specific**:**

  - **Obiectiv specific 4.8.: Îmbunătățirea nivelului de competențe al profesioniștilor din sectorul medical**
- **Rezultat așteptat**

Principalul rezultat așteptat prin sprijinul financiar acordat în cadrul prezentului apel de proiecte este:

- *Nivel de competențe îmbunătățit al profesioniștilor din sistemul de medical*

1.3. Tipul apelului de proiecte și perioada de depunere a cererilor de finanţare

Apelul de proiecte este un **apel de tip competitiv, cu termen limită de depunere.**

SISTEMUL INFORMATIC MySMIS 2014 VA FI DESCHIS ÎN DATA DE 17.10.2016 ORA 15.00 ŞI SE VA ÎNCHIDE ÎN DATA DE 16.12.2016, ORA 16.00.

1.4. Tipuri de activități sprijinite

1.4.1 Tipuri de activități eligibile care pot fi sprijinite în contextul prezentului ghid al solicitantului – condiții specifice

Tipurile de activități eligibile care vor fi finanțate în contextul acestui apel de proiecte sunt cele care vizează acordarea de **sprijin pentru creșterea capacității tehnice a personalului implicat în implementarea programelor prioritare de sănătate la nivel național şi local (nivel regional si local) prin furnizarea de programe de formare, participare la schimburi de experiență/schimburi de bune practici, inclusiv în contextul acțiunilor de cooperare transnaționale**

Astfel, în funcție de nevoile persoanelor din grupul țintă, propunerile de proiecte vor include următoarele activități:

Activitatea 1: Furnizarea programelor de formare profesională specifică pentru personalul medical implicat în implementarea programelor prioritare la nivel național și local (nivel regional, județean) de sănătate.

- **Sub-activitatea 1: Derularea programelor de formare profesională specifică** pentru personalul implicat în domeniile prioritare de sănătate identificate în acest ghid (nivel național, nivel regional, județean și local) inclusiv sisteme de simulare a unor activități clinice în domeniile prioritare, dacă este cazul.

  NB. Facilitarea accesului instituțiilor medicale la echipamentele structurilor de diagnostic și cercetare din centrele universitare de referință: acces la infrastructură/ laboratoare/ echipamente (inclusiv instruire)/ baze de date, se realizează în baza unui parteneriat cu instituția medicală ;

  Programele de formare vor cuprinde sesiuni teoretice și practice.

- **Sub-activitatea 2: Actualizarea programelor existente, a ghidurilor de practică, a procedurilor precum și dezvoltarea și furnizarea de programe noi** de formare profesională aferente programelor prioritare în domeniul, necesare pentru domeniul medical din

Romania. Noile programe de formare pot viza inclusiv includerea în Codul Ocupațiilor din Romania a unui/ unor standard(e) profesional(a) ca suport pentru noi calificări/ specializări, necesare în domeniul medical, relevante obiectivelor vizate de prezentul ghid. Dezvoltarea noilor programe de formare este eligibilă inclusiv pentru situațiile în care formarea profesională vizează calificări noi, nereglementate în Romania, dezvoltate în spațiul occidental;

- **Sub-activitatea 3: Dezvoltarea de module de formare în domeniile prioritare de sănătate pe platforme de e-learning pentru schimburile de cunoștințe**. Achiziția sau dezvoltarea de noi platforme de e-learning **nu este eligibilă** spre finanțare în cadrul acestui apel de propuneri de proiecte.

În accepțiunea prezentului ghid al solicitantului, sunt eligibile **EXCLUSIV** (sub rezerva eligibilității) programele de formare specifică din domeniile programelor prioritare de sănătate (sub activitatea 1), respectiv cele aferente următoarelor domenii:

1. Sănătatea femeii și copilului

1.a. Mortalitate infantilă și risc de deces neonatal

1.b. Malformații congenitale şi boli genetice

2. Boli netransmisibile majore

2.a. Boli cardiovasculare

2.b. Cancer

2.c. Diabet zaharat

2.d. Bolile respiratorii

2.e. Boli endocrine/disfuncții tiroidiene

2. f. Boli pulmonare cronice

2.g. Boala cronică de rinichi

3. Boli transmisibile

3.a. Boli infecțioase transmisibile prioritare (tuberculoza; HIV/SIDA, hepatite virale cronice B și C)

4 . Sănătate mintală

5. Boli rare (inclusiv genetică medicală)

NB. În cadrul prezentului apel de proiecte, **este obligatorie derularea sub-activității 1** (element de eligibilitate proiect)

NB. În cadrul prezentului apel de proiecte, formarea profesională în regim e-learning nu poate depăși 1% din numărul total al orelor de formare, realizate la nivel de proiect

NB. Pentru a fi eligibile, sub-activitățile 1 și 2 aferente acestei activități **trebuie** să contribuie la formare profesională specifică a personalului medical implicat în implementarea programelor prioritare de sănătate.

NB. Programele de formare profesională derulate în contextul sub-activității 1 trebuie să fie **creditate cu puncte EMC (Educație Medicală Continuă -** conform Deciziei nr. 67 din 09/12/2005 privind stabilirea sistemului de credite de educație medicală continuă) de organisme cu rol de reglementare a profesiilor din domeniul medical respectiv.

Activitatea 2: Participarea persoanelor din grupul țintă la schimburi de experiență/ schimburi de bune practici, inclusiv în contextul acțiunilor de cooperare transnaționale

Aceasta activitate urmărește îmbunătățirea cadrului metodologic şi a competențelor tehnice a specialiștilor din domeniul medical, creșterea gradului de implicare a specialiștilor români în inițiativele europene de schimb de informații.

În cadrul acestei activități se vor finanța:

- Participare la programe de formare, congrese, workshop uri în domeniile prioritare de sănătate;
- Efectuarea de stagii practice

Aceasta activitate se poate derula și în afara zonei vizate de proiect, dar pe teritoriul Uniunii Europene.

NB Ponderea cheltuielilor privind schimburi de experiență/ schimburi de bune practici, inclusiv în contextul acțiunilor de cooperare transnaționale în bugetul proiectului nu va depăși 15% din totalul cheltuielilor eligibile.

1.4.2. Teme secundare FSE

În cadrul Axei Prioritare 4/ PI 9.iv sunt vizate temele secundare prezentate în tabelul de mai jos.

Propunerile de proiecte vor trebui să evidențieze în secțiunea relevantă a cererii de finanțare (”Tema secundară vizată”) în ce constă contribuția proiectului la o anumită temă secundară, precum și costul estimat al respectivelor măsuri.

Atenție!

Alocările din tabelul de mai jos reprezintă alocări indicative la nivelul Axei Prioritare 4. Prin urmare, în cadrul propunerii de proiect se vor evidenția sumele calculate pentru măsurile care vizează teme secundare relevante pentru proiect.

Procentele din tabelul de mai jos reprezintă ponderi din totalul alocărilor aferente temelor secundare la nivelul axei prioritare 4/ PI 9 iv.

Axă prioritară	Tema secundară	Pondere din alocarea pe tip de regiune de dezvoltare
AP 4	01. Sprijinirea tranziției către o economie cu emisii scăzute de dioxid de carbon și eficientă din punctul de vedere al utilizării resurselor.	2%
	02. Inovare socială	5%
	06 Nediscriminare	5%

În dezvoltarea cererii de finanțare, prin anumite activități, veți viza **cel puțin o temă secundară** dintre cele aferente axei prioritare. Pentru respectiva temă secundară veți indica sume in buget care să reprezinte minim procentul indicat în tabel calculat la totalul cheltuielilor eligibile ale proiectului.

Aspecte privind inovarea socială

Inovarea socială presupune dezvoltarea de idei, servicii și modele prin care pot fi mai bine abordate provocările sociale, cu participarea actorilor publici și privați, inclusiv a societății civile, cu scopul îmbunătățirii serviciilor sociale6.

Programul Operațional Capital Uman promovează inovarea socială, în special cu scopul de a testa, și, eventual, a implementa la scară largă soluții inovatoare, la nivel local sau regional, pentru a aborda provocările sociale.

În procesul de selecție se acordă punctaj suplimentar proiectelor care propun teme secundare

1.4.3. Teme orizontale

În cadrul proiectului solicitanții vor evidenția, în secțiunea relevantă din cadrul aplicației electronice, contribuția proiectului la temele orizontale stabilite prin POCU 2014-2020. Prin activitățile propuse în cadrul proiectului va trebui să asigurați contribuția la cel puțin una din temele orizontale egalitatea de șanse și non-discriminarea, respectiv dezvoltarea durabilă. În acest sens solicitanții pot avea în vedere Ghidurile privind integrarea temelor orizontale în cadrul proiectelor finanțate din Fondurile Europene Structurale şi de Investiții 2014-2020:

[6] Definiție preluată de pe pagina de internet a Comisiei Europene: http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1022&langId=en

- Partea I Egalitatea de șanse și de tratament

http://www.fonduri-ue.ro/images/files/documente-relevante/orientari_beneficiari/Ghid.egalitate.sanse.1.pdf

- Partea a II-a Dezvoltarea durabilă

http://www.fonduri-ue.ro/images/files/documente-relevante/orientari_beneficiari/Ghid.egalitate.sanse.2.pdf

În procesul de selecție se acordă punctaj suplimentar proiectelor care propun instrumente concrete pentru asigurarea implementării principiului dezvoltării durabile, egalității de șanse, non discriminare.

1.4.4 Informare și publicitate

Activitatea de informare și publicitate este realizată în conformitate cu prevederile documentului Orientări privind accesarea finanțărilor în cadrul Programului Operațional Capital Uman 2014-2020, CAPITOLUL 9 „Informare și publicitate", pagina 54.

1.5. Tipuri de solicitanți eligibili/ parteneri eligibili

- Ministerul Sănătății
- Ministerul Sănătății în parteneriat cu actori relevanți [7](alte autorități publice, universități, ONG-uri relevante)
- Autorități publice (inclusiv cei din autoritățile de sănătate publică, institutele şi instituțiile medicale)
- Autorități publice (inclusiv cei din autoritățile de sănătate publică, institutele şi instituțiile medicale) în parteneriat cu actori relevanți (alte autorități publice, universități, ONG-uri relevante)

În contextul prezentului apel de proiecte prin **autorități publice** se înțelege **autorități ale sistemului de sănătate publică**[8], respectiv:

- Ministerul Sănătății, organ de specialitate al administrației publice centrale, cu personalitate juridică, în subordinea Guvernului;

[7] Prin actori cu expertiză relevantă se înțelege acele entități care au experiență de minimum 6 luni cel puțin în domeniul uneia din sub-activitățile aferente activității 1 şi/ sau activitatea 2 și care vor fi implicate în derularea sub-activităților/ activității în care au experiență, contribuind în mod direct la atingerea indicatorilor de realizare/ de rezultat solicitați prin prezentul apel de proiecte

[8] Conform Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare

- Alte instituții care desfășoară activități în domeniul sănătății publice la nivel național, regional, județean sau local;
- Spitalele publice din rețeaua autorităților administrației publice locale;
- Direcțiile de sănătate publică județene şi a municipiului București;
- Direcții de sănătate publică în cadrul ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, care colaborează cu unitățile deconcentrate ale Ministerului Sănătății;
- Institutele sau centrele de sănătate publică ca instituții publice regionale sau naționale, cu personalitate juridică, în subordinea Ministerului Sănătății;
- Instituțiile și structurile de specialitate ale Ministerului Sănătății, care desfășoară activități în domeniul sănătății publice la nivel național, regional, județean și local, cu personalitate juridică, aflate în subordinea, coordonarea sau sub autoritatea Ministerului Sănătății, cu excepția CNAS și a caselor de asigurări de sănătate.

1.6. Perioada de implementarea a proiectelor

Perioada maximă de implementare a proiectului este de 36 de luni.

NB Țintele **anuale** obligatorii:

În cadrul proiectelor cu o durată de 36 de luni, se va avea in vedere realizarea a cel puțin 20% dintre indicatori în primele 12 luni de implementare și câte 50% în lunile 13-24 și 30% în lunile 25-36.

1.7. Grup țintă

În cadrul prezentului apel de proiecte, grupul țintă cuprinde ***specialiștii implicați în furnizarea de servicii medicale***, după cum urmează:

A) **Personal din instituții publice implicat în implementarea programelor prioritare de sănătate,**

Pentru a fi eligibile, persoanele din grupul țintă ***Personal din instituții publice implicat în implementarea programelor prioritare de sănătate*** vizat prin proiect trebuie să îndeplinească CUMULATIV următoarele condiții:

- să fie angajate într-o instituție **publică** care oferă servicii medicale/ de sănătate publică (ex. spital public, autoritate de sănătate publică, institut sau instituție medicală)

- personalul să fie implicat într-unul dintre domeniile programelor prioritare de sănătate la nivel național, regional, județean și local.

B) **Medicii de familie implicați în furnizarea de servicii medicale într-unul dintre domeniile programelor prioritare de sănătate aflați în relații contractuale cu Casa de Asigurări de Sănătate**

NB În cadrul prezentului apel de proiecte vor fi finanțate **proiecte cu acoperire națională (element de eligibilitate proiect).** În accepțiunea prezentului ghid al solicitantului - condiții specifice, proiect cu acoperire națională este cel care îndeplinește **CUMULATIV** pentru grupul țintă vizat de proiect următoarele condiții:

- 90% din totalul grupului țintă trebuie să fie localizat în regiunea mai puțin dezvoltate (*Nord-Est, Nord-Vest, Vest, Sud-Vest Oltenia, Centru, Sud-Est și Sud-Muntenia);*
- 10% din totalul grupului țintă trebuie să fie localizat în regiunea dezvoltată – București-Ilfov.

Prin localizarea grupului țintă va fi interpretată după cum urmează:

- Pentru grupul țintă punctul ***A) Personal din instituții publice implicat în implementarea programelor prioritare de sănătate*** **(1.7. Grup țintă),** locul unde se află instituția publică de sănătate cu care are încheiat un contract de muncă (perioadă determinată sau nedeterminată).
- Pentru grupul țintă punctul ***B) Medicii de familie implicați în furnizarea de servicii medicale într-unul dintre domeniile programelor prioritare de sănătate aflați în relații contractuale cu Casa de Asigurări de Sănătate*** **(1.7. Grup țintă), localizarea cabinetului medical al medicului de familie.**

Atenție! Proiectele care nu vor avea acoperire națională în sensul menționat mai sus nu sunt eligibile în cadrul acestui apel de proiecte.

Atenție! Locul de derulare a activităților proiectului *(de exemplu formarea profesională specifică, sediul proiectului etc.)* nu va fi luat ca reper în asocierea cheltuielilor cu regiunea de dezvoltare aferentă.

NB. Nu se vor considera dublă finanțare situațiile în care o persoană din grupul țintă (ex. medici de familie) beneficiază de programe de formare în domenii diferite (ex. hepatite infecțioase, tuberculoza; HIV/SIDA, boli pulmonare cronice etc.) în proiecte diferite.

Minimul obligatoriu pentru grupul țintă vizat de proiect (element de eligibilitate proiect)

- Pentru proiectele implementate în **regiunile mai puțin dezvoltate**, minimul obligatoriu pentru grupul țintă persoane care vor beneficia de cursuri de formare / schimb de bune practici (indicatorul de realizare 4S55) este de **360 persoane**.
- Pentru proiectele implementate în **regiunea dezvoltată** (București-Ilfov), minimul obligatoriu pentru grupul țintă persoane care vor beneficia de cursuri de formare / schimb de bune practici (indicatorul de realizare 4S55) este **40 persoane.**

1.8. Indicatori specifici de program

Fiecare proiect propus va include **atât** indicatorul de realizare (**4S55/4S55.1.),** cât și indicatorul de rezultat pe termen scurt (**4S48/4S48.1).** Fiecare proiect va include ținte pentru indicatorii de realizare și de rezultat pe termen scurt aplicabili atât pentru regiunile mai puțin dezvoltate (90% din numărul total al specialiștilor din domeniul medical), cât si pentru regiunea dezvoltată (10% din numărul total al specialiștilor din domeniul medical).

Țintele minime obligatorii pentru indicatorii de realizare/ rezultat pe termen scurt sunt următoarele (pe regiuni de dezvoltare):

Indicatori de rezultat imediat				Indicatori de realizare			
Cod	**Regiune de dezvoltare**	**Denumire indicator**	**Ținta minimă solicitată**	**Cod**	**Regiune de dezvoltare**	**Denumire indicator**	**Ținta minimă solicitată**
4S48	Regiuni mai puțin dezvoltate Regiune dezvoltată	**4S48** Persoane care și-au îmbunătățit nivelul de calificare/ certificate urmare a sprijinului primit ▶ **4S48.2.** Persoane care și-au îmbunătățit nivelul de calificare/ certificate urmare a sprijinului primit, **din care: Din sectorul medical**	▶ **Ținta** minimă a indicatorului **4S48** este de **80%** din ținta indicatorului **4S55, pe fiecare dintre regiunile de dezvoltare vizate** (Regiuni mai puțin dezvoltate; Regiune dezvoltată)	**4S55**	Regiuni mai puțin dezvoltate Regiune dezvoltată	**4S55** Persoane care beneficiază de formare/ schimb de bune practici etc. ▶ **4S55.1.** Persoane care beneficiază de formare/ schimb de bune practici etc., **din**	Pentru indicatorul **4S55 minimul obligatoriu la nivel de proiect, 400 persoane, din care:** ❖ Regiuni mai puțin dezvoltate **– 90% persoane** ❖ Regiune dezvoltată **– 10% persoane.**

Indicatori de rezultat imediat				Indicatori de realizare			
Cod	**Regiune de dezvoltare**	**Denumire indicator**	**Ținta minimă solicitată**	**Cod**	**Regiune de dezvoltare**	**Denumire indicator**	**Ținta minimă solicitată**
						sectorul medical	

Raportarea indicatorilor:

Conform Regulamentului (UE) nr. 1304/2013, „Participanți" sunt *persoanele care beneficiază în mod direct de o intervenție din FSE, care pot fi identificate și cărora li se pot solicita caracteristicile, și pentru care sunt angajate cheltuieli specifice. Alte persoane nu vor fi clasificate ca participanți.*

Conform Regulamentului (UE) nr. 1304/2013, art. 5 *"Toți indicatorii comuni de realizare și de rezultat trebuie raportați pentru toate prioritățile de investiții*". Pentru a răspunde acestei cerințe, solicitantul va avea obligația raportării indicatorilor comuni, conform **ghidului de raportare indicatori (comuni și specifici de program).**

Toate datele aferente indicatorilor privind participanții trebuie raportate conform atributelor menționate în anexa I a Regulamentului nr. 1304/2013.

Solicitantul va putea selecta dintr-o listă predefinită în aplicația informatică indicatorii aferenți apelului de proiecte și va completa ținte pentru acei indicatori pentru care se solicită acest lucru, așa cum se va semnala și în sistemul informatic.

Toți indicatorii menționați în prezentul apel de proiecte sunt obligatorii

După semnarea contractului de finanțare nerambursabilă cu AM/OI responsabil, în calitate de beneficiar, va trebui să demarați procedurile legale în vederea înregistrării ca operator de date cu caracter personal. Participanții, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, vor semna o declarație prin care își dau acordul privind utilizarea și publicarea datelor personale.

1.9. Alocarea financiară stabilită pentru apelul de proiecte

În cadrul prezentului apel de proiecte lansat în contextul Axei Prioritare 4, PI 9.iv, OS 4.8 din cadrul Programului Operațional Capital Uman 2014-2020, bugetul alocat este de **64 747 058.82** euro (contribuția UE + contribuția națională) la nivelul categoriilor de regiuni după cum urmează:

- pentru **regiunile mai puțin dezvoltate** (*Nord-Est, Nord-Vest, Vest, Sud-Vest Oltenia, Centru, Sud-Est și Sud-Muntenia),* suma totală disponibilă este de **57 819 123.53** euro, din care contribuția UE este de **49 146 255.00** euro (corespunzând unei contribuții UE de 85%), iar contribuția națională este de **8 672 868.53** euro (corespunzând unei contribuții naționale de 15%);
- pentru **regiunea dezvoltată** (*București-Ilfov*), suma totală disponibilă este de **6 927 935.29** euro, din care contribuția UE este de **5 542 348.23** euro (corespunzând unei contribuții UE de 80%), iar contribuția națională este de **1 385 587.06** euro (corespunzând unei contribuții naționale de 20%).

Pentru proiectele finanțate în contextul prezentului ghid, asistența financiară nerambursabilă solicitată și contribuția națională se va realiza în baza unei pro-rata la nivel de cheltuieli aferente proiectului (pentru regiunea dezvoltată - 10,7% din total asistență financiară nerambursabilă/ contribuția națională, iar pentru regiunile mai puțin dezvoltate - 89,3% din total asistență financiară nerambursabilă/ contribuția națională), după cum urmează:

1.	**Valoarea totală a proiectului**	
	Valoarea totală eligibilă	=2+3
2.	**Asistenţă financiară nerambursabilă solicitată**	
	Regiuni mai puțin dezvoltate	=valoarea eligibilă a proiectului * 89,3%* 85%
	Regiune dezvoltată	=valoarea eligibilă a proiectului * 10,7%* 80%
3.	**Contribuţia națională (publică și privată)**	
	Regiuni mai puțin dezvoltate	=valoarea eligibilă a proiectului * 89,3%* 15%
	Regiune dezvoltată	=valoarea eligibilă a proiectului * 10,7* 20%

1.10. Valoarea maximă a proiectului, rata de cofinanțare

Cursul de schimb care va fi utilizat pentru stabilirea acestei valori este cursul Info euro aferent lunii octombrie 2016

1.10.1. Valoarea a proiectului

Grupul țintă minim stabilit este de 400 de persoane

Valoarea minimă eligibilă a unui proiect este de 1.200.000 euro

Valoarea maximă eligibilă a unui proiect este de 3.000.000 euro

ATENŢIE: Bugetul proiectului dumneavoastră va fi exprimat doar în lei.

Cererile de finanțare care prezintă buget calculat în euro vor fi respinse.

1.10.2. Contribuția națională (cofinanțarea publică și cofinanțarea proprie)

Contribuția eligibilă minimă a solicitantului/ partenerului reprezintă procentul din valoarea totală eligibilă a proiectului propus, care va fi suportat de solicitant/ partener.

Valoarea cofinanțării proprii a solicitantului/parteneriatului pentru proiect se stabilește **în funcție de tipul entității care are calitatea de solicitant sau, după caz, în funcție de tipul fiecărei entități care are calitatea de partener**, după cum urmează:

Axa prioritară	Tipuri de regiuni	Co-finanțarea UE%	Co-finanțarea națională%, din care:	Cofinanțare națională% pe tipuri de beneficiari					Instituţiile de învăţământ superior acreditate care nu fac parte din categoriile anterioare de beneficiari		Instituții publice finanțate integral din venituri proprii sau parțial de la bugetul asigurărilor sociale de stat sau bugetele fondurilor speciale	
				Beneficiari persoane juridice de drept privat fără scop patrimonial		Beneficiari persoane juridice de drept privat cu scop patrimonial		Beneficiari ordonatori de credite ai bugetului de stat, bugetului asigurărilor sociale de stat și ai bugetelor fondurilor speciale și entitățile aflate în subordine sau în coordonare finanțate integral din bugetele acestora				
				Cofinanțare privată %	Cofinanțare publică %	Cofinanțare privată %	Cofinanțare publică %	Cofinanțare publică %	Cofinanțare proprie %	Cofinanțare publică %	Cofinanțare privată %	Cofinanțare publică%
AP 4	Regiune mai puțin dezvoltată	85	15	0	15	5	10	15	2	13	2	13
	Regiune mai dezvoltată	80	20	0	20	**5**	15	20	2	18	2	18

UNIUNEA EUROPEANĂ GUVERNUL ROMÂNIEI

Exemplu de calcul pentru valoarea contribuției proprii a solicitantului/ parteneriatului pentru un proiect competitiv <u>cu aplicabilitate națională</u> în funcție de tipul organizațiilor implicate.

Valoarea totala a proiectului	**3 500 000.00**	**Mod de calcul**	**Valoarea totală eligibilă gestionata de parteneriat**						**Total**
Valoarea totala eligibilă	**3 500 000.00**		**S**	**50%**	**P1**	**20%**	**P2**	**30%**	100%
Cofinațare UE	2 956 275.00		**1 750 000.00**		**700 000.00**		**1 050 000.00**		**3 500 000.00**
Cofinanțarea națională (cofinanțarea publică + confinanțarea proprie)	**543 725.00**								
S= Spital subordonat MS	**15%**								
P1=Spital subordonat primarie	**2%**								
P2=UMF	**2%**								
Cofinantare UE	**2 956 275.00**		**Asistenta financiara nerambursabila solicitata de parteneriat**						
			S	**50%**	**P1**	**20%**	**P2**	**30%**	100%
			1 478 137.50		**591 255.00**		**886 882.50**		**2 956 275.00**
Regiuni mai putin dezvoltate	**2 656 675.00**	Valoare eligibila*89.3%*85%	**1 328 337.50**		**531 335.00**		**797 002.50**		**2 656 675.00**
Regiuni dezvoltate	**299 600.00**	Valoare eligibila*10.7%*80%	**149 800.00**		**59 920.00**		**89 880.00**		**299 600.00**
Cofinanțarea națională (cofinanțarea publică + confinanțarea proprie)	**543 725.00**		**Cofinantare proprie/ membru al parteneriatului**			**Cofinantare nationala**			Total Cofinantare Nationala
			S= Spital subordonat MS	P1= Spital subordonat primarie	UMF	Total cofinantare proprie	Cofinantare publica (bugetul de stat)		
			15%	2%	2%				
			262 500.00	**14 000.00**	**21 000.00**	**297 500.00**	**246 225.00**	**543 725.00**	
Regiuni mai putin dezvoltate	**468 825.00**	Valoare eligibila*89.3%*15%							
Regiuni dezvoltate	**74 900.00**	Valoare eligibila*10.7%*20%							

CAPITOLUL 2. Reguli pentru acordarea finanțării

2.1 Eligibilitatea solicitantului/partenerilor

Se va avea în vedere capitolul relevant din *Orientări privind accesarea finanțărilor în cadrul POCU 2014-2020*

2.2. Eligibilitatea proiectului

2.2.1. Eligibilitatea proiectului – condiții generale

Se va avea în vedere capitolul relevant din *Orientări privind accesarea finanțărilor în cadrul POCU 2014-2020*

2.2.2. Eligibilitatea proiectului – condiții specifice

Nu sunt eligibile proiectele care:

1. nu prevăd minimul obligatoriu pentru grupul țintă conform secțiunii *1.7. Grup țintă – CAPITOLUL 1. Informații despre apelul de proiecte*
2. nu prevăd țintele minime obligatorii pentru fiecare dintre indicatorii de realizare şi de rezultat imediat conform secțiunii *1.8. Indicatori specifici de program – CAPITOLUL 1. Informații despre apelul de proiecte*
3. depășesc valoarea maximă a proiectului conform secțiunii *1.10.1. Valoarea maximă si* minima a *proiectului, rata de cofinanțare – CAPITOLUL 1. Informații despre apelul de proiecte*
4. nu prevăd sub-activitatea 1 ca activitate principală în proiect, nu vizează ca domeniu al formării profesionale specifice (sub-activitatea 1) cel puțin unul dintre domeniile prioritate ale programelor prioritare de sănătate, respectiv cele aferente următoarelor domenii: Sănătatea femeii și copilului, boli netransmisibile majore, boli transmisibile, Sănătate mintală, Boli rare (inclusiv genetică medicală)
5. Nu îndeplinește cerințele pentru a fi considerat un proiect cu acoperire națională (90% din totalul grupului țintă să fie aferent regiunilor mai puțin dezvoltate și 10% din totalul grupului țintă să fie aferent regiunii dezvoltate)

Evitarea dublei finanțări

Se va avea în vedere capitolul relevant (capitolul 3.2) din Orientări privind accesarea finanțărilor în cadrul POCU 2014-2020.

Încadrarea cheltuielilor

Listă orientativă privind încadrarea cheltuielilor aferente proiectului în categoriile/ subcategoriile de cheltuieli conform MySMIS:

Cheltuieli directe **Cheltuielile eligibile directe** reprezintă cheltuieli care pot fi atribuite unei anumite activități individuale din cadrul proiectului şi pentru care este demonstrată legătura cu activitatea/ sub activitatea în cauză			
	Categorie MySMIS	**Subcategorie MySMIS**	**Subcategoria (descrierea cheltuielii) conține:**
Cheltuielile eligibile directe	Cheltuieli aferente managementului de proiect	Cheltuieli salariale cu managerul de proiect	▸ Salariu manager de proiect
	Cheltuieli salariale	Cheltuieli salariale cu personalul implicat în implementarea proiectului (în derularea activităților, altele decât management de proiect)	▸ Salarii pentru personalul implicat in implementarea proiectului altele decât management de proiect
		Contribuții sociale aferente cheltuielilor salariale şi cheltuielilor asimilate acestora (contribuții angajați şi angajatori)	▸ Contribuții angajat şi angajator pentru manager de proiect ▸ Contribuții angajați şi angajatori pentru personalul implicat in implementarea proiectului altele decât management de proiect.

	Cheltuieli cu deplasarea	Cheltuieli cu deplasarea pentru personal propriu și experți implicați in implementarea proiectului	▸ Cheltuieli pentru cazare ▸ Cheltuieli cu diurna personalului propriu ▸ Cheltuieli pentru transportul persoanelor (inclusiv transportul efectuat cu mijloacele de transport în comun sau taxi, gară, autogară sau port şi locul delegării ori locul de cazare, precum şi transportul efectuat pe distanta dintre locul de cazare şi locul delegării) ▸ Taxe şi asigurări de călătorie și asigurări medicale aferente deplasării
		Cheltuieli cu deplasarea pentru participanți - grup țintă	▸ Cheltuieli pentru cazare ▸ Cheltuieli pentru transportul persoanelor (inclusiv transportul efectuat cu mijloacele de transport în comun sau taxi, gară, autogară sau port şi locul delegării ori locul de cazare, precum şi transportul efectuat pe distanta dintre locul de cazare şi locul delegării) ▸ Taxe şi asigurări de călătorie și asigurări medicale aferente deplasării
	Cheltuieli cu servicii	Cheltuieli pentru consultanță și expertiză	▸ Cheltuieli aferente diverselor achiziții de servicii specializate, pentru care beneficiarul nu are expertiza necesară (de exemplu consultanță juridică necesară implementării activităților proiectului, formare profesională)

		Cheltuieli cu servicii pentru organizarea de evenimente și cursuri de formare	▸ Servicii de transport de materiale şi echipamente ▸ Pachete complete conținând transport, cazarea şi/sau hrana participanților/ personalului propriu ▸ Organizarea de evenimente ▸ Editarea şi tipărirea de materiale pentru sesiuni de instruire/formare ▸ Servicii sonorizare ▸ Traducere și interpretare ▸ Prelucrare date ▸ Întreținere, actualizare și dezvoltare aplicații informatice
	Cheltuieli cu taxe/ abonamente/ cotizații/ acorduri/ autorizații necesare pentru implementarea proiectului:	Cheltuieli cu taxe/ abonamente/ cotizații/ acorduri/ autorizații necesare pentru implementarea proiectului	▸ Achiziționare de publicații, cărți, reviste de specialitate, materiale educaționale relevante pentru proiect, în format tipărit, audio şi/ sau electronic ▸ Taxe de eliberare a certificatelor de calificare/ absolvire ▸ Taxe de participare la programe de formare ▸ Taxe de autorizare curs

	Cheltuieli cu achiziția de active fixe corporale (altele decât terenuri și imobile), obiecte de inventar, materii prime și materiale, inclusiv materiale consumabile	Cheltuieli cu achiziția de materii prime, materiale consumabile și alte produse similare necesare proiectului	▸ Materiale consumabile ▸ Cheltuieli cu materii prime și materiale necesare derulării cursurilor practice ▸ Materiale direct atribuibile susținerii activităților de educație și formare ▸ Papetărie ▸ Cheltuieli cu materialele auxiliare ▸ Multiplicare
	Cheltuieli cu hrana	Cheltuieli cu hrana	▸ Cheltuieli cu hrana pentru participanți (grup țintă)
	Cheltuieli generale de administrație	Cheltuieli generale de administrație	▸ Utilități: ○ apă şi canalizare ○ servicii de salubrizare ○ energie electrică ○ energie termică şi/sau gaze naturale ▸ Telefoane, fax, internet, acces la baze de date ▸ Servicii poștale şi/sau servicii curierat ▸ Servicii de administrare a clădirilor: ○ întreținerea curentă

			○ asigurarea securității clădirilor ○ salubrizare şi igienizare ▸ Servicii de întreținere şi reparare echipamente şi mijloace de transport: ○ întreținere echipamente ○ reparații echipamente ○ întreținere mijloace de transport ○ reparații mijloace de transport ▸ Arhivare documente ▸ Amortizare active ▸ Cheltuieli aferente deschiderii, gestionării şi operării contului/conturilor bancare al/ale proiectului
	Cheltuieli cu închirierea, altele decât cele prevăzute la cheltuielile generale de administrație	Cheltuieli cu închirierea, altele decât cele prevăzute la cheltuielile generale de administrație	▸ Închiriere sedii, inclusiv depozite ▸ Închiriere spații pentru desfășurarea diverselor activități ale operațiunii ▸ Închiriere echipamente ▸ Închiriere vehicule ▸ Închiriere diverse bunuri

	Cheltuieli de leasing	Cheltuieli de leasing fără achiziție	▸ Rate de leasing plătite de utilizatorul de leasing pentru: ○ Echipamente ○ Vehicule ○ Diverse bunuri mobile şi imobile
	Cheltuieli de tip FEDR	Cheltuieli de tip FEDR	▸ Alte echipamente: ○ Echipamente de calcul şi echipamente periferice de calcul ○ Cablare rețea internă ○ Mobilier, birotică, echipamente de protecție a valorilor umane şi materiale ○ Alte cheltuieli pentru investiții ▸ Cheltuieli pentru avize, acorduri, autorizații: ▸ Cheltuieli pentru asigurarea utilităților şi/sau reabilitarea şi modernizarea utilităților: ○ Alimentare cu apă, canalizare; ○ Alimentare cu gaze naturale; ○ Agent termic; ○ Căi de acces; ○ Facilități de acces pentru persoane cu dizabilități;

			▸ Energie electrică.

Cheltuieli directe

Cheltuielile eligibile directe reprezintă cheltuieli care pot fi atribuite unei anumite activități individuale din cadrul proiectului şi pentru care este demonstrată legătura cu activitatea în cauză

Cheltuieli indirecte

Cheltuielile eligibile indirecte reprezintă cheltuielile efectuate pentru funcționarea de ansamblu a proiectului şi nu pot fi atribuite direct unei anumite activități.

	Categorie MySMIS	Subcategorie MySMIS	Subcategoria (descrierea cheltuielii) conține:
Cheltuieli eligibile indirecte	Cheltuieli indirecte conform art. 68 din Regulamentul UE nr.1303	Cheltuieli indirecte conform art. 68	▸ Salarii aferente experților suport pentru activitatea managerului de proiect ▸ Salarii aferente personalului administrativ și auxiliar ▸ Cheltuieli salariale indirecte aferente managementului de proiect (responsabil financiar, personal implicat in achiziții publice, consilier juridic, auditor) ▸ Contribuții sociale aferente cheltuielilor salariale şi cheltuielilor asimilate acestora (contribuții angajați şi angajatori). ▸ Chirie sediu administrativ al proiectului

			▸ Plata serviciilor pentru medicina muncii, prevenirea şi stingerea incendiilor, sănătatea şi securitatea în muncă pentru personalul propriu ▸ Utilități: a) apă şi canalizare b) servicii de salubrizare c) energie electrică d) energie termică şi/sau gaze naturale e) telefoane, fax, internet, acces la baze de date f) servicii poștale şi/sau servicii curierat ▸ Servicii de administrare a clădirilor: a) întreținerea curentă b) asigurarea securității clădirilor c) salubrizare şi igienizare ▸ Servicii de întreținere şi reparare echipamente şi mijloace de transport: a) întreținere echipamente b) reparații echipamente

			c) întreținere mijloace de transport d) reparații mijloace de transport ▸ Amortizare active ▸ Conectare la rețele informatice ▸ Arhivare documente ▸ Cheltuieli aferente procedurilor de achiziție ▸ Multiplicare, cu excepția materialelor de informare şi publicitate ▸ cheltuielile aferente garanțiilor oferite de bănci sau alte instituții financiare ▸ taxe notariale ▸ abonamente la publicații de specialitate ▸ Cheltuieli financiare şi juridice (notariale): ○ prime de asigurare bunuri (mobile şi imobile) ○ asigurarea medicală pentru călătoriile în străinătate, ○ prime de asigurare obligatorie auto (excluzând asigurarea CASCO) ○ d) cheltuieli aferente deschiderii, gestionării şi operării contului/conturilor bancare

			al/ale proiectului Materiale consumabile: a) cheltuieli cu materialele auxiliare b) cheltuieli cu materialele pentru ambalat c) cheltuieli cu alte materiale consumabile ▸ producția materialelor publicitare şi de informare ▸ tipărirea/multiplicarea materialelor publicitare şi de informare ▸ difuzarea materialelor publicitare şi de informare ▸ dezvoltare/adaptare pagini web ▸ închirierea de spațiu publicitar ▸ alte activități de informare şi publicitate
	Lista cheltuielilor indirecte aferente proiectului este indicativă; solicitantul nu trebuie să fundamenteze cheltuielile indirecte în bugetul proiectului, aceste cheltuieli fiind stabilite ca **rată forfetară de 15% din costurile directe eligibile cu personalul care nu fac obiectul subcontractării** (prin aplicarea articolului 68 alineatul (1) litera (b) din Regulamentul (UE) nr. 1303/2013). Pe parcursul implementării proiectului nu vi se vor solicita documente suport pentru justificarea cheltuielilor indirecte efectuate în cadrul proiectului, ci doar cu privire la costurile directe eligibile cu personalul care nu fac obiectul subcontractării		

b. Reguli generale și specifice de decontare

Cu privire la eligibilitatea cheltuielilor pentru achiziția de echipamente și pentru închirieri și leasing, trebuie respectate și plafoanele stabilite prin Orientări privind accesarea finanțărilor în cadrul Programului Operațional Capital Uman 2014-2020.

Prin prezentul apel de proiecte vor fi decontate cheltuieli plafonate procentual, după cum urmează:

- **Cheltuielile indirecte a unei finanțări forfetare de maxim 15% din costurile directe cu personalul care nu fac obiectul subcontractării**, prin aplicarea articolului 68 alineatul (1) litera (b) din EGULAMENTUL (UE) nr. 1303/2013 și Fondul european pentru pescuit și afaceri maritime și de abrogare a Regulamentului (CE) nr. 1083/2006 al Consiliului. În implementare, decontarea cheltuielilor indirecte pe bază de rată forfetară conform cerințelor de mai sus se va efectua pe fiecare membru al parteneriatului, prin aplicarea ratei forfetare de 15% la cheltuielile directe cu personalul care nu fac obiectul subcontractării efectuate de fiecare membru al parteneriatului și cuprinse în fiecare cerere de rambursare.
- **Cheltuieli de tip FEDR** aferente cheltuielilor directe: maximum 10% din cheltuielile directe ale proiectului.

CAPITOLUL 3. Completarea cererii de finanțare

Completarea cererii de finanțare se realizează în conformitate cu documentul *Orientări privind accesarea finanțărilor în cadrul Programului Operațional Capital Uman 2014-2020 (capitolul 5)*, precum și cu instrucțiunile de completare furnizate în sistemul informatic la apelurile de proiecte (prezentul ghid - **Anexa 4: Instrucțiuni orientative privind completarea cererii de finanțare).**

CAPITOLUL 4. Procesul de evaluare și selecție

4.1. Descriere generală

Selecția proiectelor se efectuează în conformitate cu prevederile documentului Orientări privind accesarea finanțărilor în cadrul Programului Operațional Capital Uman 2014-2020 și ale Metodologiei de evaluare și selecție a proiectelor POCU.

4.2. Grile de evaluare și selecție

Vezi Anexa 2: Criteriile de verificare a conformității administrative, respectiv în Anexa 3: Criterii de evaluare și selecție.

CAPITOLUL 5. Depunerea și soluționarea contestațiilor

Procesul de soluționare a contestațiilor se desfășoară în conformitate cu prevederile Metodologiei de verificare, evaluare și selecție a proiectelor POCU.

CAPITOLUL 6. Contractarea proiectelor – descrierea procesului

Procesul de contractare se desfășoară în conformitate cu prevederile *Orientări privind accesarea finanțărilor în cadrul Programului Operațional Capital Uman 2014-2020* (capitolul 8)**.**

CAPITOLUL 7. Anexe

Anexa 1: Definițiile indicatorilor specifici de rezultat și realizare

Anexa 2 Criteriile de verificare a conformității administrative și a eligibilității

Anexa 3 Criteriile de evaluare și selecție tehnică şi financiară

Anexa 4 Instrucțiuni orientative privind completarea cererii de finanțare

Anexa 5 Acord de parteneriat