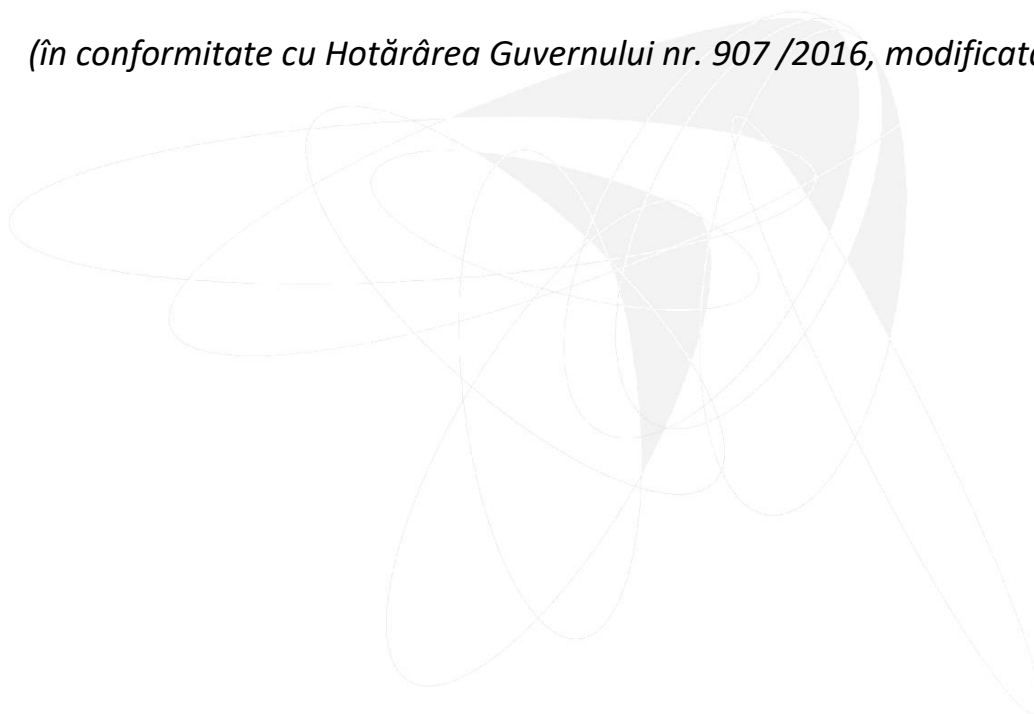




MUNICIPIUL TIMIȘOARA, ROMÂNIA

SPITALUL PPP TIMIȘOARA STUDIU DE PREFERABILITATE

(în conformitate cu Hotărârea Guvernului nr. 907 /2016, modificată în 2023)



9 august 2024



Rezumat

Acesta este raportul Studiului de Prefizabilitate („**PSF**”) întocmit în conformitate cu Hotărârea de Guvern nr. 907/2016 privind etapele de elaborare și conținutul-cadru al documentațiilor tehnico-economice aferente obiectivelor/proiectelor de investiții finanțate din fonduri publice, cu modificările ulterioare, privind Proiectul PPP Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara („**SCMUT**”). Studiul de prefizabilitate acoperă la nivel incipient fezabilitatea tehnică, juridică, comercială și financiară a Proiectului, alături de evaluarea suportabilității și a eficienței economice în conformitate cu cadrul PPP.

SCMUT este un spital de categoria a II-a, format din 14 clădiri separate, învechite, care se află în stare precară și care nu permit furnizarea de asistență medicală sigură și de calitate. Clădirile sunt dispersate în oraș și au fost construite în momente diferite, unele datând de la începutul secolului XX, iar una chiar din 1737. Clădirile prezintă o mare disparitate în ceea ce privește calitatea spațiului și a mediului între diferitele funcții, iar unele co-locății esențiale nu sunt prezente.

Proiectul PPP presupune dezvoltarea unui spital nou, pe un teren viran, pe un amplasament din Timișoara Nord, la aproximativ 4,3 km de centrul orașului (denumit Noul Spital Municipal Timișoara sau „**NSMT**”), cu obiectivul de a înlocui SCMUT cu o singură unitate sanitară care să reunească toate serviciile clinice și facilitățile de suport ale acestora. Acest lucru ar duce la îmbunătățirea experienței pacienților, a siguranței și a calității și ar produce câștiguri considerabile în materie de eficiență operațională. NSMT se va adresa în principal pacienților din Timișoara, județul Timiș și, în secundar, celor din cinci județe învecinate (Arad, Hunedoara, Caraș-Severin, Gorj și Mehedinți).

NSMT urmează să fie dezvoltat prin intermediul regimului de parteneriat public-privat („**PPP**”) și în conformitate cu cele mai recente orientări metodologice privind PPP din România.

A fost efectuată o analiză a cererii și a ofertei în ceea ce privește statisticile privind populația și demografia zonei de acoperire, pe de o parte, și caracteristicile epidemiologice, pe de altă parte. Aceasta a condus la o nevoie de capacitate la care s-au aplicat două măsuri de eficacitate prevăzute în cadrul românesc pentru funcționarea spitalelor: prima (Măsura de eficacitate 1 sau „**EM1**”) se referă la respectarea duratei medii de spitalizare („**DMS**”), iar cea de-a doua (Măsura de eficacitate 2 sau „**EM2**”) se referă la atingerea ratelor de ocupare a paturilor recomandate („**ROP**”). Această analiză a dus la necesitatea unui plan general de paturi de 713 paturi care să acopere toate departamentele / secțiile existente. Aceasta reprezintă o reducere semnificativă față de cele 1,054 de paturi existente.

Pentru a gestiona capacitatea fiscală, NSMT ar urma să fie dezvoltat în etape, cu o primă etapă care să acopere aproximativ jumătate din capacitatea totală. În acest studiu de prefizabilitate au fost propuse 3 scenarii, iar scenariul 1, cu 307 paturi, a fost dezvoltat în detaliu, cu titlu ilustrativ. Scenariul final va fi selectat în etapa următoare.

Costul de dezvoltare pentru scenariul 1 a fost stabilit prin utilizarea unei metode de tip descendent („top-down method”) și cu referire la un proiect conceptual elaborat pentru scenariul selectat. Acesta s-a ridicat la aproximativ **141,6 milioane de euro**, inclusiv cheltuieli neprevăzute, și a constat din:

- Costuri de construcție - 63 milioane de euro,
- Zone exterioare - 6,3 milioane de euro,
- Echipamente - 23 milioane de euro,
- Costuri soft - 13,9 milioane de euro,
- Contingente (cheltuieli neprevăzute) – aproximativ 32 milioane de euro.



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Structura PPP propusă este tipică pentru un PPP de infrastructură cu servicii de întreținere, cu o durată de 20 de ani. Variația plăților de disponibilitate a fost elaborată pentru 3 potențiale soluții de finanțare, presupunând o contingență cuprinsă între 15 și 30%. Rezultatele analizei au fost următoarele:

- Opțiunea de finanțare 1 (finanțare în totalitate privată): 20-22 milioane de euro;
- Opțiunea de finanțare 2 (PPP hibrid cu o contribuție inițială din partea Municipiului Timișoara („MT”): 14-17 milioane de euro; și
- Opțiunea de finanțare 3 (PPP hibrid cu un împrumut municipal): 14-17 de milioane de euro, plus rambursarea împrumutului pe o perioadă de 12 ani, cu o medie de 4,5 milioane de euro pe an și un vârf de 6 milioane de euro în anul 3.

În ceea ce privește etapele următoare, odată ce acest Studiu de preferezabilitate este aprobat, se va realiza un Studiu de fezabilitate și fundamentare cuprinzător, în conformitate cu legislația primară PPP (OUG nr. 39/2018) și Hotărârea de Guvern nr. 907/2016. După ce Studiul de fezabilitate și fundamentare va fi aprobat, pregătirea proiectului și achiziția vor continua.



IFC | International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Cuprins

1.	Informații generale privind proiectul de parteneriat public-privat/de concesiune	9
1.1	Denumirea proiectului de parteneriat public-privat/de concesiune	9
1.2	Ordonator principal de credite/Investitor/Autoritate contractantă	9
1.3	Beneficiarul proiectului de parteneriat public-privat/de concesiune	9
2.	Situația existentă și necesitatea realizării proiectului de parteneriat public-privat/de concesiune	10
2.1	Context: politici, strategii, legislație și acorduri relevante, structuri instituționale și financiare	10
2.1.1	Date la nivel național	10
2.1.2	Sistemul de sănătate: politici, strategii și structuri instituționale	11
2.2	Revizuirea situației existente și identificarea decalajelor	20
2.2.1	Definirea zonei de acoperire pentru SCMUT	20
2.2.2	Evaluarea ofertei în zona de acoperire a SCMUT (la nivel regional)	22
2.2.3	Evaluarea ofertei în zona de acoperire a SCMUT (la nivel județean)	23
2.2.4	Evaluarea detaliată a ofertei în zona de acoperire primară (județul Timiș)	28
2.2.5	Situația existentă a Spitalului Clinic Municipal de Urgență Timișoara și identificarea deficiențelor	33
2.3	Analiza cererii de bunuri și servicii, inclusiv prognoze pe termen mediu și lung privind evoluția cererii, în scopul justificării necesității și dimensionării proiectului de parteneriat public-privat	34
2.3.1	Introducere	34
2.3.2	Paturi pentru îngrijirea de tip acut și cronic – Deficitul cererii și ofertei	34
2.4	Obiectivele preconizate a fi atinse de proiectul de parteneriat public-privat/de concesiune	46
2.4.1	Considerații inițiale	46
2.4.2	Alte obiective	48
2.4.3	Capacitate necesară	49
2.4.4	Strategia de etapizare	54
3.	Identificarea și prezentarea posibilelor opțiuni/scenarii tehnice și economice pentru punerea în aplicare a parteneriatului public-privat/proiectului de concesiune	55
3.1	Particularități amplasament	55
3.1.1	Descriere amplasament	55
3.1.2	Relațiile cu zonele învecinate, accesul existent și/sau căile de acces potențiale, dacă aceste informații sunt disponibile în acest stadiu	59
3.1.3	Orientări propuse față de punctele cardinale și punctele de interes naturale sau construite, dacă astfel de informații sunt disponibile în această etapă	61
3.1.4	Adiacențe	61
3.1.5	Surse locale de poluare, dacă aceste informații sunt disponibile la acest stadiu	62



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

3.1.6	Date climatice și particularități de relief, în cazul în care aceste informații sunt disponibile în acest stadiu.....	62
3.1.7	Existența.....	63
3.1.8	Caracteristicile geofizice ale terenului amplasamentului, inclusiv:	64
3.2	Date tehnice și funcționale ale parteneriatului public-privat/proiectului de concesiune....	66
3.2.1	Utilizarea și funcțiile prevăzute;.....	66
3.2.2	Caracteristici, parametri, nivel de echipare și dotare preconizate	86
3.2.3	Durata minimă de funcționare, apreciată în funcție de destinație/funcțiuni propuse	96
3.2.4	Nevoi/cerințe funcționale specifice, după caz	96
3.3	Aspecte sociale și de mediu	96
3.3.1	Introducere	96
3.3.2	Aspecte de mediu ale noii planificări zonale și urbanistice pentru dezvoltarea spitalului	96
3.3.3	Evaluarea preliminară a condițiilor de mediu.....	97
3.3.4	Constrângeri de dezvoltare cunoscute și potențiale	99
3.3.5	Rezumatul potențialelor efecte și aspecte negative E&S	100
3.3.6	Concluzii și considerații suplimentare.....	101
3.4	Aspecte instituționale și de implementare	101
3.4.1	Cadrul juridic și administrativ al proiectului	101
3.4.2	Cadrul juridic privind PPP, achizițiile publice și concesiunile	102
3.4.3	Modelul PPP propus pentru proiect	103
3.4.4	Potențiali participanți din sectorul privat	112
3.5	Rezultate preconizate	112
3.6	Costurile asociate cu parteneriatul public-privat/cu concesiunea estimate prin raportare la proiecte de parteneriat public-private/proiecte de concesiune similare.....	113
3.6.1	Abordarea utilizată pentru stabilirea costurilor de capital.....	114
3.6.2	Costuri de construcție	115
3.6.3	Costuri de infrastructură și de lucrări exterioare.....	116
3.6.4	Cheltuieli cu echipamentele	117
3.6.5	Costuri de investiții	117
3.6.6	Costuri soft.....	118
3.6.7	Costul de dezvoltare	119
3.6.8	Costul total de dezvoltare.....	120
3.7	Costuri de exploatare și de întreținere, estimate pe baza unor proiecte similare de parteneriat public-privat/de concesiune	120
3.7.1	Costuri de întreținere.....	120
3.7.2	Consum și costuri utilități	122
3.7.3	Numărul de personal	122
3.8	Analiza preliminară a aspectelor economice și financiare.....	123
3.8.1	Introducere	123
3.8.2	Ipoteze	123
3.8.3	Plățile de disponibilitate	124
4.	Soluții fezabile pentru implementarea proiectului de parteneriat public-privat/concesiune....	128



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

4.1	Propunerea unui număr limitat de scenarii/opțiuni dintre cele identificate care vor fi analizate la faza de studiu de fezabilitate.....	128
4.2	Identificarea surselor potențiale de finanțare a proiectului de parteneriat public-privat/concesiune	128
4.3	Concluzii	130
4.4	Recomandări privind dezvoltarea scenariilor/opțiunilor tehnico-economice fezabile selectate pentru a fi studiate ulterior în cadrul studiului de fezabilitate	130

Tabele

Tabelul 1.	Programele Naționale de Sănătate disponibile în România în perioada 2020-2022	19
Tabelul 2.	Procent din numărul total de pacienți (26,633} admiși la SCMUT în 2021 per secție și locații	21
Tabelul 3.	Populația la nivel regional și declinul demografic, 2021-2022	22
Tabelul 4.	Numere de spital, paturi și medici după regiune (2022)	23
Tabelul 5.	Nr. spitale per județ și tip de spitalizare	23
Tabelul 6.	Nr. paturi per județ și tip de spitalizare	23
Tabelul 7.	Număr paturi la mia de locuitori	24
Tabelul 8.	Număr medici	24
Tabelul 9.	Paturi per secții și categorii (acut „A” și cronic „C”)	26
Tabelul 10.	Detalii privind toate spitalele din județul Timiș	29
Tabelul 11.	Evaluare sumară a ofertei de paturi pentru internare în Timiș	29
Tabelul 12.	Detalii privind Alte spitale din Timiș	30
Tabelul 13.	Profilul serviciilor clinice pentru numărul total de paturi de spitalizare în Timiș	31
Tabelul 14.	Scurtă descriere a SCMUT	32
Tabelul 15.	DMS și ROP pe secții în SCMUT	36
Tabelul 16.	Referințe pentru DMS (EM1)	37
Tabelul 17.	Aplicare EM1 (ALOS) pentru estimare zile de spitalizare pe secție	39
Tabelul 18.	Aplicare EM2 (ROP) pentru a estima numărul de paturi necesare pe secție	40
Tabelul 19.	Comparația dintre paturile SCMUT disponibile și cele necesare în funcție de secție și categorii generale	41
Tabelul 20.	Analiză bazată pe EM1	43
Tabelul 21.	Numărul paturilor după aplicarea EM1 & EM2	44
Tabelul 22.	Estimare decalaj paturi per secție în Alte Spitale din Timiș	44
Tabelul 23.	Masterplan de paturi propus pentru NSMT	49
Tabelul 24.	Repere preliminare ale proiectului	81
Tabelul 25.	Clădire și infrastructură exterioară	90
Tabelul 26.	Principalele echipamente pentru Scenariul 1	93
Tabelul 27.	Distribuția tipică a riscurilor cheie între partenerul privat și cel public în proiecte similare	106
Tabelul 28.	Valorile de referință aplicate pentru calculele preliminare ale costurilor de construcție	116
Tabelul 29.	Calcule preliminare ale costurilor unitare pentru infrastructura exterioară	116
Tabelul 30.	Costuri preliminare pentru tipuri de echipamente pentru Faza 1 Scenariul 1 (307 paturi)	117
Tabelul 31.	Defalcarea costurilor preliminare de investiții	117
Tabelul 32.	Costuri soft preliminare pe tipuri de costuri, ca procent din costurile totale	118
Tabelul 33.	Costul de dezvoltare (inclusiv cheltuieli neprevăzute)	119
Tabelul 34.	Costul anual de întreținere estimat pe tip de cost	121
Tabelul 35.	Planul de înlocuire pe durata de viață pe categorii majore de costuri de capital	121
Tabelul 36.	Numărul de personal	123



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Figuri

Figura 1: Grafic care arată cifrele istorice și viitoare ale populației estimate din 1950 până în 2100 (sursa: Macrotrends)	10
Figura 2: Actorii instituționali din domeniul sănătății în România (sursă: CNAS, CR)	12
Figura 3: Alocări de fonduri FNUASS (Sursa: Ministerul Sănătății, analiză CR)	15
Figura 4: Ponderea procentuală a plății în exces per gospodărie din totalul cheltuielilor curente de sănătate (Sursa: Eurostat, analiza CR)	18
Figura 5: Reprezentare schematică a mecanismului de finanțare a sistemului de sănătate	20
Figura 6: Harta regională care arată zonele de acoperire pentru SCMUT	21
Figura 7: Aria de acoperire a SCMUT (la nivel regional)	22
Figura 8: Locațiile celor 23 spitale în raport cu Timișoara	28
Figura 9: Metodologia de analiză a decalajului dintre cerere și ofertă	35
Figura 10: Vedere aeriană a orașului Timișoara	55
Figura 11: Timișoara Nord și locația desemnată a NSMT	56
Figura 12: Hartă care reflectă topografia parcelei desemnate pentru dezvoltarea NSMT	56
Figura 13: Planuri de dezvoltare urbană pentru dezvoltarea Timișoara Nord	57
Figura 14: Funcțiile prevăzute în Planul strategic de dezvoltare urbană pentru nordul Timișoarei	58
Figura 15: Planul de zonare (în curs de prelucrare) de municipalitate la data de 9 mai 2024	58
Figura 16: Vedere aeriană a amplasamentului	59
Figura 17: Drum intern neasfaltat în interiorul limitelor sitului	60
Figura 18: Vedere aeriană a site-ului și a accesului la acesta	60
Figura 19: Rețeaua de străzi planificată pentru Timișoara Nord și noul amplasament spitalicesc	61
Figura 20: Google Map Reflectând distanța dintre Timișoara și parcela desemnată pentru NSMT	61
Figura 21: Condițiile solului și linia de falie seismică pentru Timișoara	65
Figura 22: Scenariul 1 - circa 300 de paturi	69
Figura 23: Scenariul 2 - circa 350 de paturi	71
Figura 24: Scenariul 3 - circa 400 de paturi	72
Figură 25: Consumul de energie electrică pentru fiecare subcategorie de clădiri spitalicesci (clinice și de cercetare)	77
Figura 26: Utilizarea încălzirii pe subcategorii de clădiri spitalicesci (clinice și de cercetare)	77
Figura 27: valoarea maximă admisă a PE excluzând echipamentul medical	79
Figura 28: Consumul de apă în funcție de tipul de unitate sanitară	80
Figura 29: Scenariul 1 – Program funcțional – rezumat	82
Figura 30: Scenariul 2 – Program funcțional – rezumat	83
Figura 31: Scenariul 3 – Program funcțional – rezumat	84
Figura 32: Dispunerea preliminară la parter pentru Scenariul 1	86
Figura 33: Dispunere preliminară amplasament - Opțiunea 1	87
Figura 34: Dispunere preliminară amplasament - Opțiunea 2	88
Figura 35: Dispunere preliminară amplasament indicând direcția posibilei extinderi	89
Figura 36: Listă eșantion de echipamente medicale pentru buget și specificații	92
Figura 37. Principalele elemente facilitate de HIS	94
Figura 38: Planuri de mobilitate pentru dezvoltarea Timișoara Nord furnizate de MT (9 mai 2024)	97
Figura 39: Planuri de extindere a zonelor verzi pentru dezvoltarea Timișoara Nord furnizate de MT (9 mai 2024)	97
Figura 40. Structura organizațională propusă pentru proiect	104
Figura 41: Prețurile materialelor de construcție în România 2020-2023	115
Figura 42: Rezultatele modelării financiare pentru opțiunea de finanțare 1	125
Figura 43: Rezultatele modelării financiare pentru opțiunea de finanțare 2	126
Figura 44: Rezultatele modelării financiare pentru opțiunea de finanțare 3	127



IFC | International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Abrevieri

DMS: Durata medie de spitalizare
BASS: Bugetul asigurărilor sociale de stat
ROP: Rata de ocupare a paturilor
AC: Autoritatea contractantă
CASS: Contribuția de asigurări sociale de sănătate
CASMB: Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București
CASAOPSNAJ: Casa de Asigurări de Sănătate a Apărării Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești
CUT: Coeficientul de utilizare a terenurilor
CJAS: Casa Județeană de Asigurări de Sănătate
DBFOT: Proiectare-Construire-Finanțare-Operare-Transfer
DRG: Sistemul de clasificare în grupe de diagnostice
DSP: Direcția de Sănătate Publică
BCE: Banca Centrală Europeană
EM 1: Măsură de eficacitate 1
EM 2: Măsură de eficacitate 2
FEDR: Fondul European de Dezvoltare Regională
FSE+: Fondul Social European Plus
FM: Managementul facilității
FNUASS: Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate
GR: Guvernul României
ICM: Indicele de complexitate a cazurilor
ICM-MHI: Indicele de complexitate a cazurilor la nivel național
ITB: Instrucțiuni pentru ofertanți
MF: Ministerul Finanțelor
MS: Ministerul Sănătății
MT: Municipiul Timișoara
CNAS: Casa Națională de Asigurări de Sănătate
NSMT: Noul Spital Municipal Timișoara
POT: Procentul de ocupare a terenurilor
PC: Compania de proiect
PIEU: Unitatea de evaluare a investițiilor publice
PIMU: Unitatea de management a investițiilor publice
RAA: Autoritatea Aeronautică Română
RFP: Documentație de atribuire
SCS: Sistemul conturilor de sănătate
SCMUT: Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara
VfM: Eficiență Economică
OMS: Organizația Mondială a Sănătății



IFC | International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Spitalul PPP Timișoara PPP. Studiu de fezabilitate

1. Informații generale privind proiectul de parteneriat public-privat/de concesiune

1.1 Denumirea proiectului de parteneriat public-privat/de concesiune

Proiectul PPP Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara ("Proiectul PPP SCMUT").

1.2 Ordonator principal de credite/Investitor/Autoritate contractantă

DL. Dominic Samuel Fritz, Primar, Municipiul Timișoara

1.3 Beneficiarul proiectului de parteneriat public-privat/de concesiune

Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara



IFC | International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

2. Situația existentă și necesitatea realizării proiectului de parteneriat public-privat/de concesiune

2.1 Context: politici, strategii, legislație și acorduri relevante, structuri instituționale și financiare

2.1.1 Date la nivel național

România a devenit membră a Uniunii Europene în 2007. Este situată în Europa de Sud-Est, cu o populație în anul 2024 de **19,618,996** locuitori¹, ceea ce reprezintă o **scădere de 1,38%** față de 2023 și o creștere generală de 0,94% față de 2020. Aceasta se bazează pe scăderea anuală a populației de la nivelul ridicat de 22,842,482 locuitori din 1991, determinată în principal de emigrare și de scăderea ratei natalității. Organizația Națiunilor Unite („ONU”) preconizează un declin continuu al populației, estimând 19,752,783 locuitori în 2034 (peste 10 ani) și aproximativ 12 milioane în 2100.



Figura 1: Grafic care arată cifrele istorice și viitoare ale populației estimate din 1950 până în 2100 (sursa: Macrotrends)

La fel ca multe alte țări din fostul bloc sovietic, România are un sector spitalicesc supradimensionat, caracterizat prin spitale vechi și lipsite de siguranță, reinvestiții reduse și întreținere foarte slabă. Infrastructura spitalicească și echipamentele de spital gestionate de guvern și de autoritățile locale sunt într-un proces sever de învechire și suferă de o subfinanțare cronică. În ultimii 31 de ani, în țară s-a construit un singur spital de stat. Câteva incendii mortale în spitale produse în ultimii 5 ani au declanșat un semnal de alarmă cu privire la starea rețelei de spitale din România. Punctul de vedere al părților interesate este că aceste incendii sunt rezultatul infrastructurii și echipamentelor foarte vechi, cu fluxuri de lucru inadecvate și cu instalații sanitare și electrice foarte vechi.

Deși cheltuielile totale cu serviciile de sănătate au crescut mai rapid decât PIB-ul nominal în ultimii 5 ani, România rămâne una din țările cu cel mai mic procent din produsul intern brut (PIB) din UE alocat pentru sănătate, respectiv 5,6%, jumătate din media din UE (9,8%), înregistrând și una din cele mai

¹ <https://www.macrotrends.net/global-metrics/countries/ROU/romania/population>



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

scăzute valori ale cheltuielilor cu sănătatea pe cap de locuitor, la circa 1,310 euro (comparativ cu media UE de 3,523 euro)². Cheltuielile aferente prevenției au crescut ușor în ultimii ani, de la 1,3% din bugetul public de sănătate în 2011 la 1,7% în 2017, pentru a scădea la 1% în 2020. Finanțarea modestă a serviciilor de prevenție nu permite dezvoltarea și nu reflectă importanța acesteia.³

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

Pentru a aborda problema clădirilor învechite ale spitalelor și a echipamentelor vechi, Municipiul Timișoara (**Clientul**) a decis să exploreze alternative de finanțare, construcție și întreținere a unei noi facilități spitalicești pentru a înlocui actualul său spital municipal o rețea de 14 unități („**Facilitățile existente**”) și să atragă finanțarea, capacitatea și expertiza sectorului privat pentru dezvoltarea și întreținerea noii clădiri folosind ca modalitate de achiziție parteneriatul public-privat (PPP).

Acest proiect PPP este important pentru dezvoltarea sectorului sănătății în Timișoara, în județul Timiș și în județele învecinate, deoarece unele dintre serviciile furnizate de SCMUT deservește o regiune mai extinsă. De asemenea, pentru România, este și un proiect pilot PPP în domeniul sănătății. Până în prezent, în ciuda numeroaselor încercări la nivel național, nu s-au înregistrat progrese în utilizarea PPP-urilor în domeniul sănătății. Un astfel de proiect este necesar pentru a demonstra acest concept și a aduce eficientizarea și investițiile atât de necesare în acest sector.

2.1.2 Sistemul de sănătate: politici, strategii și structuri instituționale

a) Context

Sistemul de asigurări sociale de sănătate a fost introdus în România în 1999 și reprezintă principala sursă de finanțare a sistemului de sănătate (reprezentând 80,8% din cheltuielile publice pentru sănătate în 2019). Casa Națională de Asigurări de Sănătate (**CNAS**) gestionează sistemul de asigurări sociale de sănătate din România și asigură aplicarea politicilor și programelor în domeniul sănătății, sub coordonarea Ministerului Sănătății (**MS**). Are în subordine casele județene de asigurări de sănătate, incluzând pe cea a Municipiului București, denumită Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București („**CASMB**”), și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești („**CASAOPSNAJ**”).

Ministerul Sănătății (**MS**) reprezintă autoritatea centrală în domeniul asistenței medicale publice, fiind un organism specializat al administrației publice, subordonat guvernului, care elaborează politici, strategii și programe de acțiune în domeniul sănătății. Este practic administratorul sistemului și autoritatea de reglementare primară; direcțiile naționale de sănătate publică reprezintă MS la nivel județean. În același timp, MS are un rol important în finanțarea și furnizarea serviciilor de sănătate; de asemenea, numeroase unități și instituții își desfășoară activitatea în subordinea Ministerului Sănătății la nivel național⁴.

Toate persoanele care desfășoară activități generatoare de profit au obligația să contribuie la Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (**FNUASS**), contribuția fiind determinată în funcție de venitul brut.

² Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene, Programul „Sănătate” sprijinit din Fondul European de Dezvoltare Regională și din Fondul Social European Plus (versiune aprobată de către Comisia Europeană [modificarea nr. 2], 29 aprilie 2024), pag. 12, <https://mfe.gov.ro/minister/perioade-de-programare/perioada-2021-2027/autoritatea-de-management-pentru-programul-sanatate/>

³ Ibidem

⁴ <https://ms.ro/ro/minister/organizare/institutii-subordonate/>



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

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

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

În figura de mai jos sunt ilustrate principalele părți implicate în sistemul de sănătate românesc.



Figura 2: Actorii instituționali din domeniul sănătății în România (sursă: CNAS, CR)

Guvernul României (**GR**) aprobă proiecte de investiții majore și indicatorii tehnici și economici aferenți (pentru proiecte cu o valoare preconizată a investiției mai mare de 100 de milioane RON), memorandumuri și unele acorduri internaționale. În plus, Guvernul aprobă politici și modificări legislative care derivă din legi și sunt promovate ca „hotărâri” (de exemplu, pachetul de servicii medicale, programele naționale de sănătate, reglementările privind ocuparea forței de muncă la nivelul furnizorilor de servicii de sănătate publică).

Ministerul Finanțelor (**MF**) propune Parlamentului spre aprobare bugetul de stat (inclusiv bugetul pentru MS, CNAS și autoritățile locale) și dă avizul conform pentru reglementările financiare, legi și toate proiectele și politicile care au implicații financiare înainte de aprobarea guvernului. În ceea ce privește proiectele PPP, Unitatea de management a investițiilor publice (**UMIP**), în calitate de unitate specializată în cadrul MF responsabilă cu sprijinirea autorităților contractante care dezvoltă proiecte PPP, revizuește documentațiile de pregătire și de achiziție în regim PPP pentru proiectele care necesită o contribuție de finanțare din partea administrației publice centrale (bugetul de stat).

Autoritatea locală (în acest caz, Municipiul Timișoara) este beneficiarul proiectului (în special în cazul în care administrația publică centrală nu este implicată). În plus, conducătorul autorității contractante și consiliul local sunt esențiale pentru aprobarea studiilor de fezabilitate, fezabilitate și fundamentare, precum și a documentelor aferente licitației.



Documente strategice multiple abordează în mod specific domeniul sănătății (un obiectiv de interes social major): Strategia Națională de Sănătate 2022-2030, Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei pentru perioada 2022-2027, Strategia „Copiii protejați, România sigură” 2022-2027, Strategia națională privind drepturile persoanelor cu dizabilități 2022-2027, Strategia națională pentru dezvoltarea durabilă a României 2030, etc. Aceste documente strategice, împreună cu Programul „Sănătate” sprijinit din Fondul European de Dezvoltare Regională și din Fondul Social European Plus și cu Planul Național de Redresare și de Reziliență (pilonul V, Sănătate), se convertesc în principal în direcția creșterii calității și accesului populației române la serviciile de asistență medicală.

În plus, acorduri legislative, instituționale și relevante specifice sunt în vigoare pentru organizarea sistemului de sănătate, furnizarea de servicii de asistență medicală, reforma sistemului de sănătate, organizarea și funcționarea spitalelor, construcția spitalelor, precum și pentru finanțarea lor (cu roluri cheie pentru FNUASS (de la CNAS, prin intermediul CJAS), MS, direcțiile de sănătate publică), dar și pregătirea și achiziția de proiecte PPP (inclusiv legislația adiacentă privind conținutul studiilor de fezabilitate și fezabilitate).

b) Sisteme de plată

Conform raportului „Sistemul conturilor de sănătate (SCS) în România”⁵, pentru finanțarea unităților și a serviciilor de sănătate se folosesc următoarele sisteme de plată:

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

c) Surse de finanțare pentru spitalele publice

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

- Contracte cu casele județene de asigurări pentru furnizarea serviciilor medicale în cadrul sistemului național de asigurări de sănătate;

⁵ Institutul Național de Statistică, Sistemul conturilor de sănătate în România – anul 2019 (ediția 2021), pag. 15



IFC

International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

- Contracte pentru furnizarea de servicii medicale, cu companii private de asigurări de sănătate sau cu alte entități economice;
- Contracte pentru furnizarea de servicii medicale cerute de alte spitale sau de alte instituții medicale publice sau private;
- Contracte pentru publicare și/sau diseminarea de publicații medicale;
- Contracte pentru servicii medicale sau alte servicii asociate cu sănătate, furnizate unor terți;
- Contracte sau pur și simplu servicii furnizate la domiciliu la solicitarea pacienților;
- Contracte de cercetare;
- Contracte care reprezintă asocieri de investiții în domeniul medical sau farmaceutic sau în cercetare;
- Închirieri de infrastructură medicală către alți furnizori de sănătate;
- Închirierea de echipamente, echipamente medicale și alte bunuri care aparțin spitalului către alți furnizori de servicii medicale;
- Donații și sponsorizări;
- Obligațiuni;
- Finanțare de la bugetul de stat prin Ministerul Sănătății, pentru investiții de capital (echipamente, clădiri);
- Finanțare din accize pe tutun și alcool;⁶
- Finanțare de la bugetul local prin autoritățile județene de sănătate publică, pentru cheltuieli de întreținere și/sau operaționale;
- Finanțare pentru activitățile desfășurate prin programele naționale de sănătate: programe de prevenție (fonduri de la Ministerul Sănătății) și programe curative (fonduri de la CNAS);
- Finanțarea secțiilor de UPU / CPU, de la bugetul de stat, prin Ministerul Sănătății;
- Salarii pentru rezidenți, de la Ministerul Sănătății;
- Contracte cu institutele de medicină legală din centrele medicale universitare la care sunt alocate;
- Fonduri / proiecte europene; și
- Din plăți directe, sub formă de coplată sau plăți directe integrale.

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

- *Fondul Național de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS)*, de la CNAS, prin Casele Județene de Asigurări de Sănătate (peste 75% din veniturile spitalelor publice la nivel național în 2020); FNUASS este gestionat de CNAS; veniturile FNUASS sunt constituite din contribuțiile de asigurări de sănătate („CASS”) plătite de angajați, dar și de alte categorii de asigurați care plătesc CASS, din taxa clawback și din subvenții. Mai mult, Strategia Națională de Sănătate 2023-2030⁷ prevede că în perioada 2016-2021, mai mult de jumătate din resursele FNUASS au fost alocate pentru asistența spitalicească, rămânând mai puțin de jumătate pentru asistența medicală primară, ambulatoriul de specialitate, medicamente, alte servicii și tehnologii medicale.

⁶ Potrivit Legii 65/2006, Art. 367 prevede că pentru combaterea consumului excesiv de produse din tutun și băuturi alcoolice, altele decât vinul și berea, prevăzute de prezenta lege, precum și pentru finanțarea cheltuielilor de sănătate, se stabilesc unele contribuții care se constituie ca venituri proprii ale Ministerului Sănătății. Art. 369 (lit. a)) stabilește contribuțiile pentru țigări (în cuantum de 47,38 lei[cca 10 euro]/1.000 de țigarete), pentru țigări și țigări cu frunze (în valoare de 47,38 lei[cca 10 euro]/1.000 bucăți) și pentru tutun destinat fumatului (cu suma de 61,59 lei[cca 14 euro]/kg). Același articol (litera b)) stipulează contribuțiile pentru producerea, importul sau achiziționarea de băuturi alcoolice intracomunitare, altele decât berea, vinurile, băuturile fermentate, altele decât berea și vinurile, produsele intermediare, așa cum sunt definite de Codul fiscal, în sumă de 947,60 lei[cca 190 euro]/hectolitr de alcool pur. Același articol (litera c)) prevede că persoanele juridice care realizează încasări din activități publicitare pentru produse din tutun și băuturi alcoolice contribuie cu o cotă de 12% din valoarea acestor încasări, după deducerea TVA.

⁷ Ministerul Sănătății, Strategia Națională de Sănătate 2023-2030, https://ms.ro/media/documents/Anexa_1_-_SNS.pdf, pag. 16



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

- *Bugetul de stat*, prin Ministerul Sănătății, direct sau prin autoritățile județene de sănătate publică (peste 18% din veniturile spitalelor publice la nivel național în 2020, direcționate în cea mai mare parte către spitalele clinice și de urgență),
- *Bugetele locale*, prin autoritățile județene de sănătate publică.

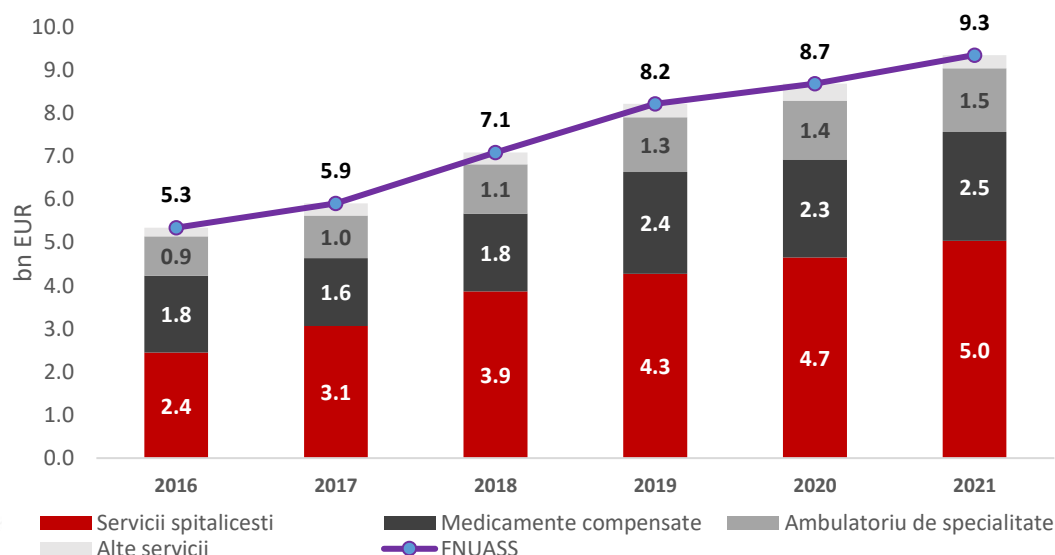


Figura 3: Alocări de fonduri FNUASS (Sursa: Ministerul Sănătății, analiză CR)

d) Mecanismul de solicitare și obținere a finanțării

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

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

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

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

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

- Sistemul de clasificare în grupe de diagnostice (DRG) pentru spitalizările acute;
- Tarif în funcție de specialitate pentru spitalizările acute non-DRG;
- Plăți pe caz, pentru operațiile de zi și asistența medicală (îngrijirea) de zi;
- Tarif pe serviciu pentru serviciile în ambulatoriu;



International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

- Tarif pe zi de spitalizare pentru îngrijirea pe termen lung;
- Bugete fixe pentru programele naționale curative de sănătate (care acoperă medicamente și materiale medicale).

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

- Bugete pentru servicii prestate în secțiile de urgență ale spitalelor de urgență;
- Bugete pentru serviciile prestate în cadrul programelor naționale de prevenție în sănătate;
- Plăți pentru spitalizări acute (DRG).

Pacienții acuți cu o ședere în spital de peste 12 ore vor fi decontați folosind un mecanism de plată în funcție de DRG (sistemul românesc [RO-DRG] a fost creat în 2010, prin adaptarea și rafinarea sistemului de DRG australian).

Conform Ordinului nr. 1068/627/2021⁸ emis de Ministerul Sănătății, suma totală contractată de spitale cu casele de asigurări de sănătate va fi formată din următoarele sume, după caz:

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

$$SC = P \times (Nr_{pat} \times IU_{pat}/DMS_{spital}) \times ICM \times TCP$$

În formula de mai sus,

- Nr_{pat} reprezintă numărul de paturi aprobate și care pot fi contractate după aplicarea prevederilor planului național de paturi, care nu include paturile pentru unitatea de terapie intensivă,
- IU_{pat} reprezintă procentul de utilizare a paturilor
- DMS_{spital} , durata medie de spitalizare la nivel de spital (DMS, durata medie de spitalizare)
- TCP, tariful pe caz ponderat și
- ICM, indicele de complexitate a cazurilor.

Valoarea procentului de referință (P) este:

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

⁸ Anexa 23, Ordinul 1068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice pentru aplicarea în 2021 a Hotărârii de Guvern nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a contractului-cadru care reglementează condițiile de furnizare a asistenței medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale, tehnologiilor asistive și dispozitivelor din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pe anii 2021 - 2022



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

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

număr de cazuri externate x durata spitalizării prevăzută în norme sau, după caz, durata efectivă x tariful pe zi de spitalizare

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

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

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

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

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

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

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

Sumele contractate inițial pentru spitalizare continuă sau spitalizare de zi se pot suplimenta pentru contractarea de cazuri / servicii suplimentare față de cele contractate inițial, pe baza cererilor unităților medicale, însoțite de note de fundamentare. Cu toate acestea, asistența medicală primară, slab organizată și finanțată deficitar, pune presiune suplimentară asupra serviciilor spitalelor, iar cheltuielile reduse și finanțarea deficitară a sănătății sunt exacerbate la nivel local.

În plus, politicile de încurajare a serviciilor de prevenție nu au încă un impact semnificativ: atunci când se analizează cheltuielile cu asistența medicală pe baza funcției lor, ponderea cheltuielilor cu serviciile



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

de prevenție din România este de aproximativ 2% din totalul cheltuielilor cu asistența medicală, comparativ cu media UE de 3,4% în 2020.⁹

În conformitate cu cele de mai sus (în perioada 2014-2021), România este în mod constant peste media UE în ceea ce privește partea procentuală din plata în exces a gospodăriilor din totalul cheltuielilor curente pentru sănătate¹⁰.

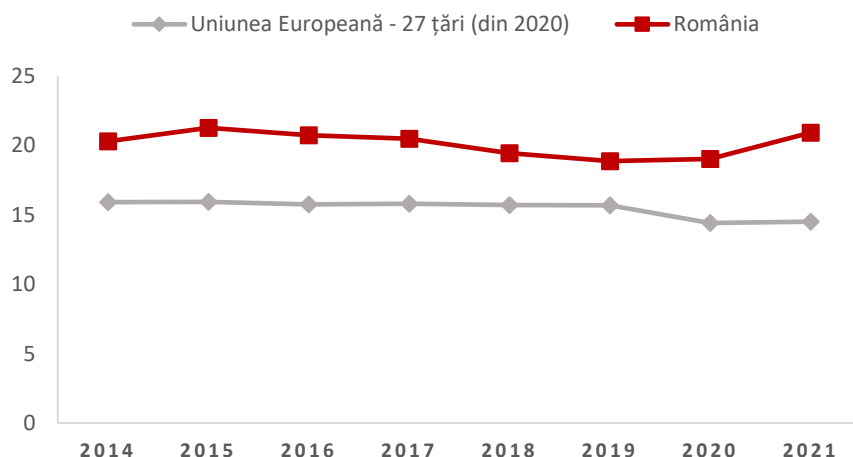


Figura 4: Ponderea procentuală a plății în exces per gospodărie din totalul cheltuielilor curente de sănătate (Sursa: Eurostat, analiza CR)

Pe lângă pachetele de servicii de bază furnizate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, mai există o serie de programe naționale de prevenție și programe curative finanțate direct de Ministerul Sănătății (MS) și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) pentru boli considerate probleme majore de sănătate publică (printre care HIV/SIDA, tuberculoză, unele tipuri de cancer, transplanturi, dializă etc.). Aceste programe sunt aprobate o dată la doi ani prin Hotărâre de Guvern. Oricine are acces la programele naționale de sănătate, inclusiv persoanele neasigurate.

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

⁹ Eurostat, Statistici ale cheltuielilor cu sănătatea, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics#Overview_of_healthcare_financing.2C_functions_and_providers

¹⁰ Idem



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Normele tehnice ale CNAS. Programele curative acoperă tratamentul pentru anumite boli care au un impact major asupra sănătății publice. Fondurile sunt contractate și asigurate din FNUASS prin CNAS și acoperă costurile medicamentelor, consumabilelor medicale, protezelor, dispozitivelor medicale, anumitor proceduri de diagnostic etc. pentru anumite cazuri, sub formă de spitalizare sau asistență în ambulator. Spitalele și alți furnizori sunt selectați pe baza unor criterii tehnice și de capacitate.

Un scurt rezumat în tabelul de mai jos acoperă indicatorii Programelor Naționale de Sănătate în perioada 2020 - 2022:

Tabelul 1. Programele Naționale de Sănătate disponibile în România în perioada 2020-2022

No.	Program	Credite de angajament în 2020 (EUR)	Credite bugetare în 2020 (EUR)	Credite de angajament în 2021 (EUR)	Credite bugetare în 2021 (EUR)	Credite de angajament în 2022 (EUR)	Credite bugetare în 2022 (EUR)
1	Programul național de oncologie	519,470,757	490,290,641	495,269,694	479,599,626	736,221,231	649,048,160
2	Programul național de diabet zaharat	340,857,539	327,155,717	303,119,868	318,615,966	433,387,610	408,891,210
3	Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană	10,713,237	11,377,863	11,141,574	11,141,574	10,459,090	11,397,952
4	Programul național de tratament pentru boli rare*	60,846,582	88,626,985	68,513,535	68,513,535	105,822,975	80,174,592
5	Programul național de tratament al bolilor neurologice*	33,062,786	35,683,252	32,706,284	32,706,284	30,837,473	27,901,247
6	Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei	35,091,480	37,896,074	38,111,739	38,111,739	38,056,372	34,535,131
7	Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile (implant cohlear și proteze auditive)	5,989,746	5,289,151	2,642,062	2,816,031	4,196,897	3,171,043
8	Programul național de boli endocrine	458,746	349,544	450,980	450,980	329,717	314,509
9	Programul național de ortopedie	22,183,540	20,398,325	15,105,276	15,105,276	18,839,096	15,902,667
10	Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice	169,937	50,291	56,093	56,093	73,811	61,442
11	Programul național de boli cardiovasculare	39,582,188	36,734,957	35,769,450	35,769,450	68,156,342	39,649,600
12	Programul național de sănătate mintală	402,100	397,170	446,102	446,102	582,784	560,884
13	Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparatului de imagistică medicală	4,620,744	3,344,386	3,390,375	3,390,375	7,791,950	3,044,510
14	Programul național de suplimentare a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică	234,003,432	249,892,351	254,351,475	254,351,475	276,857,346	248,085,978
15	Programul național de PET-CT	0	0	0	0	10,835,040	4,165,467

Sursă: CNAS, analiză CR

Pentru a concluziona în ceea ce privește prezentarea în linii sumare a aspectelor legate de finanțare pentru spitalele publice din România, figura 5 de mai jos oferă o reprezentare globală și schematică a mecanismului de finanțare a sistemului de sănătate¹¹:

¹¹ Sursă: <https://buletin.de/bucuresti/bugete-explicate/>



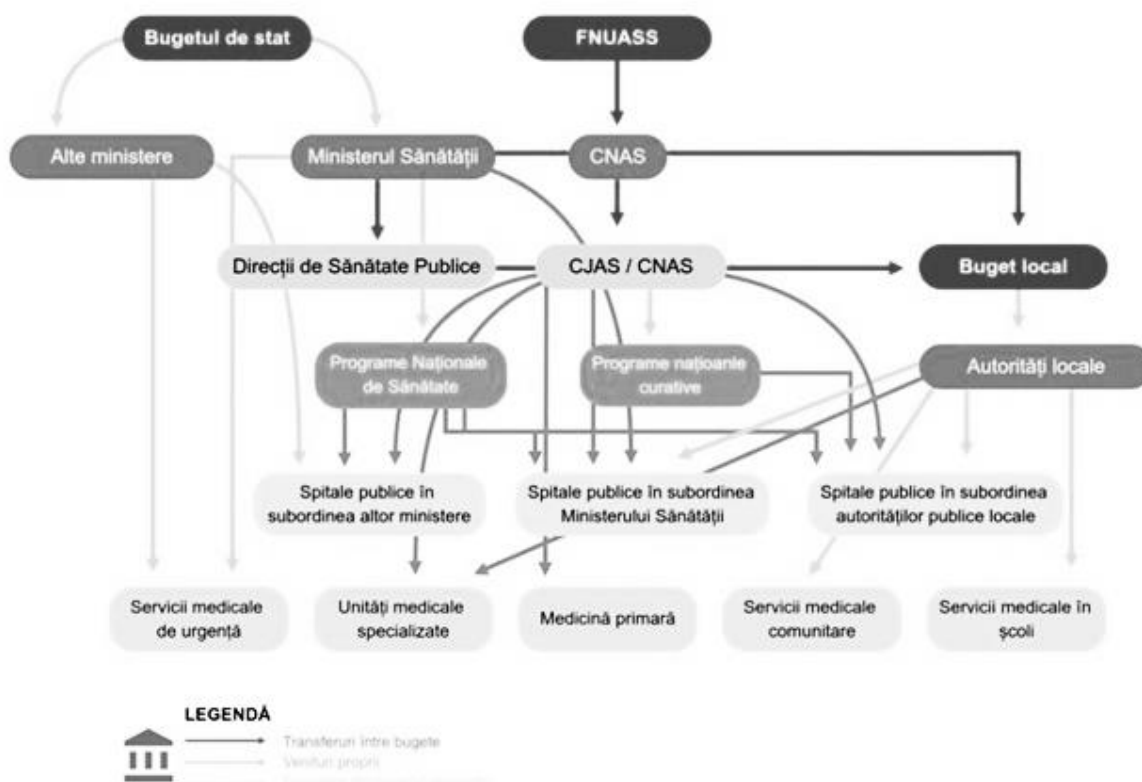
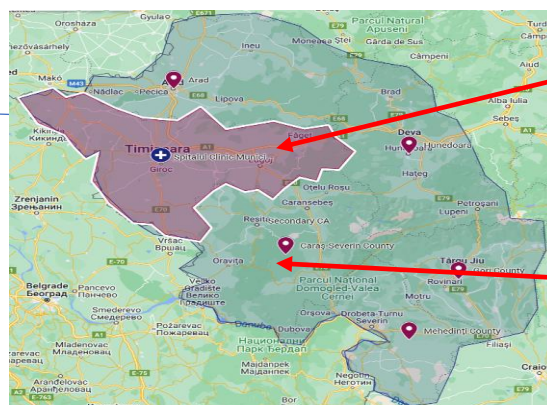


Figura 5: Reprezentare schematică a mecanismului de finanțare a sistemului de sănătate

2.2 Revizuirea situației existente și identificarea decalajelor

Această secțiune definește oferta existentă (publică și privată combinată) de spitale, paturi pentru pacienți internați/îngrijiri de zi (în general și pe secții) și medici disponibili pentru a-i servi pe cei care locuiesc sau vizitează în zona de referință în care se află Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara (SCMUT), adică orașul Timișoara. Conține, de asemenea, o evaluare la primă vedere a decalajelor în oferta actuală de servicii spitalicești din aceeași zonă de acoperire.

2.2.1 Definirea zonei de acoperire pentru SCMUT



Zona de acoperire primară - Timiș

Zone de acoperire secundare - Arad, Hunedoara, Gorj, Mehedinți, and Caraș-Severin



IFC International Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Figura 6: Harta regională care arată zonele de acoperire pentru SCMUT

Zonele de acoperire au fost stabilite pe baza analizei noastre a datelor din lista de spitalizare a SCMUT pentru 2021 și sunt prezentate în figura de mai sus.

În general, pacienții din 41 de județe (și municipiul București) au căutat servicii de internare în spital, dar 97% dintre aceștia erau din Timiș (72%), județul rezident, și alte 5 județe învecinate (25%): Arad, Hunedoara, Caraș Severin, Gorj și Mehedinți. Această distribuție procentuală a rezidenților și a pacienților din județelor învecinate variază în funcție de diferitele secții ale spitalului. Aceasta este analizată în continuare în Tabelul 2 de mai jos.

Medicina muncii, oncologie medicală (chimioterapie), îngrijirea chirurgicală de vârf, hematologia, neonatologia și reabilitarea post-acute au fost secțiile unde au fost admiși cei mai mulți pacienți din județele învecinate.

Tabelul 2. Procent din numărul total de pacienți (26,633) admiși la SCMUT în 2021 per secție și locații

Secție	Pacienți din Timiș	Pacienți din Caraș Severin, Arad, Mehedinți, Hunedoara și Gorj	Total pacienți în SCMUT din aceste 6 județe raportat la numărul de pacienți din total județe din zona de acoperire	Nr. pacienți
Medicina muncii	10%	88%	98%	115
Radioterapie	22%	75%	97%	418
ORL (Implant cohlear)	42%	48%	90%	65
Chirurgie maxilofacială	51%	45%	96%	941
Chirurgie oncologică	56%	40%	96%	1,090
Reumatologie	57%	40%	97%	132
Chirurgie toracică	58%	38%	96%	732
Oncologie medicală	63%	37%	100%	1,033
ORL (General)	59%	35%	94%	1,427
Recuperare, medicină fizică și fizioterapie	64%	35%	99%	410
ORL (pediatrie)	67%	31%	98%	212
Obstetrică și ginecologie 2	67%	30%	97%	2,370
Hematologie	71%	26%	97%	2,559
Terapie intensivă nou născuți (NICU)	72%	24%	96%	719
Obstetrică și ginecologie 4	74%	23%	97%	2,361
Chirurgie generală	76%	20%	96%	1,189
Obstetrică și ginecologie 1	78%	18%	96%	1,690
Neonatologie	81%	17%	98%	3,407
Obstetrică și ginecologie 3	80%	16%	96%	984
Oftalmologie	81%	16%	97%	933
Cardiologie	84%	14%	98%	714
Medicină internă	84%	13%	97%	1,751



IFC | International Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Secție	Pacienți din Timiș	Pacienți din Caraș Severin, Arad, Mehedinți, Hunedoara și Gorj	Total pacienți în SCMUT din aceste 6 județe raportat la numărul de pacienți din total județe din zona de acoperire	Nr. pacienți
Geriatric and Gerontologie	83%	12%	95%	94
Gastroenterologie	86%	11%	97%	612
Dermatovenerologie	87%	10%	97%	675
Toate secțiile	72%	25%	97%	26,633

Sursă: Listă pacienți internați în 2021 (de la municipalitate)

2.2.2 Evaluarea ofertei în zona de acoperire a SCMUT (la nivel regional)

La nivel regional, patru dintre cele șase județe (Timiș, Arad, Caraș-Severin și Hunedoara) din zona de acoperire a SCMUT aparțin regiunii vestice, iar celelalte două (Gorj și Mehedinți) se află în regiunea Sud-Vest Oltenia. România are opt NUTS 2¹², fiecare cu diferențieri vaste din punct de vedere economic, demografic și profil al sănătății. Regiunile Vest și Sud-Vest Oltenia sunt cele cu populațiile cu cea mai mică versus cea mai rapidă scădere, cu rate medii anuale de creștere de -0,9% și, respectiv, -1%.

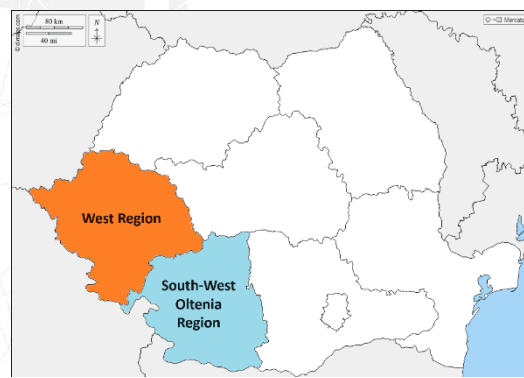


Figura 7: Aria de acoperire a SCMUT (la nivel regional)

Tabelul 3. Populația la nivel regional și declinul demografic, 2021-2022

Regiune	Populație (2022)	Rata medie anuală de creștere a populației (%)
Nord-Est	3 221 819	-0.2
Sud-Muntenia	2 854 809	-0.9
Nord-Vest	2 523 549	-0.3
Sud-Est	2 361 624	-0.7
Centru	2 273 344	-0.4
București-Ilfov	2 268 268	0
Sud-Vest Oltenia	1 869 563	-1
Vest	1 669 479	-0.9

Sursă: Comisia Europeană (2023[11]), Eurostat: Populația la 1 ianuarie per regiune NUTS 2 (demo_r_d2jan), https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/view/demo_r_d2jan

Pe lângă scăderea populației, aceste două regiuni sunt, de asemenea, expuse unui risc ridicat de sărăcie, cu rate de peste 30% în Sud-Vest Oltenia și 20% în regiunea Vest în 2020, comparativ cu București-Ilfov, unde sărăcia afectează doar o mică parte a populației.¹³ În ceea ce privește furnizarea

¹² Nomenclatorul statistic al unităților teritoriale (NUTS)

¹³ Comisia Europeană (2023[13]), Eurostat: Rata riscului de sărăcie pentru regiunile NUTS (ILC_LI41_custom_2484856), https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ILC_LI41_custom_2484856/default/table?lang=en



International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

de servicii de asistență medicală, zona cel mai puțin dezvoltată din perspectiva numărului de spitale și paturi spitalicești este regiunea Vest, cu 60 (9%) spitale și 13,727 (9%) paturi. Indicatorii infrastructurii de sănătate din Sud-Vest Oltenia sunt, de asemenea, în partea inferioară, cu doar 81 (12%) spitale și 14,302 (10%) paturi.

Tabelul 4. Numere de spital, paturi și medici după regiune (2022)

Regiune	Spitale	Paturi	Medici
National	704	145,902	71,293
Nord-Vest	99 (14%)	20,223 (14%)	9,487 (13%)
Centru	80 (11%)	17,882 (12%)	8,308 (12%)
Nord-Est	106 (15%)	22,142 (15%)	9,422 (13%)
Sud-Est	80 (11%)	15,221 (10%)	5,849 (8%)
Sud-Muntenia	79 (11%)	16,206 (11%)	4,840 (7%)
București-Ilfov	119 (17%)	26,199 (18%)	18,154 (25%)
Sud-Vest Oltenia	81 (12%)	14,302 (10%)	6,458 (9%)
Vest	60 (9%)	13,727 (9%)	8,775 (12%)

Sursă: Activitatea rețelei sanitare și de ocrotire a sănătății în anul 2022, Institutul Național de Statistică

2.2.3 Evaluarea ofertei în zona de acoperire a SCMUT (la nivel județean)

Timiș înregistrează cea mai mare proporție a paturilor (36%) dintre județele din zona de acoperire a SCMUT. Cu excepția județului Arad, toate celelalte județe au mai multe spitale cu paturi de spitalizare continuă și de zi.

Tabelul 5. Nr. spitale per județ și tip de spitalizare

Județ	Total Spitale (2022)	Cu spitalizare continuă și de zi	Doar cu spitalizare continuă	Doar cu spitalizare de zi
Timiș	28	14 (50%)	7 (25%)	7 (25%)
Arad	14	5 (36%)	7 (50%)	2 (14%)
Caraș-Severin	6	5 (83%)	1 (17%)	0
Hunedoara	12	10 (83%)	0	2 (17%)
Gorj	11	7 (64%)	3 (27%)	1 (9%)
Mehedinți	7	5 (71%)	0	2 (29%)
Total	78	46 (59%)	18 (23%)	14 (18%)

Sursă: Activitatea rețelei sanitare și de ocrotire a sănătății în anul 2022, Institutul Național de Statistică

În ceea ce privește paturile disponibile, Timiș are cea mai mare proporție (33%) dintre cele 6 județe. În general și în județe, majoritatea paturilor au fost utilizate pentru spitalizări continue și de zi.

Tabelul 6. Nr. paturi per județ și tip de spitalizare

Județ	Total Spitale (2022)	Cu spitalizare continuă și de zi	Doar cu spitalizare continuă	Doar cu spitalizare de zi
Timiș	5,975	4,861 (81%)	1,051 (18%)	63 (1%)
Arad	2,457	1,734 (71%)	712 (29%)	11 (0%)
Caraș-Severin	1,847	1,567 (85%)	280 (15%)	-
Hunedoara	3,448	3,410 (99%)	30 (1%)	8 (0%)



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Județ	Total Spitale (2022)	Cu spitalizare continuă și de zi	Doar cu spitalizare continuă	Doar cu spitalizare de zi
Gorj	2,542	2,275 (89%)	246 (10%)	21 (1%)
Mehedinți	1,638	1,600 (98%)	-	38 (2%)
Total	17,907	15,447 (86%)	2,319 (13%)	141 (1%)

Sursă: Activitatea rețelei sanitare și de ocrotire a sănătății în anul 2022, Institutul Național de Statistică

Toate județele, cu excepția Arad, au mai mult de 7 paturi la 1000 de locuitori, comparabil cu media paturilor din Europa Centrală și de Vest de 5.45 paturi (la 1000 locuitori)¹⁴.

Tabelul 7: Număr paturi la mia de locuitori

Regiune	Populație (2022)	Nr. paturi	Raport paturi la 1000 locuitori
Timiș	652,219	5,975	9.16
Arad	410,267	2,457	5.99
Caraș-Severin	246,314	1,847	7.50
Hunedoara	360,679	3,448	9.56
Gorj	313,023	2,542	8.12
Mehedinți	233,631	1,638	7.01
Total	2,216,133	17,907	8.08

Sursă: Activitatea rețelei sanitare și de ocrotire a sănătății în anul 2022, Institutul Național de Statistică

Timiș înregistrează un grad de disponibilitate al medicilor mai ridicat (de aproape trei ori) decât în alte județe. Raportul populației de medici este mult mai scăzut în alte județe dacă îl comparăm cu raportul mediu pentru țările din Vestul Europei, care este mai mult de 4 medici la 1000 de locuitori.

Tabelul 8. Număr medici

Regiune	Populație (2022)	Nr. doctori	Raport medici la 1000 locuitori
Timiș	652,219	5,849	8.97
Arad	410,267	1,222	2.98
Caraș-Severin	246,314	529	2.15
Hunedoara	360,679	1,175	3.26
Gorj	313,023	814	2.60
Mehedinți	233,631	507	2.17
Total	2,216,133	10,096	4.56

Sursă: Activitatea rețelei sanitare și de ocrotire a sănătății în anul 2022, Institutul Național de Statistică

Disponibilitatea paturilor în funcție de secțiile din aceste județe ne informează cu privire la următoarele:

- Timiș este principalul județ de referință pentru specializări de îngrijire terțiară cum ar fi Oncologie (toate specializările), Gastroenterologie și Chirurgie (Chirurgie toracică, Neurochirurgie, operații ORL de înaltă precizie, Urologie, etc.).
- În celelalte județe, din perspectiva chirurgiei, proporția de paturi pentru obstetrică-ginecologie este mai mare decât cea a altor paturi chirurgicale. În plus, numărul de paturi pentru Pediatrie este ridicat. Acest lucru sugerează că aceste județe oferă în cea mai mare parte servicii de îngrijire

¹⁴ <https://www.statista.com/forecasts/1140637/hospital-bed-density-forecast-in-central-and-western-europe>



International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

secundară, inclusiv servicii de sănătate a reproducerii și a copilului. Astfel, pacienții sunt îndrumați la Timiș pentru toate serviciile de îngrijire de înaltă calitate.



Tabelul 9. Paturi per secții și categorii (acut „A” și cronic „C”)

Secții	Timiș			Arad			Caraș-Severin			Hunedoara			Gorj			Mehedinți		
	T	C	A	T	C	A	T	C	A	T	C	A	T	C	A	T	C	A
Total, din care:	5,602	1,394	4,208	2,352	942	1,410	1,783	337	1,446	3,228	647	2,581	2,333	486	1,847	1,521	377	1,144
Interne, din care:	306	35	271			-			-			-	286		286			-
pneumologie netuberculoasă	15		15			-			-			-	20		20			-
Nefrologie	65		65	15		15	5		5	17		17	13		13	12		12
Boli infecțioase, din care:	175		175	62		62	52		52	119		119	55		55	30	5	25
HIV SIDA	18		18	7		7	5		5	11		11	5		5	5		5
Boli profesionale	20	20	-	25	25	-			-			-			-	5	5	-
Cardiologie	241		241	39		39	105		105	198	10	188	98		98	90		90
Cronici	40	34	6	25	25	-	35	35	-	74	74	-	59	50	9	55	55	-
Dermatologie	50		50	25		25	26		26	33		33	30		30	25		25
Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	82		82	25		25	36		36	34		34	21		21	30		30
Endocrinologie			-	8		8			-	15		15	18		18	5		5
Chirurgie vasculară			-			-			-			-			-			-
Gastroenterologie	95		95	43		43	5		5	55		55	40		40	5		5
Geriatrică și gerontologie	17	7	10			-			-	10	10	-	15	15	-			-
Hematologie	75		75	30		30	20		20	17		17			-	10		10
Medicină generală			-			-			-			-			-			-
Neonatalogie, din care:	165	29	136	85	15	70	53	15	38	77	15	62	51	5	46	45	10	35
Prematuri	29	29	-	15	15	-	15	15	-	15	15	-	5	5	-	10	10	-
Neurologie	165	10	155	54		54	111	26	85	195	10	185	169	12	157	80		80
Oncologie			-	50		50	30		30	89	6	83	46		46	35	10	25
Chirurgie oncologică	50		50			-			-			-			-			-
Pediatrie			-	127		127	141		141			-	205		205	84		84
Recuperare pediatrică	55	55	-			-			-	5	5	-			-			-
pneumologie netuberculoasă	15		15			-			-			-	20		20			-
Pneumologie, din care:	255	131	124	184	123	61	212	166	46	132	47	85	226	160	66	126	81	45
pneumologie TB	131	131	-	123	123	-	183	162	21	48	47	1	121	108	13	81	81	-
Chirurgie toracică	10		10			-			-			-			-			-
Psihiatrie	1,093	854	239	307	240	67	88		88	485	270	215	175	94	81	135	50	85
Recuperare, medicină fizică și fizioterapie	124	124	-	310	310	-	25	25	-	162	162	-	150	150	-	105	105	-
Recuperare neurofiziomotorie			-			-	20	20	-			-			-			-
Reumatologie	29		29	20		20			-	21		21			-			-
Chirurgie, din care:	681		681	177		177			-	320		320	218		218	162		162
chirurgie orală și maxilofacială	40		40	5		5			-	5		5	8		8	2		2

Secții	Timiș			Arad			Caraș-Severin			Hunedoara			Gorj			Mehedinți		
	T	C	A	T	C	A	T	C	A	T	C	A	T	C	A	T	C	A
Neurochirurgie	66		66	12		12			-	23		23	5		5	5		5
Obstetrica-ginecologie	353		353	118		118	118		118	170		170	149		149	95		95
Oftalmologie	73		73	20		20	25		25	42		42	50		50	25		25
ORL	116		116	29		29	28		28	65		65	54		54	20		20
Traumatologie ortopedie	218	6	212	64		64	58		58	115		115	79		79	45		45
Urologie	128		128	34		34	30		30	74		74	41		41	40		40
ATI (anestezie, terapie intensivă), din care:	260		260	76		76	60		60	117		117	80		80	47		47
destinat pacienților cu COVID19	15		15	12		12	8		8	24		24	17		17	6		6
Alte secții	35	15	20	204	204	-			-	23	23	-			-	59	56	3
Interior			-			-	349	50	299			-			-			-
Interne			-	184		184			-	329	15	314			-	146		146
Chirurgie			-			-	151		151			-			-			-

Sursă: Activitatea rețelei sanitare și de ocrotire a sănătății în anul 2022, Institutul Național de Statistică (T = total, A = acuți, C = cronici)



2.2.4 Evaluarea detaliată a ofertei în zona de acoperire primară (județul Timiș)

Pe baza datelor privind structura de paturi aprobate (furnizate de Municipiul Timișoara la solicitarea IFC de furnizare de date), în prezent există 19 spitale în județul Timiș, și anume 15 spitale publice (SCMUT și 14 altele) și 4 spitale private. Cu toate acestea, în plus, mai există încă 4 spitale private cu paturi de internare în județul Timiș, despre care presupunem că nu sunt contractate conform acestui mecanism al paturilor aprobate. În concluzie, în total, sunt 23 de spitale în Timiș (15 spitale publice și 8 spitale private). 15 din cele 23 de spitale sunt localizate chiar în orașul Timișoara. Harta de mai jos arată locațiile tuturor celor 23 de spitale în raport cu orașul Timișoara.

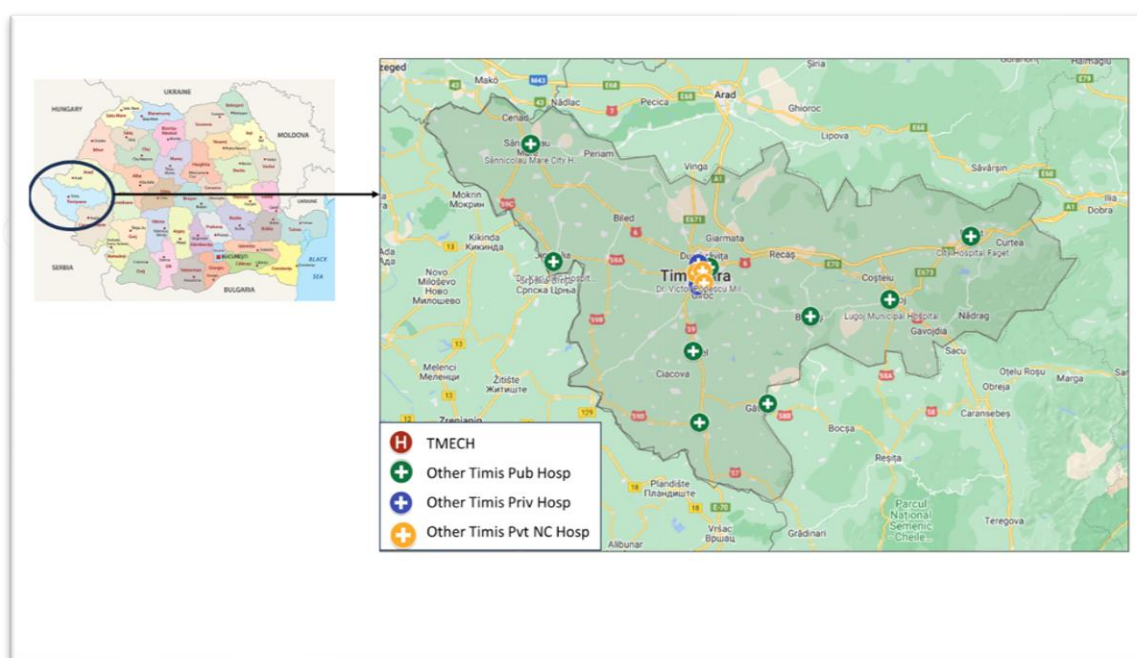


Figura 8: Locațiile celor 23 spitale în raport cu Timișoara

a) Numărul paturilor în județul Timiș

Cele 23 spitale din județul Timiș au un total de 5,602 paturi¹⁵. Din acest număr, MS a aprobat 4,041 paturi pentru 19 spitale, dintre care 3,743 sunt descrise ca paturi contractabile (sau operaționale) pe baza dispozițiilor Planului Național de paturi aprobat de MS (Ordinul ministrului sănătății nr. 539/2019). Important, un pat operațional sau contractat în cadrul schemei de asigurări de sănătate este un pat care primește finanțare publică de la CNAS.

¹⁵ De reținut că, potrivit datelor secundare (paginile web ale spitalelor), a fost identificat un număr de 5,602 paturi disponibile în aceste 23 de spitale (inclusiv SCMUT) care se potrivesc și cu numărul total de paturi în județul Timiș, pe baza informațiilor per secție extrase din raportul Activitatea rețelei sanitare și de ocrotire a sănătății în anul 2022, Institutul Național de Statistică (a se vedea tabelul 9 de mai sus). Acest număr total de paturi includ paturile aprobate/acreditate de MS, care includ la rândul lor paturile contractate pentru care spitalul primește venituri de la CNAS și paturile rămase disponibile pentru alți pacienți (din buzunar, acoperite de alte scheme de asigurare, etc).

Tabelul 10. Detalii privind toate spitalele din județul Timiș

Nr.	Denumire spital	Locație	Pub/Pvt	Nr. total paturi	Nr. paturi aprobate	Nr. paturi contractate
1	Spitalul Militar de Urgență "Dr. Victor Popescu"	Timișoara	Public	175	120	120
2	Spitalul Clinic Căi Ferate Timișoara	Timișoara	Public	212	168	139
3	Spitalul Județean Clinic de Urgență "Pius Brînzeu" Timișoara	Timișoara	Public	1,173	1,114	1,061
4	Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara	Timișoara	Public	1,003	924	831
5	Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "L. Turcanu", Timișoara	Timișoara	Public	501	409	374
6	Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie "Dr. V. Babeș"	Timișoara	Public	295	177	166
7	Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara	Timișoara	Public	181	133	118
8	Spitalul Municipal Lugoj	Lugoj	Public	368	313	298
9	Spitalul Orășenesc Deta	Deta	Public	63	53	49
10	Spitalul "Dr. Karl Diehl" Jimbolia	Jimbolia	Public	125	46	43
11	Spitalul Orășenesc Sănnicolau Mare	Sănnicolau Mare	Public	115	100	90
12	Spitalul Orășenesc Făget	Făget	Public	115	110	101
13	Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsurile de Siguranță Gătaia	Gătaia	Public	445	71	71
14	Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsurile de Siguranță Jebel	Jebel	Public	495	30	30
15	Centrul Medical de Evaluare și Recuperare pentru Copii și Adolescenți "Cristian Șerban" Buziaș	Buziaș	Public	30	30	30
16	Centrul de Oncologie Oncohelp	Timișoara	Privat	106	106	105
17	Centrul Medical Sfântă Maria	Timișoara	Privat	9	9	8
18	Materna Care	Timișoara	Privat	122	92	77
19	Cordis Med SRL	Timișoara	Privat	36	36	32
20	Casa Milostivirii Divine - Centrul de Îngrijire Paliativă de tip Hospice (Federația Caritas a Diocezei Timișoara)	Timișoara	Privat	10	N/A	N/A
21	S.C. Brol Medical Center SRL	Timișoara	Privat	8	N/A	N/A
22	SC CBS Medcom Hospital SRL	Timișoara	Privat	5	N/A	N/A
23	Clinica Jose Silva	Timișoara	Privat	10	N/A	N/A
Total				5,602	4,041	3,743

Sursă: informații furnizate de municipalitate (23 aprilie 2024)

CNAS a încheiat contracte în județul Timiș cu 19 spitale, printre care și SC MUT. Dintre celelalte 18 spitale, 14 sunt publice și 4 private. În restul acestui studiu, vom face referire la aceste 14 spitale publice și la cele 4 spitale private de mai sus (18 în total) ca fiind „Alte spitale din Timiș”.

Tabelul 11 de mai jos oferă o evaluare sumară a tuturor paturilor din județul Timiș. Din punct de vedere al cererii, trebuie remarcat faptul că, în ciuda aprobării de către MS a 4,041 paturi, CNAS a încheiat contracte cu doar 3,743 dintre acestea, reprezentând 93% din paturile aprobate.

Tabelul 11. Evaluare sumară a ofertei de paturi pentru internare în Timiș

Paturi	Număr	Indicatori
Nr. total paturi spital județul Timiș (23 spitale)	5,602	



IFC | International Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Paturi	Număr	Indicatori
Nr. total paturi aprobate de către MS (19 spitale contractate incluzând SCMUT)	4,041	1,561 de paturi mai puțin decât numărul total de paturi de spital din județul Timiș
Paturi operaționale (contractate de CNAS)	3,743	Reprezintă 93% din numărul total de paturi aprobate la cele 19 spitale (298 de paturi mai puțin decât numărul total de paturi aprobate)
Paturi operaționale cronice ¹⁶	949	Reprezintă 25% din paturile operaționale
Paturi operaționale acuți	2,794	Reprezintă 75% din paturile operaționale
- <i>Acuți operaționale – medical</i>	1,526	Reprezintă 41% din paturile operaționale acuți
- <i>Acuți operaționale – chirurgie</i>	1,071	Reprezintă 29% din paturile operaționale acuți
- <i>Acuți operaționale – ambele</i>	196	Reprezintă 5% din paturile operaționale acuți

- Date privind Alte spitale din Timiș

Tabelul 12 de mai jos oferă informații sumare privind numărul de paturi, locația și acoperirea populației în Alte spitale din Timiș (și anume, altele decât SCMUT, ale căror detalii urmează separat), împreună cu observații, dacă este cazul, asupra accesibilității acestora.

Tabelul 12. Detalii privind Alte spitale din Timiș

Nr.	Denumire spital	Locație	Public/Private	Clasificare	Nr. total paturi	Nr. paturi aprobate	Nr. paturi contractate	Nr. cazuri externe	RoP*	Populație în zona de acoperire primară
1	Spitalul Militar de Urgență "Dr. Victor Popescu Timișoara"	Timișoara	Public	II	175	120	120	6,453	79%	250,849
2	Spitalul Universitar CF Timișoara	Timișoara	Public	IV	212	168	139	4,540	43%	250,849
3	Spitalul Județean Clinic de Urgență „Pius Brinzeu” Timișoara	Timișoara	Public	I	1,173	1,114	1,061	45,848	76%	250,849
4	Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „L. Turcanu” Timișoara	Timișoara	Public	I M	501	409	374	17,698	58%	250,849
5	Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie "Dr. V. Babeș"	Timișoara	Public	II M	295	177	166	6,842	88%	250,849
6	Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara	Timișoara	Public	I M	181	133	118	6,743	83%	250,849
7	Spitalul Municipal Lugoj	Lugoj	Public	IV	368	313	298	9,513	56%	35,450
8	Spitalul Orășenesc Deta	Deta	Public	IV	63	53	49	2,463	57%	5,670
9	Spitalul "Dr. Karl Diel" Jimbolia	Jimbolia	Public	IV	125	46	43	2,469	79%	10,179
10	Spitalul Orășenesc Sănnicolau Mare	Sănnicolau Mare	Public	IV	115	100	90	5,112	61%	10,627
11	Spitalul Orășenesc Făget	Făget	Public	IV	115	110	101	3,988	63%	6,595
12	Spitalul de Psihiatrie și Pentru Masuri De Siguranță Gătaia	Gătaia	Public	V	445	71	71	1,412	64%	5,473
13	Spitalul de Psihiatrie și Pentru Masuri de Siguranță Jebel	Jebel	Public	III	495	30	30	490	90%	3,781

¹⁶ De reținut că cele mai recente date privind paturile pe secții/acute/cronic nu au fost disponibile pentru 2024. Au fost folosit datele din 2022 furnizate de către Municipalitate pentru a calcula procentul de paturi acuți (medicale, chirurgicale sau ambele) și paturi cronice din total și aplicarea aceluiași procent pe paturile contractabile/operaționale din județul Timiș pentru anul 2024



Nr.	Denumire spital	Locație	Public/Private	Clasificare	Nr. total paturi	Nr. paturi aprobate	Nr. paturi contractate	Nr. cazuri externe	RoP*	Populație în zona de acoperire primară
14	Centrul Medical de Evaluare și Recuperare pentru Copii și Adolescenți "Cristian Șerban" Buziaș	Buziaș	Public	II M	30	30	30	960	74%	6,834
15	Centrul de Oncologie Oncohelp	Timișoara	Private	II M	106	106	105	5,583	48%	250,849
16	Centrul Medical Sfântă Maria	Timișoara	Private	V	9	9	8	80	6%	250,849
17	Materna Care	Timișoara	Private	III	122	92	77	3,993	41%	250,849
18	Cordis Med SRL	Timișoara	Private	V	36	36	32	1,571	21%	250,849
Total					4,566	3,117	2,912	1,25,758	60%	

Sursă: informații furnizate de municipalitate (23 aprilie 2024)

* RoP – Rată de ocupare a paturilor

- Profilul serviciilor clinice al tuturor paturilor din județul Timiș

Descriem alocarea paturilor pentru diferite secții ca fiind "**Profilul serviciilor clinice**". Acesta prezintă gama de servicii furnizate în cadrul acestor unități sanitare și este un element important de analiză deoarece determină în ce măsură numărul total de paturi îndeplinește cerințele pentru tipurile necesare de servicii de asistență medicală din județ din punct de vedere al distribuției. De exemplu, ar putea exista un număr adecvat de paturi, dar distribuția acestora poate să nu răspundă nevoilor epidemiologice ale locuitorilor din zona de acoperire. Tabelul 13 de mai jos sumarizează profilul serviciilor clinice pentru numărul total de paturi din județul Timiș, alocarea acestora în paturi pentru îngrijirea acută și pentru îngrijirea cronică și distribuția paturilor pentru îngrijire acută în paturi medicale și chirurgicale.

Tabelul 13. Profilul serviciilor clinice pentru numărul total de paturi de spitalizare în Timiș

Secții	Paturi acute			Paturi cronice	Total
	Medical	Chirurgical	Ambele		
Medicină internă	256			35	291
Gastroenterologie	95				95
Cardiologie	241				241
Dermatologie	50				50
Oncologie medicală	259				259
Hematologie	75				75
Geriatrică	10			7	17
Medicina muncii	20				20
Neonatalogie	136				136
ATI nou născuți				29	29
Reumatologie	29				29
Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie				124	124
Pediatrică	210			74	284
Recuperare pediatrică				55	55
Nefrologie	65				65
Boli infecțioase	157				157
HIV/SIDA	18				18
Boli cronice	6			34	40



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Secții	Paturi acuți			Paturi cronici	Total
	Medical	Chirurgical	Ambele		
Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	82				82
Endocrinologie	27				27
Neurologie	155			10	165
Pneumologie	114				114
Pneumologie tuberculoasă				131	131
Pneumologie netuberculoasă	15				15
Psihiatrie	239			854	1,093
Chirurgie generală		641			641
Neurochirurgie		66			66
Traumatologie ortopedie		212		6	218
Chirurgie orală și maxilofacială		40			40
ORL		116			116
Oftalmologie		73			73
Chirurgie oncologică		50			50
Chirurgie toracică		10			10
Obstetrică și ginecologie		353			353
Urologie		128			128
Anestezie și Terapie Intensivă (+ îngrijire critică)			260		260
Altele	20			15	35
Total	2,279	1,689	260	1,374	5,602

Sursă: Activitatea rețelei sanitare și de ocrotire a sănătății în anul 2022, Institutul Național de Statistică

b) Sumar SCMUT

Tabelul 14 de mai jos sumarizează informațiile principale referitoare la SCMUT.

Tabelul 14. Scurtă descriere a SCMUT

Categorie	SCMUT - informații
Descriere generală	- o Categoria II, spital clinic de urgență și cu funcție de predare, cu 14 locații în Timișoara; - o Clinicile oferă o gamă largă de ambulatorii de specialitate (incluzând servicii de ambulatoriu specializate) și tehnologii moderne de diagnosticare; - o Centru activ de cercetare-dezvoltare (C&D), care desfășoară activități de cercetare științifică în colaborare cu Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babes” din Timișoara; - o Utilizare activă a fondurilor Uniunii Europene; - o Furnizare servicii transfrontaliere pentru pacienți din, printre altele, Serbia și Ungaria;
Vechime	Clădiri care datează chiar și din secolul al XVIII-lea (Oftalmologie, 1737) Structură: 25 clinici (secții).
Servicii clinice furnizate	- o Medicină – medicină internă, cardiologie, gastro-intestinal, reumatologie, dermatologie, medicina muncii și geriatrie; - o Oncologie – Oncologie medicală (chemoterapie și radioterapie) și hematologie; - o Chirurgie – Chirurgie generală, neurochirurgie, traumatologie ortopedică, chirurgie orală și maxilofacială, ORL, oftalmologie, chirurgie toracică și chirurgie oncologică; - o Obstetrică – ginecologie și Neonatologie; - o Reabilitare post-acuți – recuperare medicală;



International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Categorie	SCMUT - informații
	○ Îngrijire critică – îngrijire critică, ATI (anestezie și terapie intensivă) și ATI nou născuți; ○ Ambulatorii – oferă servicii în ambulatoriu cu grad ridicat de diversificare, cu proceduri minore efectuate într-o bază de ambulatoriu într-o bază de ambulatoriu răspândită în câteva locații care completează tratamentul principal cu internare și intervenție chirurgicală; ○ Laborator de radiologie și imagistică medicală;
Paturi operaționale	1,010 (966 paturi spitalizare continuă and 44 paturi spitalizare de zi) (coform structurii paturilor aprobate pentru anul 2022)
Rata de ocupare a paturilor (RoP)	65% (conform informațiilor privind spitalizarea / indicele de complexitate a cazurilor (ICM), furnizate de municipalitate în cererea IFC de informații din 2024)
Durata medie de spitalizare (DMS)	6.23 (media DMS raportată în perioada 2017-2019 de către secții)
Number of blocuri operatorii operaționale (BO)	33 (conform informațiilor privind spitalizarea / indicele de complexitate a cazurilor (ICM), furnizate de municipalitate în cererea IFC de informații din 2024)

2.2.5 Situația existentă a Spitalului Clinic Municipal de Urgență Timișoara și identificarea deficiențelor

În plus față de Spitalul Militar de Urgență Victor Popescu din Timișoara (subordonat Ministerului Apărării Naționale) și Spitalul Clinic Căi Ferate din Timișoara (subordonat Ministerului Transporturilor și Infrastructurii), în Timișoara și județul Timiș se află 14 spitale publice și 3 private. Date referitoare la cele 14 clădiri ale SCMUT (denumite „Facilități”, astfel cum se menționează anterior în studiu) privind clasificarea categoriilor existente, numărul de paturi aprobate, numărul de paturi contractate, numărul de externări, rata de ocupare a paturilor, indicele de complexitate al mixului de cazuri per spital și indicele corespunzător per tip de spital la nivel național sunt incluse în altă secțiune.

Această secțiune oferă un scurt rezumat al stării facilităților pe baza vizitelor efectuate la fața locului. Detaliile acestor vizite figurează în Anexa 3 la acest raport. Această secțiune prezintă cazul înființării unui nou spital (greenfield) care să înlocuiască Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara (SCMUT), explicând de ce această opțiune de construcție nouă este una mai bună decât renovarea clădirilor existente. Explică, de asemenea, și motivele pentru care un singur spital cu toate serviciile oferite în mod agregat este o opțiune mai bună decât menținerea aceluiași patern de spitale în locații izolate.

Facilitățile din cadrul SCMUT, un spital din categoria a II-a, constau din 14 clădiri separate care nu sunt amplasate într-un singur campus și care au fost construite în etape diferite. Cele mai multe dintre acestea sunt situate în clădiri datând din secolul XX (anii 1920-1930) și una chiar și în secolul XVIII (Clinica de Oftalmologie, din 1737). Se observă o disparitate între calitatea spațiului și a mediului facilităților între diferitele funcții. Cele mai multe dintre aceste facilități sunt învechite și în stare precară, diferitele funcții fiind împărțite între locații diferite (și nu foarte apropiate). Ginecologia și obstetrica sunt situate în două clădiri diferite, separate de un drum principal (Bulevardul 16 Decembrie 1989). Personalul medical care, prin definiție, lucrează în ambele clădiri, trebuie să traverseze bulevardul de mai multe ori pe zi pentru a asista pacienții din ambele clădiri. Clinica de cardiologie este situată într-o clădire pentru care municipalitatea plătește chirie în prezent unui proprietar privat, contractul de închiriere urmând a expira în doi ani. Înțelegem că proprietarul clădirii intenționează să vândă clădirea după expirarea contractului de închiriere și a notificat municipalitatea cu privire la intenția sa în acest sens. În temeiul contractului de închiriere, municipalitatea are un drept de preempțiune pentru cumpărarea proprietății, dar este puțin probabil ca municipalitatea să facă acest



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

lucru, deoarece evaluarea este excesivă (cu excepția cazului în care clădirea este preluată în scopuri comerciale). Prin urmare, este nevoie urgentă ca departamentul să părăsească incinta.

2.3 Analiza cererii de bunuri și servicii, inclusiv prognoze pe termen mediu și lung privind evoluția cererii, în scopul justificării necesității și dimensionării proiectului de parteneriat public-privat

2.3.1 Introducere

În această subsecțiune este evaluată cererea și diferența dintre cerere și ofertă pentru paturile de spitalizare, acoperind atât paturile pentru îngrijirea de tip acut, cât și cele pentru îngrijirea de tip cronic din cadrul SCMUT.

2.3.2 Paturi pentru îngrijirea de tip acut și cronic – Deficitul cererii și ofertei

Metodologia de derivare a cererii pentru paturile de îngrijire acută și cronică pentru spitalul PPP SCMUT a fost concepută pentru a îndeplini obiectivele acestui mandat, luând în considerare datele disponibile și limitările acestuia.

A fost efectuată o **analiză a cererii bazate pe servicii** („Service-Based Demand analysis”) pentru a evalua încărcătura actuală pacienților internați, aducând eficiență în utilizarea paturilor, prin introducerea a două măsuri de eficacitate denumite „**EM1**” și „**EM2**”, așa cum sunt definite mai jos:

- **EM1:** Adoptarea țintei DMS. Indicele de complexitate a cazurilor utilizat de CNAS („**ICM-MHI**”) oferă referințe naționale per DRG românesc pentru DMS pentru cazurile acute, iar acestea sunt considerate ținte recomandate pe care toate spitalele din România trebuie să le atingă. Acestea au fost utilizate ca ținte pentru Măsura de eficacitate 1 în analiză; și
- **EM2:** Adoptarea țintei ROP. ICM-MHI oferă procente recomandate de referință la nivel național de ROP de referință pentru îngrijiri acute și cronice, care sunt generale pentru toate DRG-urile din România. Acestea au fost folosite ca ținte pentru Măsura de Eficacitate 2 în analiza noastră.

În urma introducerii EM1 și EM2, pentru a răspunde la această sarcină, ajustarea a fost continuată pe baza deficitului general în ceea ce privește nevoia de specialități clinice în zona primară de acoperire și a modelului actual de trimitere la specialitățile selectate în SCMUT din județele din zona secundară de acoperire. Toate etapele și subetapele acestei analize sunt prezentate în figura 9 de mai jos și sunt explicate în detaliu în subsecțiunile ulterioare:



IFC | International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

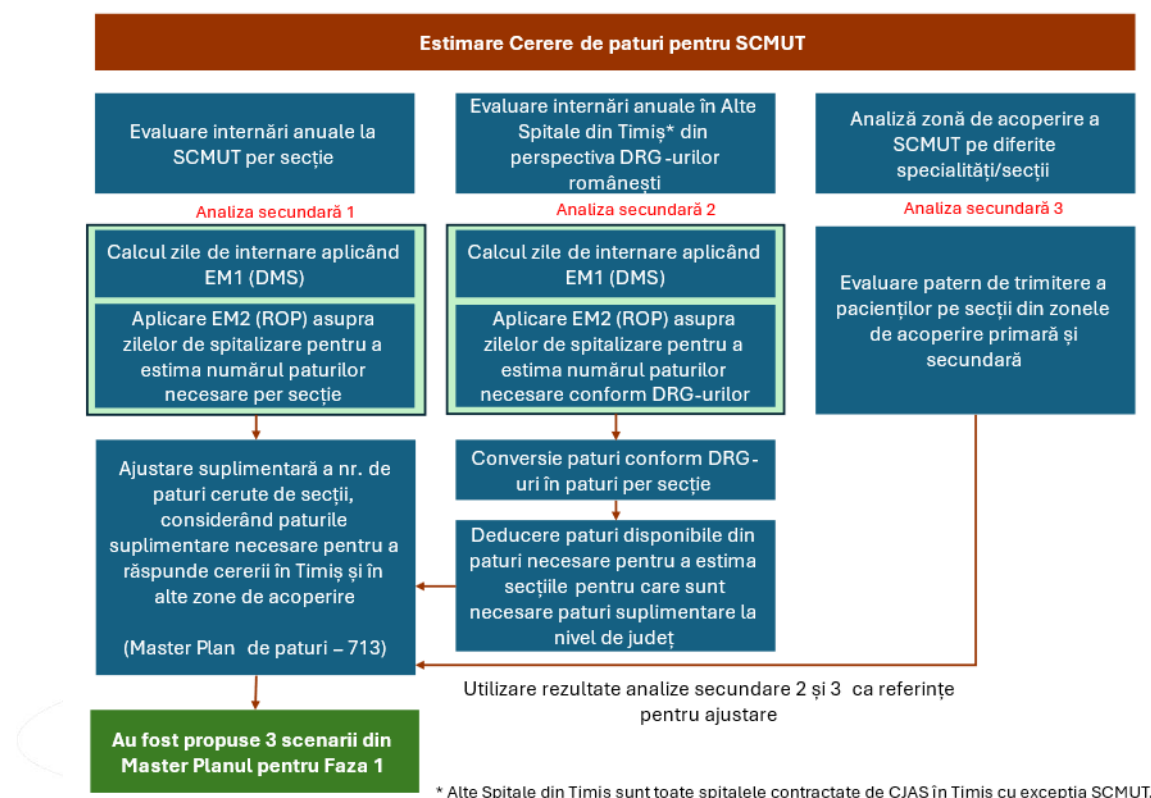


Figura 9: Metodologia de analiză a decalajului dintre cerere și ofertă

Această analiză a fost întocmită în corelare cu trei analize secundare (“sub-analysis”), explicate după cum urmează:

a) Analiza secundară 1: Eficientizarea utilizării paturilor prin măsuri de eficacitate (EM) și calculul numărului paturilor necesare în SCMUT

Punctul de plecare este evaluarea utilizării actuale a paturilor SCMUT în funcție de secție prin utilizarea a două măsurători, și anume rata de ocupare a paturilor (ROP) și durata medie de spitalizare (DMS). Am observat că multe dintre secțiile funcționează sub nivelul optim al ROP, cu DMS foarte ridicat. Chiar și la nivelul SCMUT în general, ROP raportat a fost de aproximativ 65%. *Tabelul 15* de mai jos furnizează detaliile actuale DMS și ROP pe secții pentru SCMUT.

Au fost utilizate două surse de informații pentru a deriva datele actuale DMS pe secții.

- Sursa 1: Date privind spitalizarea pe baza grupelor de diagnostice (DRG), extrase pentru anul 2023 de pe pagina de web oficială a Institutului Național de Management al Serviciilor de Sănătate (www.drg.ro). Din aceste date, a fost extras DMS pentru pacienții acuti și cronici, separat de DRG-



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

urile românești¹⁷. În continuare, aceste DRG-uri românești au fost mapate la DRG-uri ICD-10¹⁸ și apoi la secțiile din SCMUT. Metodologia detaliată pe etape este dată în Anexa 2.

- Sursa 2: Municipality a furnizat în trecut informații DMS per secții pentru perioada 2015-2019. În baza acestora, a fost utilizată o medie pentru perioada 2017-2019 pentru fiecare secție.

Datele ROP pe secții au fost primite de la municipalitate în data de 23 aprilie 2024. În contextul în care datele lipseau pentru o anumită secție, a fost utilizat ROP pentru anul 2019 (raportată în trecut de către municipalitate).

Tabelul 15. DMS și ROP pe secții în SCMUT

Denumire secție	Paturi aprobate (2024)	Paturi spitalizare de zi (2024)	DMS derivat din datele DRG (2023)	DMS raportat (medie pentru 2017-2019)	ROP % raportat (2024)
Medicină internă	55		4.00	5.25	58%
Gastroenterologie	15		4.00	4.68	68%
Cardiologie	43	7	5.31	6.10	55%
Reumatologie	10		5.65	6.03	79%
Dermatologie	50		4.60	7.98	17%
Neonatologie	55		3.01	5.67	70%
Medicina muncii	20		3.85	5.61	50%
Geriatrică	7		5.65	10.31	78%
Oncologie medicală (chemoterapie)	60	9	3.48	4.53	35%
Radioterapie	70	10	3.48	30.25	45%
Hematologie	55		2.34	3.59	76%
Chirurgie generală	43		6.02	4.04	37%
Neurochirurgie	6		4.70	5.89	37%
Traumatologie ortopedie	10		4.95	5.85	64%
Chirurgie orală și maxilofacială	40	2	6.02	3.59	32%
ORL	55	1	3.98	4.09	54%
Oftalmologie	45	1	3.77	3.42	37%
Chirurgie toracică	35		5.80	5.56	32%
Obstetrică și ginecologie I	40	8	4.47	2.83	38%
Obstetrică și ginecologie II	40		4.47	2.66	38%
Obstetrică și ginecologie III	40		4.47	3.00	38%
Obstetrică și ginecologie IV	40		4.47	3.26	38%
Chirurgie oncologică	60		5.26	4.54	39%
Îngrijire critică (CCU)	7		5.31	13.65	64%
Anestezie și Terapie Intensivă	28		4.00	2.23	26%
Anestezie și Terapie Intensivă II	16		4.00	2.44	57%
Anestezie și Terapie Intensivă nou născuți	15		3.01	7.02	86%

¹⁷ DRG este acronimul pentru Diagnosis-Related Group, care este un sistem folosit pentru a clasifica cazurile spitalicești în mixul de cazuri pe care îl furnizează un spital. Acesta este utilizat în mod obișnuit pentru a raporta activitatea pacienților și pentru a determina rambursarea pe baza cazurilor tratate într-un spital (ieșiri/rezultate/„outputs”), spre deosebire de costul resurselor de intrare („inputs”). România și-a dezvoltat propriul sistem DRG (denumit DRG românesc în acest raport); unele dintre tabelele de date au oferit o mapare între DRG românesc și DRG OMS (a se vedea ulterior)

¹⁸ Clasificarea Internațională a Bolilor (ICD) este utilizată pentru clasificarea cauzelor de morbiditate și mortalitate în îngrijirea primară, secundară și terțiară. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a dezvoltat ICD pentru înregistrarea, analiza și interpretarea sistematică a statisticilor de morbiditate și mortalitate, pentru a promova comparabilitatea internațională în clasificarea și prezentarea datelor legate de boli pe întreg globul. ICD-10 a fost publicat în 2019.



International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Denumire secție	Paturi aprobate (2024)	Paturi spitalizare de zi (2024)	DMS derivat din datele DRG (2023)	DMS raportat (medie pentru 2017-2019)	ROP % raportat (2024)
Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie	50	6	8.75	10.43	53%
TOTAL	1,010	44	4.60	6.23	50%

Primul pas în *analiza cererii bazate pe servicii* este de a introduce eficiență în cadrul sistemului în SCMUT pentru a estima numărul de paturi necesare pentru a face față numărului de pacienți internați. În acest sens, au fost folosite referințele naționale privind indicele de complexitate a cazurilor („ICM-Mixed House Index”) pentru DMS și ROP. Acestea sunt considerate țintele recomandate pentru a fi atinse de toate spitalele din România.

Am constatat că obiectivele DMS nu au fost actualizate în ultimii ani. Așadar, ca o a doua referință, a fost analizată și o medie a DMS pentru țările din Europa de Vest per secții¹⁹. În continuare, a fost utilizată cea mai scăzută valoare DMS dintre aceste două puncte de referință ca **Măsura de eficacitate 1 („EM1”)**. În plus, întrucât ICM-MHI nu furnizează o referință pentru DMS pentru îngrijirea cronică, au fost utilizate în schimb criterii internaționale²⁰ de referință DMS recomandate pentru îngrijirea cronică pentru secții precum recuperare, reumatologie etc. care admit doar pacienți pentru îngrijire cronică.

Tabelul 16. Referințe pentru DMS (EM1)

Denumire secție	DMS (referință la nivel național)	DMS (media în Europa de Vest în anii 2019 și 2021)	Valoarea minimă DMS dintre cele două puncte de referință
Medicină internă	4.76	5.50	4.76
Gastroenterologie	4.76	5.50	4.76
Cardiologie	5.96	8.20	5.96
Reumatologie	7.50	6.40	6.40
Dermatologie	4.01	7.10	4.01
Neonatologie	10.53	5.00	5.00
Medicina muncii	3.81	5.70	3.81
Geriatrică	13.95	11.55	11.55
Oncologie medicală (chemoterapie)	4.96	7.50	4.96
Radioterapie	9.13	7.50	7.50
Hematologie	5.10	6.60	5.10
Chirurgie generală	6.07	5.10	5.10
Neurochirurgie	7.25	7.80	7.25
Traumatologie ortopedie	7.89	6.40	6.40
Chirurgie orală și maxilofacială	7.97	5.50	5.50
ORL	5.12	3.20	3.20
Oftalmologie	2.96	2.80	2.80
Chirurgie toracică	6.74	7.30	6.74
Obstetrică și ginecologie I	4.62	3.30	3.30
Obstetrică și ginecologie II	4.62	3.30	3.30

¹⁹ OECD Data Explorer for Healthcare Utilisation ([OECD Data Explorer](#))

²⁰ De exemplu, media țărilor din Europa de Vest pentru 2019 și 2021 ([OECD Data Explorer](#))



International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Denumire secție	DMS (referință la nivel național)	DMS (media în Europa de Vest în anii 2019 și 2021)	Valoarea minimă DMS dintre cele două puncte de referință
Obstetrică și ginecologie III	4.62	3.30	3.30
Obstetrică și ginecologie IV	4.62	3.30	3.30
Chirurgie oncologică	6.82	7.50	6.82
Îngrijire critică (CCU)	10.55	10.55	10.55
Anestezie și Terapie Intensivă	4.76	4.76	4.76
Anestezie și Terapie Intensivă II	4.76	4.76	4.76
Anestezie și Terapie Intensivă nou născuți	3.63	3.63	3.63
Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie	14.00	14.00	14.00

ICM-MHI oferă o referință națională pentru ROP pentru îngrijirea acută și cronică, generală în toate DRG-urile românești. Acesta este 79% (290 de zile) pentru îngrijirea acută și 87% (320 de zile) pentru îngrijirea cronică. Acestea sunt considerate țintele ROP recomandate a fi atinse de către toate spitalele din România. În analiza noastră, acestea au fost utilizate ca ținte pentru măsurile de îmbunătățire a eficienței. Ne referim la aceste ținte ROP ca **Măsura de eficacitate 2 („EM2”)**.

Aplicarea acestor două EM pentru a obține numărul necesar de paturi este detaliată mai jos:

i) **Pasul 1 – Calculul zilelor de internare după aplicarea DMS²¹ EM1 pe numărul de pacienți internați de către fiecare secție**

A fost folosită EM1 pentru a estima pro-rata numărul de zile de spitalizare care ar fi fost utilizate la SCMUT per secție pentru aceeași activitate aferentă internării, presupunând că noul spital PPP va atinge ținta DMS urmărită. Nu am avut numărul actual de date privind internările în funcție de secție pentru SCMUT. Astfel, a fost extrasă valoarea totală anuală a internărilor/zilelor de spitalizare (IP) pentru anul 2023 (n=35,895) pentru SCMUT de pe pagina de web oficială a Institutului Național de Management al Serviciilor de Sănătate (www.drg.ro). Ulterior, aceste date au fost mapate în secțiile individuale în mod proporțional. În trecut²², municipalitatea a furnizat date anuale relaționate pacienților internați pe secții pentru perioada 2017-2019. Astfel, a fost utilizată o medie a acestor date aferente perioadei de trei ani și a fost estimată proporția pacienților internați per secție din total. Am înmulțit apoi această proporție per secție cu numărul total de pacienți internați în anul 2023 pentru a calcula pacienții internați per secție. Ulterior am înmulțit DMS (minimum dintre cele două puncte de referință DMS, după cum s-a explicat mai sus) cu numărul pacienților internați pentru a estima zilele de spitalizare pe secție. Calculul detaliat cu zilele de spitalizare pe secție ca rezultat este prezentat în tabelul de mai jos:

²¹ DMS este un acronim pentru Durata Medie de Spitalizare. Durata este numărul de zile în care un pacient este spitalizat în timp ce primește tratament pentru un anumit DRG. DMS este media pentru o secție sau pentru un spital sau pentru un sistem de sănătate (de obicei evidentă în textul la care se referă această medie)

²² Pentru secția de terapie intensivă (ATI/“ICU”) lipseau datele privind pacienții internați pentru perioada 2017-2019. În consecință, în cazul ATI, s-a aplicat EM2 doar pentru paturile actuale raportate pentru a estima numărul eficient de paturi necesare pentru a obține eficiență.



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Tabelul 17. Aplicare EM1 (ALOS) pentru estimare zile de spitalizare pe secție

Denumire secție	Nr. externări (medie pentru 2017-2019)	% din Total externări	Aplicare % la Total externări raportate (2023) A	DMS (referință națională)	DMS (medie pentru 2019 și 2021, date Europa de Vest)	Considerarea Min DMS dintre cele două puncte de referință B	Estimare zile spitalizare (IP) (C=A*B)
Medicină internă	2,770.33	7%	2,414.81	4.76	5.50	4.76	11,497.18
Gastroenterologie	895.00	2%	780.14	4.76	5.50	4.76	3,714.35
Cardiologie	2,103.67	5%	1,833.70	5.96	8.20	5.96	10,931.29
Reumatologie	370.67	1%	323.10	7.50	6.40	6.40	2,067.83
Dermatologie	1,198.33	3%	1,044.55	4.01	7.10	4.01	4,191.05
Neonatologie	3,289.33	8%	2,867.21	10.53	5.00	5.00	14,336.03
Medicina muncii	560.00	1%	488.13	3.81	5.70	3.81	1,861.74
Geriatrică	212.67	1%	185.37	13.95	11.55	11.55	2,141.08
Oncologie medicală (chemoterapie)	2,584.33	6%	2,252.68	4.96	7.50	4.96	11,162.03
Radioterapie	644.00	2%	561.35	9.13	7.50	7.50	4,210.16
Hematologie	4,180.67	10%	3,644.15	5.10	6.60	5.10	18,579.98
Chirurgie generală	2,451.67	6%	2,137.04	6.07	5.10	5.10	10,898.90
Neurochirurgie	168.67	0%	147.02	7.25	7.80	7.25	1,066.36
Traumatologie ortopedie	383.00	1%	333.85	7.89	6.40	6.40	2,136.63
Chirurgie orală și maxilofacială	1,682.33	4%	1,466.44	7.97	5.50	5.50	8,065.40
ORL	2,017.00	5%	1,758.15	5.12	3.20	3.20	5,626.09
Oftalmologie	1,757.33	4%	1,531.81	2.96	2.80	2.80	4,289.07
Chirurgie toracică	800.67	2%	697.92	6.74	7.30	6.74	4,701.16
Obstetrică și ginecologie I	1,971.33	5%	1,718.35	4.62	3.30	3.30	5,670.55
Obstetrică și ginecologie II	2,828.67	7%	2,465.66	4.62	3.30	3.30	8,136.67
Obstetrică și ginecologie III	1,461.00	4%	1,273.51	4.62	3.30	3.30	4,202.57
Obstetrică și ginecologie IV	2,752.67	7%	2,399.41	4.62	3.30	3.30	7,918.06
Chirurgie oncologică	1,754.67	4%	1,529.49	6.82	7.50	6.82	10,429.19
Îngrijire critică (CCU)	109.33	0%	95.30	10.55	10.55	10.55	1,005.44
Anestezie și Terapie Intensivă	-	0%	-	4.76	4.76	4.76	-
Anestezie și Terapie Intensivă II	-	0%	-	4.76	4.76	4.76	-
Anestezie și Terapie Intensivă nou născuți	616.67	1%	537.53	3.63	3.63	3.63	1,950.63
Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie	1,615.67	4%	1,408.33	14.00	14.00	14.00	19,716.55
TOTAL	41,180	100%	35,895	6.48	6.18	5.66	180,506

ii) Pasul 2 – Calcul număr necesar de paturi după aplicarea ROP²³ EM2 (în plus față de EM1)

S-au aplicat țintele ROP vizate pe zilele de spitalizare estimate în Pasul 1 pentru a calcula numărul de paturi necesare pe secție. Țintele ROP pentru acuti și cronici au fost aplicate separat pentru secțiile

²³ ROP este un acronim pentru Rata de Ocupare a Paturilor, care se calculează împărțind numărul de nopți pe an în care un pat este ocupat la 365. ROP poate fi calculat pentru un DRG, o secție, un spital sau pentru un sistem de sănătate.



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

care admit pacienți acuti și cronici (recuperare, geriatrie și reumatologie). Calculul detaliat per secție este prezentat în Tabelul 18 de mai jos. În consecință, per total, s-a observat o reducere de 37% sau 375 de paturi (1,010 paturi aprobate în prezent minus 635) după aplicarea EM1 și EM2 la nivel de secție.

Tabelul 18. Aplicare EM2 (ROP) pentru a estima numărul de paturi necesare pe secție

Denumire secție	Nr. zile spitalizare (IP) estimate	ROP (referință națională pentru paturi acuti și cronici)	Paturi necesare după ajustările EM1 și EM2
Medicină internă	11,497.18	79%	40
Gastroenterologie	3,714.35	79%	13
Cardiologie	10,931.29	79%	38
Reumatologie	2,067.83	88%	6
Dermatologie	4,191.05	79%	14
Neonatologie	14,336.03	79%	49
Medicina muncii	1,861.74	79%	6
Geriatrie	2,141.08	88%	7
Oncologie medicală (chemoterapie)	11,162.03	79%	38
Radioterapie	4,210.16	79%	15
Hematologie	18,579.98	79%	64
Chirurgie generală	10,898.90	79%	38
Neurochirurgie	1,066.36	79%	4
Traumatologie ortopedie	2,136.63	79%	7
Chirurgie orală și maxilofacială	8,065.40	79%	28
ORL	5,626.09	79%	19
Oftalmologie	4,289.07	79%	15
Chirurgie toracică	4,701.16	79%	16
Obstetrică și ginecologie I	5,670.55	79%	20
Obstetrică și ginecologie II	8,136.67	79%	28
Obstetrică și ginecologie III	4,202.57	79%	14
Obstetrică și ginecologie IV	7,918.06	79%	27
Chirurgie oncologică	10,429.19	79%	36
Îngrijire critică (CCU)	1,005.44	79%	3
Anestezie și Terapie Intensivă (28 paturi) ²⁴	-	79%	9
Anestezie și Terapie Intensivă II (16 paturi)	-	79%	11
Anestezie și Terapie Intensivă nou născuți	1,950.63	79%	7
Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie	19,716.55	88%	62
TOTAL	180,506		635

Rezumatul rezultatelor („outputs”) pe diferite categorii de paturi (inclusiv îngrijirea de zi) este prezentat în Tabelul 19 de mai jos:

²⁴ După cum s-a explicat mai sus cu privire la datele aferente numărului de internări sau zilelor de spitalizare pentru ATI, a fost aplicată EM2 direct pe paturile aprobate raportate în cazul ATI pentru a estima numărul necesar de paturi.



Tabelul 19. Comparația dintre paturile SCMUT disponibile și cele necesare în funcție de secție și categorii generale

Categorie	Sub-categorie	Secție	SCMUT – paturi curente					Paturi necesare conform EM1 și EM2				
			Total	Sub-total	Acut	Cronic	Zi	Total	Sub-total	Acut	Cronic	Zi
Medicină	Medicină internă	Medicină internă	207	55	55			131	40	40	-	-
		Gastroenterologie		15	15				13	13	-	-
		Cardiologie		50	43		7		45	38	-	7
		Reumatologie		10	10				6	-	6	-
		Dermatologie		50	50				14	14	-	-
		Neonatologie		20	20				6	6	-	-
		Medicina muncii		7		7			7	-	7	-
	Oncologie	Oncologie medicală (chemoterapie)	195	60	60			136	47	38	-	9
		Radioterapie		80	70		10		25	15	-	10
		Hematologie		55	55				64	64	-	-
Chirurgie	Adulți	Chirurgie generală	298	43	43			167	38	38	-	-
		Neurochirurgie		6	6				4	4	-	-
		Traumatologie ortopedie		10	10				7	7	-	-
		Chirurgie orală și maxilofacială		42	40		2		30	28	-	2
		ORL		56	55		1		20	19	-	1
		Oftalmologie		46	45		1		16	15	-	1
		Chirurgie toracică		35	35				16	16	-	-
		Chirurgie oncologică		60	60				36	36	-	-

Categorie	Sub-categorie	Secție	SCMUT – paturi curente					Paturi necesare conform EM1 și EM2				
			Total	Sub-total	Acut	Cronic	Zi	Total	Sub-total	Acut	Cronic	Zi
Obstetrică – Ginecologie și Pediatrie		Obstetrică și ginecologie	223	168	160		8	147	97	89		8
		Neonatologie		55	55				49	49		
Îngrijire intensivă		Îngrijire critică (CCU)	75	7	7			30	3	3	-	-
		Anestezie și Terapie Intensivă		44	44				20	20	-	-
		Anestezie și Terapie Intensivă nou născuți		24	15		9		7	7	-	-
Îngrijire post-acuți		Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie	56	56		50	6	68	68	-	62	6
Total			1,054	1,054	953	57	44	679	679	560	75	44

b) Analiză secundară 2: evaluare surplus de activitate staționară la Alte Spitale din Timiș care poate fi absorbit de Noul Spital PPP

În cazul analizei cerere-ofertă pentru Alte spitale din Timiș, au fost aplicate EM1 și EM2 privind datele aferente internărilor pentru 2023 per DRG din România (publicate pe pagina de web oficială a Institutului Național de Management al Serviciilor de Sănătate (www.drg.ro)).

Astfel, au fost extrase numărul de zile de spitalizare și mixul de cazuri, așa cum au fost raportate folosind DRG-urile românești care au fost utilizate în 2023. De asemenea, a fost extras și DMS corespunzător. Aceste date sunt prezentate în Anexa 2. Sunt prezentate per DRG românesc, diferențiat între medicină și chirurgie, pe de o parte, și acut și cronic, pe de altă parte.

Pe scurt, în 2023 au existat 153,338 de internări corespondent unui număr de 1,095,524 de zile de internare în celelalte 18 spitale care acopereau 633 de DRG-uri românești.



i. **Pasul 1 - Calcul zile de spitalizare după aplicarea DMS EM1 la pacienții internați conform DRG-urilor românești**

După cum s-a explicat mai sus, a fost utilizată referința națională per DRG românesc pentru DMS pentru cazuri acute, iar acestea sunt considerate țintele recomandate a fi atinse de către toate spitalele din România. În analiza noastră, acestea au fost utilizate ca ținte pentru măsuri de îmbunătățire a eficienței.

Întrucât ICM-MHI nu oferă o referință pentru DMS pentru îngrijirea cronică, au fost utilizate în schimb criterii internaționale de referință DMS recomandate pentru îngrijirea cronică²⁵. Pentru a utiliza aceste surse de date, au fost mapate DRG-urile românești la DRG-urile ICD-10 publicate de Organizația Mondială a Sănătății („OMS”). Detaliile acestei cartografieri sunt prezentate în Anexa 2.

A fost folosită EM1 pentru a estima pro-rata numărul de zile de spitalizare care ar fi fost utilizate de Alte Spitale din Timiș pentru aceeași activitate aferentă internării, presupunând că acestea vor atinge ținta DMS urmărită. Rezumatul acestei analize bazate pe EM1 este prezentat în *Tabelul 20* în continuare.

Tabelul 20. Analiză bazată pe EM1

Categorie	Zile internare 2023	Zile internare după EM1	% Schimbare
Acut	745,626	882,287	18%
Cronic	349,898	168,087	-52%
Total	1,095,524	1,050,374	-4%

Am făcut următoarele observații:

- Este posibilă reducerea numărului de zile de internare în îngrijirea acută a adulților prin aplicarea DMS recomandate de ICM-MHI;
- Numărul actual de zile de spitalizare pentru îngrijire de tip acută este mai mic decât cel indicat în referința națională, ceea ce reflectă probabil externarea timpurie de către unitățile spitalicești, afectând calitatea tratamentului;
- Pacienții cronici sunt admiși pe o perioadă mai lungă comparativ cu criteriile regionale de referință (Europa de Vest); și
- În general, după aplicarea EM1, numărul zilelor de spitalizare se reduce doar cu 4%.

ii. **Pasul 2 - Stabilirea, pentru Alte Spitale din Timiș, a numărului corespondent de paturi necesare ca urmare a introducerii măsurii de eficacitate ROP (în plus față de EM1)**

ICM-MHI oferă o referință națională pentru ROP pentru îngrijirea acută și cronică, care este generală pentru toate DRG-urile românești. Acestea sunt 79% (290 de zile) pentru îngrijirea acută și 87% (320 de zile) pentru îngrijirea cronică, după cum s-a amintit mai sus. Acestea sunt considerate ținte ROP recomandate a fi atinse de către toate spitalele din România. În analiza noastră, acestea au fost utilizate ca ținte pentru măsurile de îmbunătățire a eficienței. Ne referim la aceste ținte ROP ca Măsura de eficacitate 2 „EM2”.

A fost folosită EM2 pentru a analiza pro-rata (în mod cumulativ cu EM1) numărul de zile de spitalizare care ar fi fost utilizate de Alte Spitale din Timiș pentru aceeași activitate aferentă internării în anul 2023, presupunând că acestea vor atinge ținta ROP urmărită.

²⁵ De exemplu, media țărilor din Europa de Vest pentru 2019 și 2021 ([OECD Data Explorer](#))

Rezumatul acestei analize aferente Pasului 2 este prezentat în *Tabelul 21* în continuare. Pentru Alte Spitale din Timiș, detaliile privind aplicarea analizelor aferente pașilor 1 și 2 per DRG românesc sunt prezentate în Anexele 1 și 2.

Tabelul 21: Numărul paturilor după aplicarea EM1 & EM2

Categorie	Zile internare 2023	Zile internare după EM1 și EM2	% Schimbare
Acut	3,899	3,042	-22%
Cronic	1,325	525	-60%
Total	5,224	3,568	-32%

Observăm că este posibil să fie reduse paturile de internare în general prin aplicarea atât a EM1, cât și a EM2. În cazul Altor Spitale din Timiș, aceasta reprezintă o reducere de la 5,224 la 3,568 de paturi pentru pacienți, respectiv 32%.

Am încercat să analizăm această reducere generală de 32% per secție clinică, pentru a stabili impactul aplicării EM1 și EM2 asupra profilului serviciului clinic al Altor spitale din Timiș. Pentru a face acest lucru, trebuia să asociem DRG-urile românești cu DRG-urile aferente OMS ICD-10 (a se vedea Anexa 2). Schema de mapare dintre cele două există în ICM-MHI, iar în Anexa 2 detaliem metodologia utilizată în acest sens. Maparea ne permite să utilizăm criteriile de referință pentru alocarea paturilor corespondente unui anumit grup patologic pentru secțiile medicale și/sau chirurgicale.

Alocarea paturilor operaționale pe secții după aplicarea EM1 și EM2 (după mapare) este reflectată în *Tabelul 22* în continuare. Trebuie remarcat faptul că variațiile de creștere și reducere a paturilor sunt foarte mari. De exemplu, ar exista o creștere substanțială a numărului de paturi necesare pentru paturile medicale și chirurgicale și o reducere masivă a paturilor pentru psihiatrie și pediatrie. Celulele evidențiate în verde indică subaprovizionarea de paturi acute în diferite departamente, iar cele evidențiate în albastru indică subaprovizionarea de paturi cronice.

Tabelul 22. Estimare decalaj paturi per secție în Alte Spitale din Timiș

Secții	Paturi spitale din Timiș cu excepția SCMUT (A)					Paturi ajustate EM Alte Spitale din Timiș (B)					Decalaj în baza EM (C=B-A)				
	A			C	T	A			C	T	A			C	T
	M	S	B			M	S	B			M	S	B		
Medicină internă	201	-	-	35	236	284			19	303	83	-	-	(16)	67
Gastroenterologie	80	-	-	-	80	139			-	139	59	-	-	-	59
Cardiologie	198	-	-	-	198	128			-	128	(70)	-	-	-	(70)
Dermatologie	-	-	-	-	-	-			-	-	-	-	-	-	-
Oncologie medicală	129	-	-	-	129	112			8	120	(17)	-	-	8	(9)
Hematologie	20	-	-	-	20	138			-	138	118	-	-	-	118
Geriatric	10	-	-	-	10	-			-	-	(10)	-	-	-	(10)
Medicina Muncii	-	-	-	-	-	-			-	-	-	-	-	-	-
Neonatologie	81	-	-	-	81	130			-	130	49	-	-	-	49
Anestezie și Terapie Intensivă nou născuți	(15)	-	-	29	14	12			21	33	27	-	-	(8)	19
Reumatologie	29	-	-	(10)	19	32			28	59	3	-	-	38	40



Secții	Paturi spitale din Timiș cu excepția SCMUT (A)					Paturi ajustate EM Alte Spitale din Timiș (B)					Decalaj în baza EM (C=B-A)				
	A			C	T	A			C	T	A			C	T
	M	S	B			M	S	B			M	S	B		
Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie	-	-	-	74	74	36			86	122	36	-	-	12	48
Pediatrie	210	-	-	74	284	65			51	115	(145)	-	-	(23)	(169)
Recuperare pediatrică	-	-	-	55	55	-			65	65	-	-	-	10	10
Nefrologie	65	-	-	-	65	58			-	58	(7)	-	-	-	(7)
Boli infecțioase	157	-	-	-	157	85			-	85	(72)	-	-	-	(72)
HIV/SIDA	18	-	-	-	18	32			-	32	14	-	-	-	14
Boli cronice	6	-	-	34	40	41			11	52	35	-	-	(23)	12
Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	82	-	-	-	82	56			-	56	(26)	-	-	-	(26)
Endocrinologie	27	-	-	-	27	2			-	2	(25)	-	-	-	(25)
Neurologie	155	-	-	10	165	112			24	136	(43)	-	-	14	(29)
Pneumologie	114	-	-	-	114	99			30	128	(15)	-	-	30	14
Pneumologie netuberculoasă	-	-	-	131	131	-			57	57	-	-	-	(74)	(74)
Nontuberculous pulmonology	15	-	-	-	15	11			-	11	(4)	-	-	-	(4)
Psihiatrie	239	-	-	854	1,093	142			109	251	(97)	-	-	(745)	(842)
Chirurgie generală	-	598	-	-	598		598		-	598	-	0	-	-	0
Neurochirurgie	-	60	-	-	60		43		-	43	-	(17)	-	-	(17)
Traumatologie ortopedie	-	202	-	6	208		143		14	157	-	(59)	-	8	(51)
Chirurgie orală și maxillofacială	-	-	-	-	-		-		-	-	-	-	-	-	-
ORL	-	61	-	-	61		85		-	85	-	24	-	-	24
Oftalmologie	-	28	-	-	28		27		-	27	-	(1)	-	-	(1)
Chirurgie oncologică	-	(10)	-	-	(10)		-		-	-	-	10	-	-	10
Chirurgie toracică	-	(25)	-	-	(25)		-		-	-	-	25	-	-	25
Obstetrică și ginecologie	-	193	-	-	193		185		-	185	-	(8)	-	-	(8)
Urologie	-	128	-	-	128		95		-	95	-	(33)	-	-	(33)
Anestezie și Terapie Intensivă (+ îngrijire critică)	-	-	209	-	209			139	-	139	-	-	(70)	-	(70)
Altele	20	-	-	15	35			15	4	18	(20)	-	15	(11)	(17)
Totaluri	1,841	1,235	209	1,307	4,592	1,713	1,176	154	525	3,568	(128)	(59)	(55)	(782)	(1,024)

Aplicarea EM1 și EM2 pentru Alte spitale din Timiș a avut ca rezultat:

- o scădere a numărului de paturi de îngrijire acută la 3,042 (de la 3,285 de paturi, adică există un excedent de 243 de paturi); și
- o scădere a numărului total de paturi de îngrijire cronică la 525 (de la 1,307 paturi, adică există un excedent de 782 de paturi).

În ciuda excedentului total de 243 de paturi de îngrijire acută, analiza efectuată pe secții arată că există deficit în următoarele secții:

- Hematologie (118)
- Medicină internă (83)



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

- Gastroenterologie (59)
- Neonatologie (49)
- Recuperare (36)
- Boli cronice (35)
- Anestezie și Terapie Intensivă nou născuți (27)
- Chirurgie toracică (25)
- ORL (24)
- Altele (15)
- HIV/SIDA (14)
- Chirurgie oncologică (10)
- Reumatologie (3)
- Pneumologie netuberculoasă (1)

Totodată, în ciuda excedentului total de 782 de paturi de îngrijire cronică, analiza efectuată pe secții arată un deficit în următoarele secții:

- Reumatologie (38)
- Pneumologie (30)
- Neurologie (14)
- Reabilitare și fizioterapie (12)
- Recuperare pediatrică (10)
- Ortopedie (8)
- Oncologie medicală (8)
- Altele (1)

Prin urmare, noul spital PPP își poate spori capacitatea pentru a acoperi deficitul în aceste secții cheie de îngrijire acută și cronică.

c) Analiza secundară 3: Paternul actual de trimitere pe secție din județele învecinate

A se vedea analiza zonei de acoperire de mai sus.

2.4 Obiectivele preconizate a fi atinse de proiectul de parteneriat public-privat/de concesiune

2.4.1 Considerații inițiale

Pentru a îmbunătăți starea infrastructurii de sănătate și furnizarea de servicii aferente în municipiu sunt necesare investiții de capital. Principalele considerații în acest sens sunt:

- Ar trebui municipalitatea să renoveze clădirile existente? Sau ar trebui să aibă în vedere dezvoltarea unei noi facilități/clădiri greenfield?
- În cazul în care urmează să fie o construcție nouă, modelul existent de furnizare ar trebui replicat, ceea ce înseamnă noi facilități/clădiri în mai multe locații? Sau ar trebui să fie avută în vedere furnizarea serviciilor clinice în mod agregat, într-un singur loc?

Aceste două opțiuni sunt abordate mai jos.

a) Renovare versus construcție de la zero (o nouă clădire (greenfield))

Recomandarea noastră este ca municipalitatea să dezvolte o nouă facilitate. Motivul pentru care recomandăm acest lucru este acela că Facilitățile necesită lucrări semnificative de reabilitare și modernizare. Clădirile nu respectă cerințele din reglementările generale și, în unele situații, nu sunt capabile să ofere servicii la standarde acceptabile de tratament medical. Materialele utilizate în clădiri



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

și instalațiile mecanice, electrice și de apă-canal (MEA) sunt de calitate scăzută. La acestea se adaugă și faptul că nu există sisteme mecanice de ventilație, încălzire și aer condiționat (HVAC). Aceasta duce la un consum ridicat de energie.

Coridoarele sunt prea înguste pentru a permite practicile clinice moderne (de exemplu, mutarea liberă și în condiții de siguranță a pacienților); măsurile de prevenire și stingere a incendiilor (PSI) sunt insuficiente, ceea ce poate crea un potențial pericol. În cadrul facilității, legăturile dintre secții (de ex. dintre zonele de primire, diagnosticare și tratament) sunt inadecvate, ceea ce reduce eficiența, sporind cheltuielile operaționale.

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

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

Alte beneficii ale unei construcții noi (greenfield):

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

b) Spital unic, consolidat versus mai multe spitale separate?

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

- Un spital nou construit permite proiectarea unui model de exploatare optim, construcția și exploatarea ca atare încă din primul moment;
- În acest fel, se poate asigura nu doar o operare eficientă, ci și oportunitatea de a putea regândi fluxul de pacienți și o abordare pe întreaga durată de viață a infrastructurii;
- Alte motive care vin în sprijinul ideii de a agrega funcțiile medicale sunt următoarele:
 - Spitalele care oferă servicii consolidate (agregate) permit o mai bună partajare a resurselor, de la serviciile de asistență medicală, cum ar fi imagistică și laboratoare, până la utilizarea flexibilă a personalului medical și de asistență medicală.
 - Exemplele includ utilizarea în comun a personalului medical de gardă cu experiență profesională în curs de formare și extinderea rolului asistentelor medicale în zonele de tratare multidisciplinară a pacienților internați.
 - Infrastructura costisitoare, cum ar fi secțiile ATI și blocurile operatorii, poate fi, de asemenea, utilizată mai flexibil, ceea ce ar duce la o utilizare mai eficientă (și/sau la un număr mai mic de săli de operație pentru început), dar și la o funcționare mai eficientă.
 - Pacienții cu co-morbidități pot beneficia de o îngrijire mai bună.



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

- Multe spații trebuie întreținute, încălzite, etc. Prin urmare, prin agregare (consolidare) toate aceste necesități pot fi îndeplinite într-un mod eficientizat.
- Serviciile-suport, cum ar fi primirea, evidența pacienților, managementul resurselor umane, contabilitatea, suportul IT, etc. devin mult mai costisitoare atunci când nu sunt furnizate în mod centralizat.

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

c) Concluzii privind considerațiile inițiale

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

În plus, recomandăm dezvoltarea unui singur spital consolidat și nu replicarea modelului existent care implică existența mai multor clădiri spitalicești în mai multe locații.

2.4.2 Alte obiective

Un obiectiv cheie al acestui proiect este asigurarea conformității cu cele mai recente linii directoare PPP din România prin realizarea unui studiu cuprinzător de Fezabilitate și Fundamentare. Acest studiu este conceput pentru a efectua evaluarea preliminară a fezabilității tehnice, juridice, comerciale și financiare a proiectului, precum și evaluarea suportabilității și a eficienței sale economice din cadrul PPP. Va fi urmărită și conformitatea cu legislația primară privind PPP pentru studiul de fundamentare și cu legislația secundară relaționată (Hotărârea Guvernului nr. 907/2016 privind etapele de elaborare și conținutul-cadru al documentațiilor tehnico-economice aferente obiectivelor/proiectelor de investiții finanțate din fonduri publice) pentru studiul de fezabilitate. Este esențial ca toate trimerile să fie aliniate în mod corect la acest studiu integrat, în special în temeiul HG nr. 907/2016 (cu modificările ulterioare) și al Ordonanței de urgență nr. 39/2018 (cu modificările ulterioare).

Evaluarea standardelor și a cerințelor pentru proiectarea și construcția clădirilor din domeniul sănătății se va concentra asupra standardelor și cerințelor românești pentru planificarea și proiectarea unităților sanitare. Obiectivul este de a identifica orice cerințe limitative și extrem de prescriptive și de a înțelege decalajele dintre cerințele românești și criteriile de referință internaționale.

Consultantul va propune unele criterii de referință pentru a se asigura că noul spital se aliniază la cele mai bune practici din domeniu.



IFC | International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

2.4.3 Capacitate necesară

Din analiza efectuată în secțiunea 2.3 de mai sus, capacitatea totală este stabilită la 713 de paturi. Un masterplan de paturi pentru Noul Spital Municipal Timișoara („NSMT”) este derivat după cum se arată în *Tabelul 23* în continuare.

Tabelul 23. Masterplan de paturi propus pentru NSMT

Categorie	Sub-categorie	Secție	Paturi curente SCMUT					Paturi necesare conform EM1 and EM2					Paturi finale propuse					Observații
			T ²⁶	ST	A	C	D	T	ST	A	C	D	T	ST	A	C	D	
Medicină	Medicină Internă	Generală	207	55	55			131	40	40	-	-	144	45	45	-	-	EM au redus numărul de paturi de la 55 la 40. Cu toate acestea, având în vedere nevoia suplimentară de 134 de paturi în județul Timiș, propunem în prezent 5 paturi suplimentare în faza inițială și, prin urmare, un total de 45 de paturi.
		Gastroenterologie		15	15				13	13	-	-		15	15	-	-	Cu toate că se înregistrează o scădere de 2 paturi în funcție de EM, menținem același număr ca și capacitatea actuală luând în considerare cererea suplimentară necesară pentru paturile din acest departament la nivel județean
		Cardiologie		50	43		7		45	38	-	7		45	38	-	7	5 paturi au scăzut în funcție de EM; se menține același număr deoarece alte spitale din Timiș și din alte județe pot satisface cererea actuală și imediată
		Reumatologie		10	10				6	-	6	-		6	-	6	-	4 paturi au scăzut în baza EM

²⁶ T = Total, ST= Subtotal, A = Acut, C = Cronic, D = Paturi spitalizare de zi.

Categorie	Sub-categorie	Secție	Paturi curente SCMT					Paturi necesare conform EM1 and EM2					Paturi finale propuse					Observații
			T ²⁶	ST	A	C	D	T	ST	A	C	D	T	ST	A	C	D	
		Dermatologie		50	50				14	14	-	-		14	14	-	-	Tendințele tratamentului pentru secția de dermatologie se schimbă, majoritatea pacienților fiind tratați în ambulatoriu. ROP actual este foarte mic (17%). Prin urmare, se propune o reducere de 36 de paturi în această secție.
		Medicina muncii		20	20				6	6	-	-		12	12	-	-	Deși pe baza EM, necesarul de paturi a scăzut de la 20 la 6, aceasta este secția care primește majoritatea referințelor din județele vecine. Prin urmare, propunem cel puțin 12 paturi cu o reducere pentru a justifica ROP scăzut.
		Geriatric		7		7			7	-	7	-		7	-	7	-	Nicio schimbare în numărul de paturi
	Oncologie	Oncologie medicală (Chemoterapie)	195	60	60			136	47	38	-	9	143	37	28	-	9	Tendințele tratamentelor oncologice medicale se schimbă, majoritatea tratamentelor fiind furnizate în ambulatoriu. Prin urmare, recomandăm mai puține paturi în secție și mai multe scaune speciale pentru a oferi tratament în cadrul ambulatoriu. În plus, pentru persoanele care călătoresc pe



IFC | International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Categorie	Sub-categorie	Secție	Paturi curente SCMT					Paturi necesare conform EM1 and EM2					Paturi finale propuse					Observații
			T ²⁶	ST	A	C	D	T	ST	A	C	D	T	ST	A	C	D	
		Radioterapie oncologică		80	70		10		25	15	-	10		50	40	-	10	distanțe mari pentru tratament, se pot adăuga paturi de spital pentru a menține numărul paturilor medicale disponibile pentru a asigura tratamentul la timp și pentru a reduce astfel lista de așteptare.
		Hematologie		55	55				64	64	-	-		56	56	-	-	Nu există nicio modificare a numărului actual de paturi. Recomandăm luarea în considerare a posibilității extinderii în viitor, având în vedere deficitul cu paturi la nivelul județului Timiș pentru această secție
Chirurgie	Adulți	Chirurgie generală	298	43	43			167	38	38	-	-	170	38	38	-	-	Există o ușoară scădere pe baza EM. În Timiș există o cerere suplimentară de paturi chirurgicale. Prin urmare, dacă ROP se îmbunătățește, mai multe paturi pot fi direcționate în această secție în viitor.
		Neurochirurgie		6	6				4	4	-	-		4	4	-	-	Deoarece acesta este un mare spital de urgență, nu vom reduce numărul aferent de paturi. Propunem menținerea unei capacități aproape identice cu cea actuală, cu o ușoară scădere, în baza EM.
		Traumatologie ortopedie		10	10				7	7	-	-		10	10	-	-	



IFC International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Categorie	Sub-categorie	Secție	Paturi curente SCMT					Paturi necesare conform EM1 and EM2					Paturi finale propuse					Observații
			T ²⁶	ST	A	C	D	T	ST	A	C	D	T	ST	A	C	D	
		Chirurgie orală și maxillofacială		42	40		2		30	28	-	2		30	28	-	2	Scăderea numărului de paturi pe baza EM.
		ORL		56	55		1		20	19	-	1		20	19	-	1	
		Oftalmologie		46	45		1		16	15	-	1		16	15	-	1	
		Chirurgie toracică		35	35				16	16	-	-		16	16	-	-	
		Chirurgie oncologică		60	60				36	36	-	-		36	36	-	-	
Obstetrică, Ginecologie și Pediatrie	Obstetrică și ginecologie		223	168	160		8	147	97	89		8	148	97	89		8	Întrucât urmează să fie deschis un nou spital de maternitate, recomandăm 60 de paturi pentru obstetrică și 29 de paturi pentru ginecologie.
	Neonatologie			55	55				49	49				50	50			Acest spital este un centru de îngrijire terțiară pentru secția de neonatologie. Prin urmare, o ușoară scădere în baza EM.
Terapie intensivă	Îngrijire critică		75	7	7			30	3	3	-	-	42	7	7	-	-	Păstrarea aceluiași număr de paturi având în vedere cerințele de îngrijire critică într-un spital de urgență.
	Anestezie și terapie intensivă			44	44				20	20	-	-		20	20	-	-	Scăderea numărului de paturi din cauza ROP scăzut. Propunem menținerea a 20 de paturi pentru a obține ROP dorit și, mai târziu, în viitor se poate recomanda creșterea numărului de paturi ATI.
	Anestezie și terapie intensivă			24	15		9		7	7	-	-		15	15	-	-	Nicio modificare a numărului de paturi.



IFC International Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Categorie	Sub-categorie	Secție	Paturi curente SCMT					Paturi necesare conform EM1 and EM2					Paturi finale propuse					Observații
			T ²⁶	ST	A	C	D	T	ST	A	C	D	T	ST	A	C	D	
		pentru nou născuți																
Îngrijire post-acută		Recuperare medicală și fizioterapie	56	56		50	6	68	68	-	62	6	66	66	-	60	6	Creșterea ușoară a numărului de paturi deoarece există o cerință suplimentară privind numărul de paturi de recuperare în Timiș și, de asemenea, o treime din numărul total de pacienți din județele învecinate care sunt admiși pentru îngrijire de acest tip în spital. Prin urmare, recomandăm o unitate de 60 de paturi pentru reabilitare post-acută.
Total			1,054	1,054	953	57	44	679	679	560	75	44	713	713	596	73	44	



2.4.4 Strategia de etapizare

Cele de mai sus constituie capacitatea NSMT, care ar trebui să înlocuiască toate facilitățile SCMUT. Deși acest lucru este de dorit, astfel cum se explică la punctul 2.4.1 de mai sus, este nevoie de o capacitate fiscală care ar putea să nu fie disponibilă în prezent. Prin urmare, am elaborat o strategie de etapizare (abordare treptată) pentru NSMT, unde ar exista o primă etapă („Faza 1”) care să deservească aproximativ 50% din capacitatea totală și apoi Faza 2 aferentă restului capacității. Desigur, sunt posibile și alte opțiuni de etapizare, iar acestea pot fi evaluate în cursul elaborării studiului de fezabilitate, odată ce vom avea o perspectivă mai detaliată asupra capacității fiscale a MT în următorii ani. Scenariile sunt elaborate în secțiunea 3.2.1.

Calendarul și domeniul de aplicare al Fazei 2 ar fi determinate inițial de scenariul ales pentru Faza 1 și, în al doilea rând, de disponibilitatea finanțării atât pentru Faza 1, cât și pentru Faza 2. O posibilitate este de a investi în construirea infrastructurii fizice („shell and core”) pentru întreaga capacitate și de a întârzia instalarea sistemelor și rețelelor, a instalațiilor mecanice, electrice și de canalizare, a mobilierului și a echipamentelor până într-o etapă ulterioară. În toate cazurile, propunem menținerea clinicilor specializate din ambulatoriu în locația lor actuală, deoarece acest lucru le permite pacienților să participe la consultări minore și să urmărească mai bine condițiile cronice. Acest lucru va completa centrul de îngrijire ambulatorie de la NTMH, creând un ghișeu unic pentru serviciile de internare și de îngrijire ambulatorie la noua locație. Reabilitarea și paturile de îngrijire pe termen lung ar rămâne în centre modernizate din centrul orașului și se poate face loc pentru extinderea serviciilor, care ar putea fi necesare în timp cu populația în curs de îmbătrânire. În același timp, este recomandată includerea unei facilități intermediare, de tranziție („step-down”) în cadrul NTMH pentru a asigura un traseu complet de recuperare a pacienților și pentru a permite o gestionare mai eficientă a paturilor de acuity.

Este probabil ca Faza 2 să fie mai economică pentru municipalitate decât Faza 1 (sub rezerva succesului Fazei 1, desigur). Acest lucru va face ca investitorii să fie mai competitivi și există o economie de replicare aferentă reutilizării documentelor și proceselor de atribuire. În plus, costul operării va fi mai mic, întrucât vor exista economisiri pe scară largă (a se vedea, de exemplu, raportul mai mic dintre numărul de angajați per pat în secțiunea 3.7.3).

3. Identificarea și prezentarea posibilelor opțiuni/scenarii tehnice și economice pentru punerea în aplicare a parteneriatului public-privat/proiectului de concesiune

3.1 Particularități amplasament

Această secțiune conține descrierea amplasamentului alocat pentru construcția noului spital.

3.1.1 Descriere amplasament

a) Locație amplasament

Municipiul Timișoara a identificat un potențial amplasament (greenfield) pentru Noul Spital Municipal de urgență din nordul Timișoarei, situat la periferia orașului, adiacent unui „drum A” principal, la 4,3 km de centrul orașului.



Figura 10: Vedere aeriană a orașului Timișoara



IFC | International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists



Figura 11: Timișoara Nord și locația desemnată a NSMT

b) Topografie site

Situl are o formă aproximativ triunghiulară și, în majoritatea zonelor, este în general plat, cu solul înclinat ușor spre sud-vest. Cota aproximativă a sitului este în intervalul 87-88 m deasupra nivelului mării. Imaginea următoare afișează contururile și secțiunile care ilustrează caracteristicile topografice ale site-ului. Informații mai detaliate au fost incluse în anexa 5 (Caracteristici topografice).

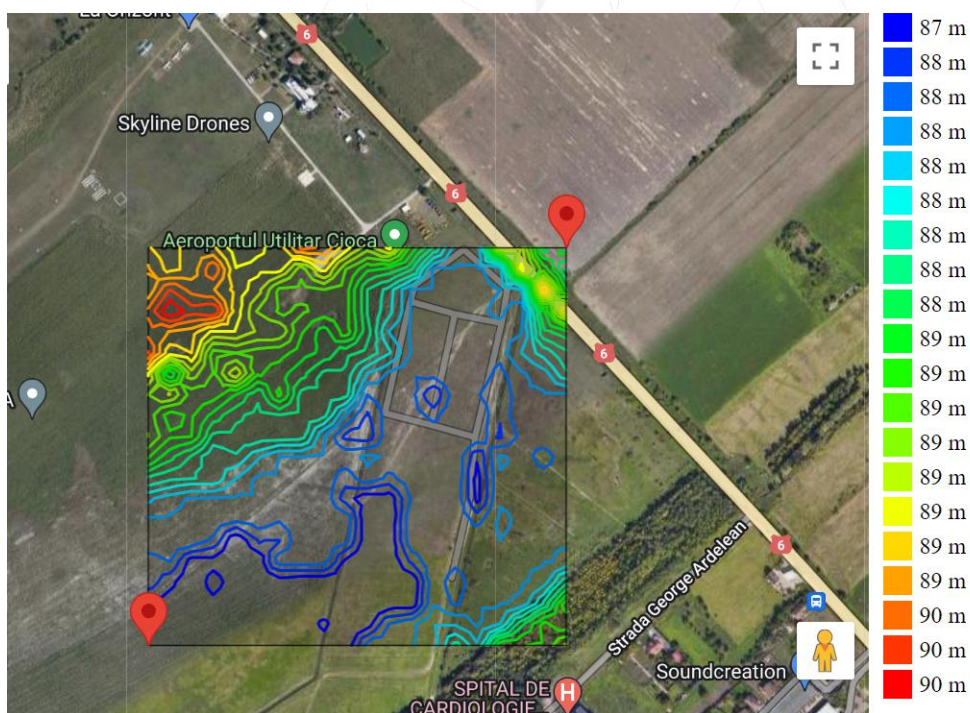


Figura 12: Hartă care reflectă topografia parcelei desemnate pentru dezvoltarea NSMT



IFC | International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP



c) Zonificare funcțională și documentații de planificare urbană

Municipiul Timișoara are în curs de finalizare o strategie de dezvoltare urbană durabilă pentru zona de nord a Timișoarei, care acoperă aproximativ 1,130 de hectare. Este o zonă suburbană cu un număr mic de clădiri răspândite, în principal rezidențiale, unele construcții comerciale, un campus universitar și un aeroport de aviație civilă. Zona este bine integrată în infrastructura rutieră majoră a Timișoarei. Se consideră că zona are un potențial economic și de dezvoltare ridicat, dar îi lipsește o viziune holistică pentru viitor. Prin urmare, orașul Timișoara s-a angajat în procesul de planificare urbană pentru întreaga zonă pentru a gestiona creșterea și extinderea viitoare și, în același timp, pentru a asigura sustenabilitatea mediului.

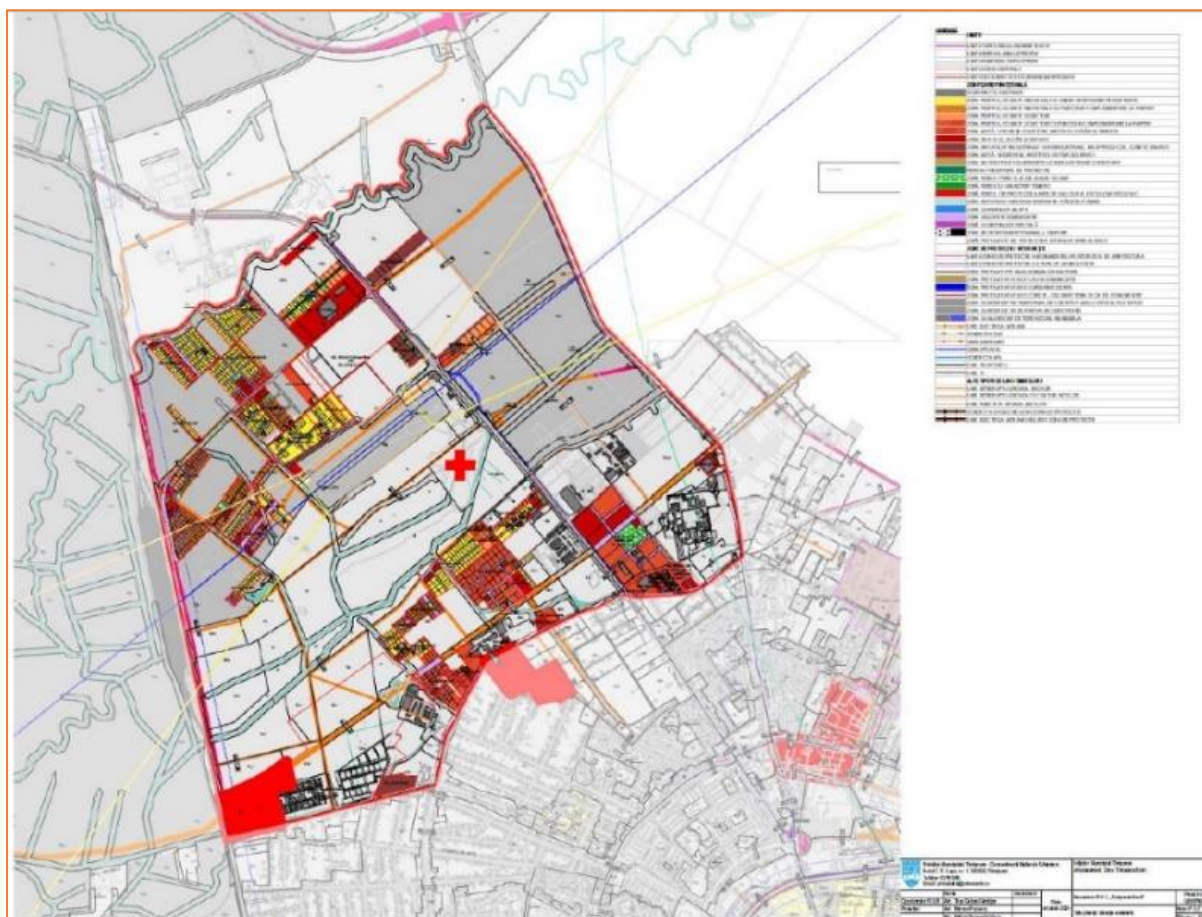


Figura 13: Planuri de dezvoltare urbană pentru dezvoltarea Timișoara Nord

Planul strategic preliminar de zonare pentru Timișoara Nord vizează:

- împărțirea zonei pentru a facilita diferitele funcții-cheie și asigurarea funcțiilor complementare;
- crearea de zone publice: noi centre de cartier, educaționale, de agrement și sportive pentru a răspunde nevoilor și obiectivelor comunității;
- extinderea și crearea de noi zone albastre și verzi pentru recreere și promovarea protecției mediului.
- asigurarea zonării pentru NSMT.²⁷

²⁷ Furnizate de Municipiul Timișoara (9 mai 2024)



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

- Înălțimea maximă (m): 43
- Revenire minimă de 6 m de la aliniament.
- Zona tampon verde până la Calea Torontalului.
- Coridorul albastru-verde către est – aproximativ 15 m înapoi.

d) Proprietate teren

Municipalitatea a confirmat faptul că terenul este deținut integral de municipalitate și, ca atare, nu va fi necesară achiziționarea de terenuri ca parte a proiectului. Această parcelă este înregistrată în registrul funciar cu numărul cadastral 50.272. Extrasul cadastral a fost inclus în anexa 6 (Proprietatea funciară) a acestui studiu.

Pe baza acestor informații disponibile în acest stadiu, parcela este deținută de municipalitate, care deține un titlu negrevat asupra terenului. Analiza juridică amănunțită a amplasamentului va fi întocmită în cadrul pregătirii studiului de fezabilitate și de fundamentare a proiectului.

3.1.2 Relațiile cu zonele învecinate, accesul existent și/sau căile de acces potențiale, dacă aceste informații sunt disponibile în acest stadiu

a) Relația cu zonele învecinate - zone adiacente

Cele mai multe dintre parcelele învecinate ale noului amplasament al spitalului sunt zone verzi nedezvoltate, cu câteva clădiri mici situate în apropierea DN 6 (de-a lungul drumului (DN 6) deținut de aeroportul de utilitate publică care se învecinează cu situl). Peste drum de sit se află un campus al Universității de Științe Vieții, înconjurat de zone rezidențiale. Cele mai multe dintre parcelele din apropiere sunt terenuri agricole.

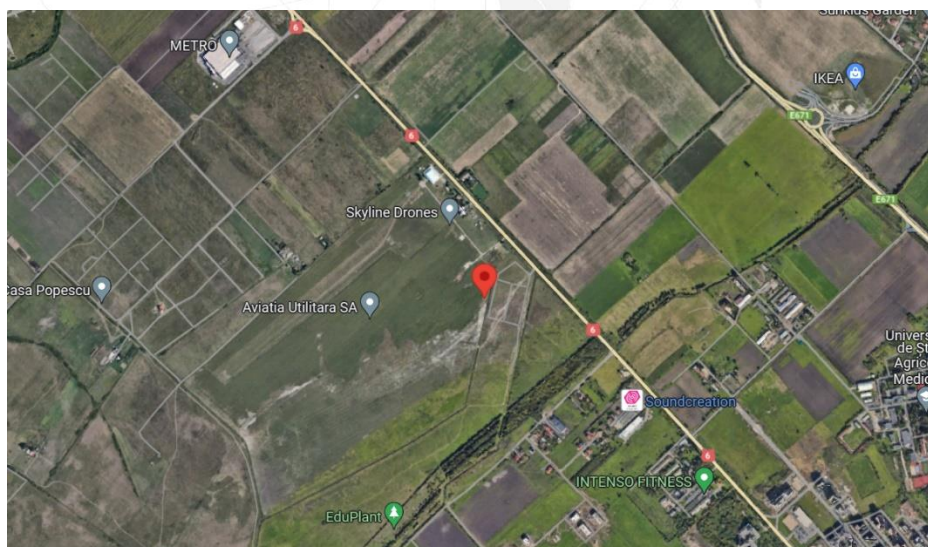


Figura 16: Vedere aeriană a amplasamentului

b) Acces

În prezent, situl poate fi accesat dinspre Sânnicolau Mare (Drumul Național nr. 6 - DN6), având o zonă de protecție de 50 m. Situl este traversat de mai multe drumuri neasfaltate neoficiale. Unul dintre ele traversează situl de la punctul de acces de la DN6 în colțul sud-estic al sitului până la sud-vest. Cel de-al doilea drum se întinde de-a lungul limitei estice a sitului, traversându-l de la nord la sud-est.



IFC | International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists



Figura 17: Drum intern neasfaltat în interiorul limitelor sitului

În ceea ce privește accesul la amplasament de la DN6, acesta se face în zona de parcare informală de lângă acesta și în secțiunile de nord ale drumurilor.



Figura 18: Vedere aeriană a site-ului și a accesului la acesta.

Municipiul Timișoara (MT) revizuieste și planifică viitoarele drumuri și rețele de transport public pentru a conecta amplasamentul la infrastructura sa existentă și pentru a facilita viitoarele nevoi de transport ale spitalului și noile dezvoltări rezidențiale și comerciale în Timișoara Nord.

MT a furnizat o prezentare generală a căilor de acces la viitorul spital, astfel cum se reflectă în harta de mai jos:



IFC | International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

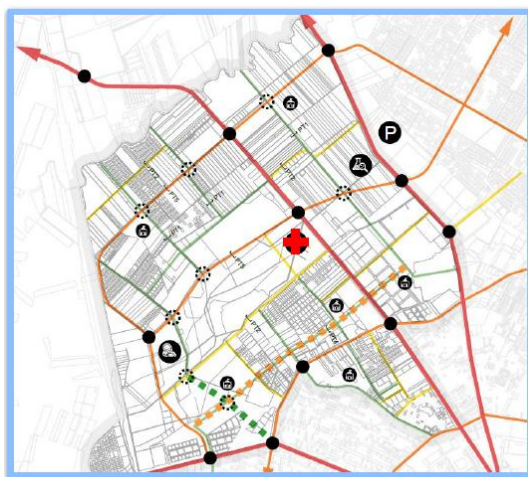


Figura 19: Rețeaua de străzi planificată pentru Timișoara Nord și noul amplasament spitalicesc²⁸

3.1.3 Orientări propuse față de punctele cardinale și punctele de interes naturale sau construite, dacă astfel de informații sunt disponibile în această etapă

Situl se află într-o zonă predominant agricolă din suburbiile Timișoarei; aproximativ patru kilometri și 8 minute de mers cu mașina față de centrul orașului Timișoara (coordonate site: 45°47'11,0"N 21°11'46,7"E).

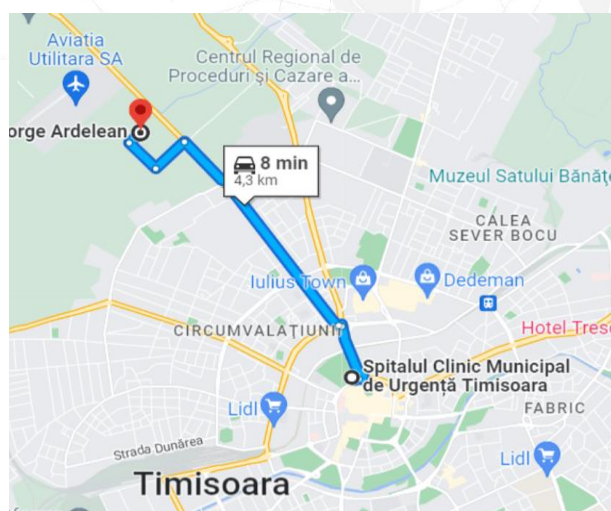


Figura 20: Google Map Reflectând distanța dintre Timișoara și parcela desemnată pentru NSMT

3.1.4 Adiacențe

La nord-vest de amplasament se află Aeroportul Utilitar din Timișoara (Aerodromul Cioca), care a găzduit și Flight Festival (inclusiv o zonă de depozitare în vrac) (adiacentă) și instalațiile de pe aerodrom situate dincolo de acesta, cu o pistă de iarbă de 330 m, la aproximativ 70 m de amplasament. Aeroportul este folosit de proprietarii de aeronave de mici dimensiuni pentru zboruri de agrement, precum și de aeronave utilitare care stropesc câmpurile cu îngrășămintă și insecticide. Spre nord-est, situl se învecinează cu DN6 - drumul principal de categoria A - care conectează amplasamentul cu centrul orașului și orașele învecinate, cu un teren nedezvoltat dincolo de acesta, situat la aproximativ 40 m de sit.

²⁸ Furnizate de Municipiul Timișoara (9 mai 2024)



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

La est, se poate găsi un canal de drenare (adiacent), cu terenuri neamenajate deținute de Agenția Națională de Îmbunătățiri Funciare (ANIF). La est de sit, există un teren neamenajat deținut de Ministerul Apărării. Cea mai apropiată zonă rezidențială (Strada George Ardelean) este situată la aproximativ 300 m est de sit.

3.1.5 Surse locale de poluare, dacă aceste informații sunt disponibile la acest stadiu

Principalele surse de poluare²⁹ din orașul Timișoara și din suburbii sunt următoarele:

- zonele industriale;
- zonele locuite dens populate;
- circulația vehiculelor;
- șantiere de construcții;
- centrale termoelectrice;
- arderi ilegale;
- deșeuri menajere (anvelope uzate, materiale plastice);
- salubritate defectuoasă; și
- eliminarea necorespunzătoare a deșeurilor industriale menajere.

Măsurile comune întreprinse la nivel regional și municipal vor contribui la contracararea efectelor poluării aerului și ale contaminării apei. Municipality cunoaște foarte bine această problemă și planifică soluții pentru zona de nord a Timișoarei și pentru noul amplasament al spitalului, în vederea contracarării la nivel local a emisiilor periculoase și a schimbărilor climatice negative (exemple descrise în secțiunea 3.3 *Chestiuni de mediu și sociale*).

3.1.6 Date climatice și particularități de relief, în cazul în care aceste informații sunt disponibile în acest stadiu

Clima³⁰ este caldă și temperaturile din Timișoara sunt moderate. Nivelurile de precipitații din orașul Timișoara sunt notabile, deoarece există o cantitate considerabilă de precipitații chiar și în timpul lunilor care, în mod normal, se confruntă cu condiții meteorologice uscate. Orașul Timișoara este clasificat drept Cfa, de Köppen și Geiger³¹: un climat marin cu veri calde și ierni răcoroase, dar nu reci. Temperatura medie anuală în Timișoara este de 11,1°C, în iulie fiind luna cea mai caldă, cu o temperatură medie de 21,7°C și cea mai mare medie la 27,8 °C. Luna cea mai rece este luna ianuarie, cu o temperatură medie de -1,7°C, cu cea mai mică medie de 4,8°C. În ultimii 30 de ani au fost înregistrate 40 de zile de temperatură +35°C în perioada dintre lunile mai și septembrie și în jur de 70 de zile de îngheț între lunile noiembrie și luna aprilie.

În fiecare lună, în Timișoara se înregistrează precipitații, numărul minim de zile uscate fiind raportat în medie în ultimii 30 de ani în lunile mai și iunie. Nivelurile de precipitații cad rareori în intervalul 20-50 mm. Vânturile mai puternice, mai mult de 50 km/h, sunt de obicei prezente în lunile de iarnă și în luna martie. În Anexa 4 (Principalele caracteristici climatice pentru Timișoara) au fost incluse grafice detaliate care prezintă mediile lunare pentru fiecare dintre caracteristicile climatice.

²⁹ https://www.hlnr.org/img/violation/Rotaru_Landlines_Romania.pdf

³⁰ Simularea datelor istorice privind clima și condițiile meteorologice pentru Timișoara, județul Timiș, România. meteoblue, mai 2024

³¹ Cfa = Clima subtropicală umedă; luna cea mai rece, în medie peste 0°C sau -3 °C; temperatura medie pentru cel puțin o lună peste 22 °C și cel puțin patru luni cu o medie peste 10°C; nu există diferențe semnificative de precipitații între anotimpuri; fără luni uscate vara;



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Schimbările climatice globale sunt vizibile prin creșterea temperaturilor aerului, topirea ghețarilor și reducerea calotelor polare, creșterea nivelului mării, creșterea gradului de deșertificare, precum și prin evenimente meteorologice extreme mai frecvente, cum ar fi valurile de căldură, secetă, inundații și furtuni. România a fost supusă creșterii temperaturilor și creșterii anomaliilor meteorologice, care trebuie luate în considerare în planificarea și construcția infrastructurii critice esențiale, cum sunt spitalele.

Timișoara se confruntă cu o schimbare a temperaturilor medii, numărul de zile reci fiind în scădere. Numărul de zile cu o temperatură medie de 26,9°C va crește de la 3 zile raportat în prezent, la 10 până în 2035, la 21 până în 2065 și va ajunge la 30 de zile anual până în 2090, în timp ce numărul de zile cu o temperatură medie de - 0,2 °C va scădea de la 70 zile raportat în prezent, la 57 până în 2035, la 52 până în 2065 și la 47 de zile pe an până în anul 2090.

Previziunile pe termen scurt și mediu privind schimbările climatice pentru Timișoara și cerințele de reglementare referitoare la aplicarea soluțiilor eficiente din punct de vedere energetic și a soluțiilor net zero vor avea un impact asupra soluțiilor adoptate pentru zonele exterioare, pentru clădiri și servicii și vor avea ca scop reducerea la minimum a impactului negativ asupra mediului (în secțiunea 3.2 sunt incluse mai multe detalii privind soluțiile eficiente din punct de vedere energetic).

3.1.7 Existența

a) rețelelor de utilități de pe amplasament care ar necesita relocalizare/protecție, în măsura în care acestea pot fi identificate

În cazul **utilităților publice**, în cursul vizitelor la fața locului în 2022 și în luna mai 2024 și în ceea ce privește datele furnizate de municipalitate cu privire la utilitățile publice, au fost stabilite următoarele:

- **Sistemul de canalizare** - descărcare presupusă a fi de 500 mm de-a lungul drumului național (DN6).
- **Conducta de alimentare cu apă** – conectează situl la conducta de apă existentă de 400 mm de-a lungul drumului național (DN6). Sunt necesare informații privind diametrul și capacitatea conductei conectorului de alimentare al spitalului. Sarcina principală de 400 mm ar trebui recalculată ținând cont de cantitatea suplimentară de apă necesară spitalului. Trebuie luată în considerare și sursa de rezervă a apei potabile (posibil un puț la fața locului).
- **Sistemul apei pluviale** – se presupune că evacuarea se face în canalul de drenaj existent (de-a lungul sitului) prin intermediul bazinului de retenție a apei de furtună - „rețea subterană” (conductă subterană) care traversează amplasamentul pe sub și apoi de-a lungul drumului național (DN6). Se presupune că sistemul subteran de apă pluvială transferă și evacuează apa de pe viitorul amplasament al spitalului în șanțul existent de pe partea opusă a DN6. În caz afirmativ, capacitatea șanțului respectiv trebuie recalculată/verificată, având în vedere cantitatea suplimentară de apă pe care o va produce zona pavată/sigilată a amplasamentului spitalului.
- **Alimentarea cu energie electrică** – capacitatea disponibilă viitoare nu a fost confirmată în acest stadiu. 3 surse independente ar trebui să fie luate în considerare, cu instalație de comutare automată: două surse electrice de intrare de tensiune medie (15 kV) - ambele dimensionate pentru 100% din necesarul de electricitate al spitalului. Generatorul de rezervă pentru situații de urgență de joasă tensiune (0,4 kV) trebuie dimensionat pentru a furniza 70% din necesarul de electricitate al spitalului. Există două linii electrice de înaltă tensiune cu tensiune de 110 kV. Dreptul de Trecere (RoW) al liniei este situat de-a lungul limitei sudice a amplasamentului (adiacent). Această problemă a fost discutată cu reprezentanții orașului Timișoara, care au exclus posibilele restricții de reglementare și construcție din cauza proximității acestei linii (analiza de mediu, secțiunea 3.3).
- **Încălzire** – conform informațiile comunicate de reprezentanții municipalității în data de 9 mai 2024 cu privire la sursele de încălzire, Timișoara se bucură de o rețea solidă de termoficare urbană care



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

poate fi exploatată, dar gazul va fi disponibil și la fața locului. Sursele de încălzire vor trebui analizate în raport cu directivele UE, criza energetică actuală și tendințele energetice ecologice.

- **Telecomunicații** - rețelele de telecomunicații sunt disponibile în zonă.

b) oricăror interferențe potențiale cu monumentele istorice/arhitecturale sau arheologice de pe sit sau din imediata sa vecinătate; aplicarea condițiilor specifice în cazul zonelor protejate;

Municipalitatea nu a identificat sau raportat o interferență potențială cu monumentele istorice/arhitecturale sau arheologice existente pe sit sau în imediata sa vecinătate.

c) parcelelor de teren care aparțin instituțiilor care fac parte din sistemul de apărare, de ordine publică și de securitate națională

În partea de est a parcelei pentru NSMT se poate găsi un canal de drenare (adiacent), cu terenuri neamenajate deținute de Agenția Națională de Îmbunătățiri Funciare (ANIF), și tot în partea de est, un sit verde neamenajat deținut de Ministerul Apărării.

3.1.8 Caracteristicile geofizice ale terenului amplasamentului, inclusiv:

a) date privind zonarea seismică, dacă aceste informații sunt disponibile în acest stadiu;

Timișoara reprezintă cel mai mare oraș din zona Banatului, care este a doua zonă seismică ca importanță a României, situată în zona tectonică de contact a graniței sud-estice a depresiunii panonice și a orogenezei carpatice caracterizate de cutremure superficiale și de forțe verticale puternice. Think Hazard³² clasifică regiunea județului Timiș ca fiind de risc mediu, ceea ce înseamnă că există 10% șanse de producere a unui cutremur potențial dăunător în zonă în următorii 50 de ani.

O analiză detaliată a condițiilor seismice pentru sit va fi investigată în continuare în Studiul de fezabilitate, iar rezultatele analizei vor determina alegerea soluțiilor structurale pentru dezvoltarea noului spital.

b) date preliminare privind natura solului fundației, inclusiv presiunea convențională și nivelul maxim al apelor freatice, dacă aceste informații sunt disponibile în acest stadiu;

MT a raportat că solul de pe amplasamentul spitalului este format în principal din argilă și 2 straturi de nisip care se reflectă în harta de mai jos a condițiilor geotehnice din Timișoara.

³² <https://thinkhazard.org/en/>



IFC | International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

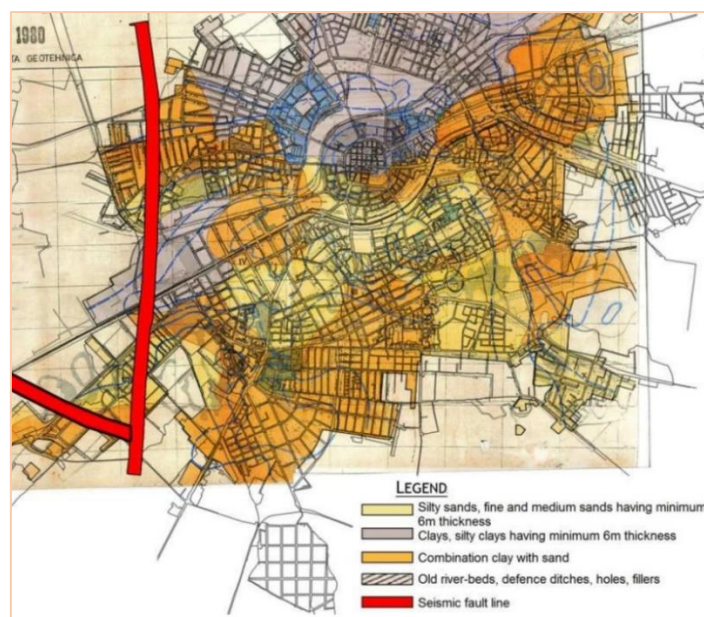


Figura 21: Condițiile solului și linia de falie seismică pentru Timișoara

O analiză detaliată a solului, a condițiilor pentru sit, odată finalizată, va fi investigată³³ în continuare în faza Studiului de fezabilitate, iar rezultatele analizei vor determina alegerea soluțiilor structurale pentru noua dezvoltare a spitalului.

c) date geologice generale, dacă aceste informații sunt disponibile în acest stadiu;

În această fază preliminară nu sunt disponibile date geologice detaliate. Un studiu detaliat al condițiilor geologice va fi realizat de către MT și analizat în etapa Studiului de fezabilitate. Datele geologice generale confirmă compoziția geologică esențială a terenului în partea de nord a orașului: argilele și argilele nisipoase se găsesc în principal în partea de nord a orașului, în timp ce solul dominant din partea de sud este un amestec de argilă și nisip, cu un indice de compactare redus în multe zone.³⁴

d) Date geotehnice obținute din: planuri cu amplasarea forajelor; fișe de date complexe cu rezultatele testelor de laborator; analiza apelor freatice; raport geotehnic conținând recomandări de fundare și consolidare; hărți geotehnice de zonare; arhive accesibile, după caz, dacă aceste informații sunt disponibile în acest stadiu;

În această etapă preliminară se face referire la date generale. Studiile geotehnice detaliate vor fi evaluate în etapa Studiului de fezabilitate pe baza planurilor de date furnizate de MT, cu amplasarea forajelor, dacă este cazul, cu rezultatele testelor de laborator, analiza apei freatice și pe baza unei hărți geotehnice de zonare, dacă este disponibilă.

În studiile general accesibile privind condițiile geotehnice pentru Timișoara, partea sudică a orașului se caracterizează, de asemenea, printr-un nivel ridicat de apă freatică (1-2 m sub nivelul solului), în timp ce în partea nordică nivelul este considerabil mai scăzut. Între o adâncime de 10-20 m este posibil să fie identificate straturi superioare de sol sedimentate în perioada cuaternară, compusă din pietrișuri, nisipuri și argile, în principal soluri nisipoase și măloase, de derivație aluvionară.³⁵

³³ Așa cum a fost raportat de MT în cadrul reuniunilor din 14 și 15 mai 2024, în prezent se efectuează studii de investigare a solului, iar rezultatele vor fi analizate în continuare în etapa Studiului de fezabilitate.

³⁴ Sabrina Taffarel, Claudia Marson, Claudia Valotto și Margherita Roverato, Seismic Vulnerability Assessment of Clustered Buildings In The Historical Center Of Timișoara: Fragility Curves For Out-Of-Plane Local Mechanisms Of Collapse; 2015

³⁵ Ibidem



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Pe amplasament, nivelurile apelor freatice, conform MT³⁶, fluctuează (și în anumite zone ale sitului sunt raportate ca fiind ridicate). Deoarece viitorul spital este planificat să nu depășească nivelul G+3, nivelurile actuale ale apei nu ar trebui să necesite soluții extraordinare de fundare și mecanisme hidrologice.

e) clasificarea în zonele de risc (cutremur, alunecare de teren, inundații) în conformitate cu reglementările tehnice în vigoare, dacă aceste informații sunt disponibile în acest stadiu;

Riscurile de inundații - la acest stadiu preliminar, riscul de inundare a sitului este evaluat ca fiind scăzut pe baza informațiilor raportate de MT în cadrul acestui studiu de fezabilitate. Se consideră că situl nu este situat într-o zonă expusă riscului de inundații costiere sau fluviale din cauza distanței până la cele mai apropiate corpuri de apă.

Riscuri de alunecare de teren: în această etapă preliminară, municipalitatea nu a ridicat nicio problemă și nu a prezentat niciun risc major de alunecări de teren pentru sit.

Ratingul seismic și riscul de inundații și alunecări de teren în raport cu amplasamentul vor fi evaluate în continuare în etapa de fezabilitate pe baza studiilor furnizate de MT. Soluțiile structurale recomandate vor lua în considerare rezultatele analizei detaliate. Clasificarea finală a zonelor de risc (cutremur, alunecare de teren și inundații) va fi efectuată în conformitate cu reglementările tehnice în vigoare în România.

f) caracteristicile hidrologice determinate pe baza anchetelor și anchetelor existente, indicând sursele de informații bibliografice, dacă aceste informații sunt disponibile în acest stadiu;

În timpul vizitelor la fața locului și al cercetării preliminare a surselor electronice disponibile, a fost evidențiat faptul că nu există râuri sau fluxuri care să fie în imediata apropiere a amplasamentului. Un canal de drenaj se întinde de-a lungul limitei estice a sitului și este deținut de Agenția Națională de Îmbunătățiri Funciare (ANIF) și va trebui să fie luat în considerare în planificarea dezvoltării noului spital. Celălalt nu este deținut de ANIF și, așa cum a fost comunicat de către MT, poate fi construit (a se vedea subsecțiunea privind utilizarea sitului de mai jos pentru detalii suplimentare). Nivelul de apă freatică la fața locului, conform MT, fluctuează și în anumite zone ale sitului sunt raportate ca fiind ridicate. Deoarece viitorul spital nu este planificat să depășească nivelul Parter+3, nivelurile actuale ale apei nu ar trebui să necesite soluții extraordinare de fundare și mecanisme hidrologice. O evaluare hidrologică va fi efectuată în etapa Studiului de fezabilitate pe baza datelor furnizate de MT.

3.2 Date tehnice și funcționale ale parteneriatului public-privat/proiectului de concesiune

În cursul vizitelor la fața locului, al reuniunilor cu municipalitatea din Timișoara și al a cercetării preliminare a surselor electronice disponibile privind situația și condițiile sitului, a fost efectuată o evaluare sumară a caracterului adecvat al amplasamentului. Rezultatele acesteia sunt rezumate în paragrafele de mai jos.

3.2.1 Utilizarea și funcțiile prevăzute;

a) Introducere

Astfel cum se menționează în secțiunea 2.4.4, obiectivul optim este relocarea tuturor activităților actuale și dezvoltarea **Noului Spital Municipal Timișoara („NSMT”)** pe amplasamentul greenfield desemnat. A fost elaborat un masterplan general de paturi pentru NSMT, iar modalitatea de dezvoltare a acestuia este prezentată în secțiunea 2.4.3 din prezentul raport. Abordarea etapizată menționată la punctul 2.4.4 este detaliată în această secțiune.

³⁶ Întâlniri cu reprezentanții municipalității perioada 14-15 mai 2024



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Pentru prima fază a acestei abordări („Faza 1”), am stabilit că unitatea de primiri urgențe, paturile chirurgicale și unele dintre paturile medicale (așa cum sunt detaliate în secțiunea 2 a acestui document) sunt cele care ar trebui luate în considerare. Alte facilități pot fi relocate într-o fază sau faze ulterioare, de exemplu:

- Echipamentele de tratament de radioterapie sunt găzduite în facilități recent modernizate și noi din centrul orașului, astfel încât pot rămâne acolo în viitorul apropiat;
- Paturile de chemoterapie și radioterapie sunt utilizate pentru acomodarea pacienților care parcurg distanțe considerabile pentru a primi aceste tratamente (de exemplu, cazare de tip hotel, nu ca paturi de spitalizare acută);
- Chirurgia oncologică și secția de oncologie nu vor fi luate în considerare în analiza scenariilor posibile pentru dezvoltarea NSMT în cadrul acestui studiu de fezabilitate. Ministerul Sănătății intenționează să construiască un nou spital oncologic regional în orașul Timișoara în următorii 5 ani, iar NSMT va pierde finanțarea pentru serviciile oncologice pe care le oferă odată cu începerea activității acestuia. Din perspectiva acestui studiu, se presupune că tratamentul și secțiile oncologice vor rămâne în locația lor actuală (adică nu vor fi relocate la sediul NSMT);
- În prezent, clinicile ambulatorii și serviciile de îngrijire ambulatorie sunt amplasate convenabil acolo unde se află în prezent, deoarece facilitează accesul ușor al pacienților; pe cale de consecință, nu vor fi relocate în viitoarea locație a NSMT;
- Secțiile de geriatrie, medicină ocupațională, dermatologie și reumatologie vor rămâne la fața locului pentru Faza 1 și nu vor fi relocate la sediul NSMT; și
- Paturile de recuperare medicală și de balneologie sunt tratate ca unități de îngrijire intermediară („step-down”) post-acută.

Au fost identificate 3 scenarii pentru funcțiile care ar fi dezvoltate și relocate la sediul NSMT în timpul fazei 1, fiecare cu o capacitate mai mare, cu costuri progresiv mai mari și care necesită un nivel mai ridicat de angajament fiscal. Aceste scenarii sunt menționate mai în detaliu în secțiunea 3:

- Scenariul 1: circa 300 de paturi.
- Scenariul 2: circa 350 de paturi.
- Scenariul 3: circa 400 de paturi.

b) Opțiuni de scenarii funcționale

Au fost dezvoltate 3 opțiuni funcționale (denumite în continuare „scenarii”), care sunt elaborate mai jos. În scopul acestui studiu de fezabilitate, Scenariul 1 (circa 300 de paturi) a fost adoptat ca scenariu de bază pentru detalierea cerințelor funcționale și de echipament și pentru estimarea costului total de dezvoltare și a angajamentului fiscal necesare pentru proiectul PPP. Celelalte scenarii (sau alte opțiuni) pot fi explorate devreme în etapa Studiului de fezabilitate pentru a determina care poate fi preluată ulterior în pregătirea proiectului. Toate cele 3 scenarii au inclus următoarele activități clinice principale:

- Departament primiri urgențe („ED”);
- Unitatea de anestezie și terapie intensivă („ICU”);
- Blocuri operatorii (OR);
- Unitatea de îngrijire post-anestezie („PACU”) (unitate de recuperare);
- Unități pacienți internați și
- Intervenții chirurgicale de zi („SDS”).

Totodată, și următoarele unități de suport clinic:

- Laborator cu bancă de sânge;
- Imagistică;



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

- Endoscopie;
- Sterilizare centrală („CSSD”).

Pentru fiecare scenariu, s-au luat în calcul diferite tipuri de paturi medicale (în plus față de activitățile clinice de bază menționate mai sus):

- Scenariul 1: Paturi de medicină internă, inclusiv cardiologie invazivă.
- Scenariul 2: Paturi de obstetrică & ginecologie și neonatale.
- Scenariul 3: scenariul combinat 1 & 2 – medicină internă, inclusiv secțiile cardiologie, obstetrică și neonatologie.

În plus, pentru a facilita fluxurile optime ale pacienților (detaliat în continuare în secțiunea 4.1 din prezentul document), s-a luat în considerare o unitate de îngrijire intermediară („step-down”)/reabilitare de 30 de paturi pentru fiecare scenariu. În urma analizei preliminare, următoarele funcții cheie au fost identificate pentru fiecare dintre cele 3 scenarii:

i. Faza 1 – Scenariul 1 (circa 300 de paturi)



IFC | International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

SERVICII RELOCATE

NOUL CENTRU DE URGENTĂ și CHIRURGIE cu aripă de MEDICINĂ INTERNĂ

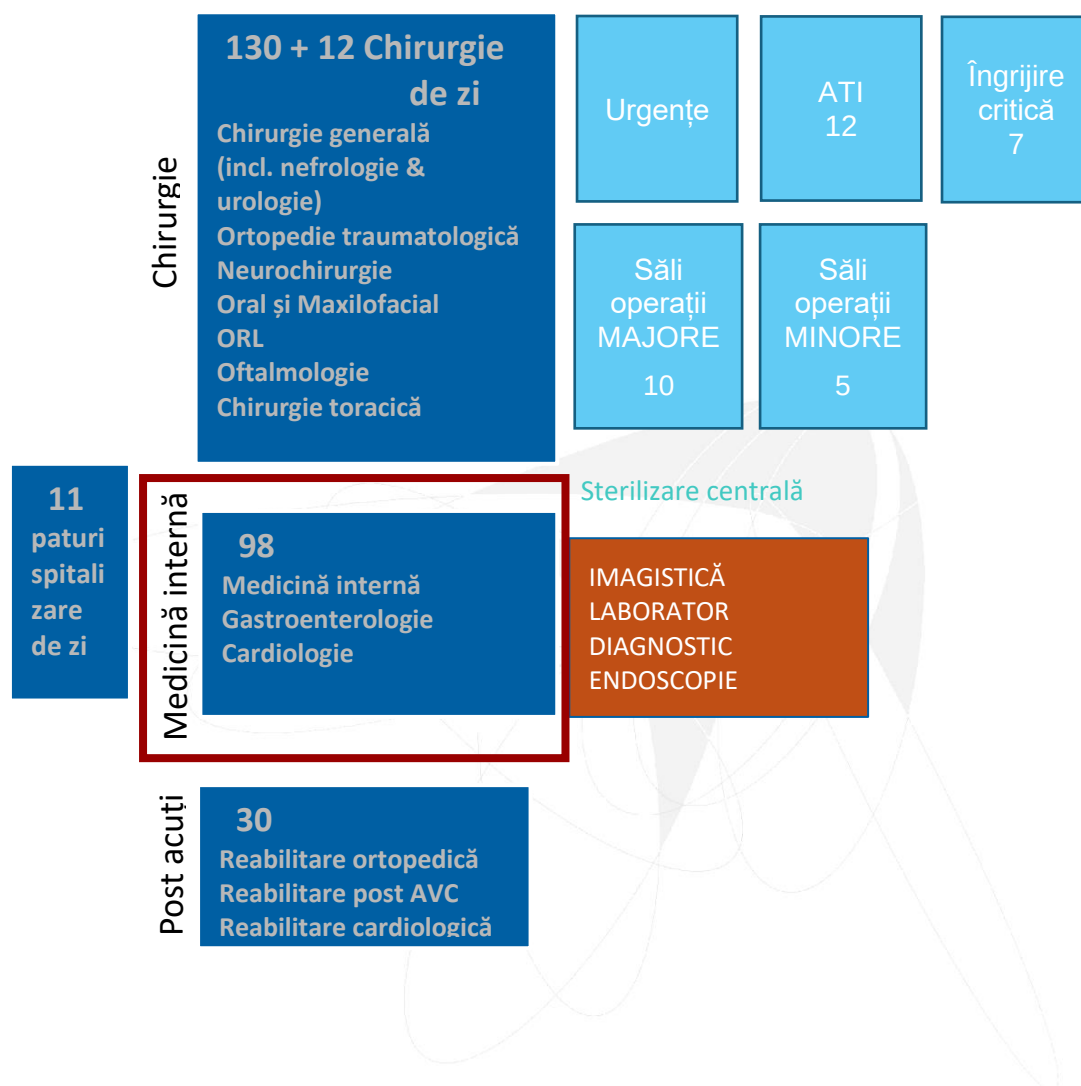


Figura 22: Scenariul 1 - circa 300 de paturi

Scenariul 1 presupune construirea unui spital cu 300 paturi, ca Fază 1 a NSMT, pentru a consolida activitățile chirurgicale dispersate în prezent și pentru a facilita un departament de primiri urgențe solid, cu posibilitatea aterizării unui elicopter medical pentru a deservi zona de acoperire directă și mai extinsă.

Serviciile de imagistică și de laborator planificate, împreună cu o unitate de endoscopie, vor extinde capacitatea NSMT de a diagnostica, monitoriza și trata leziunile și bolile pentru un număr mai mare de pacienți decât în acest moment.

Spitalul actual acoperă o gamă largă de intervenții chirurgicale și traumatisme acute și electivă executate în sălile de operație răspândite în diferite locații și situate în infrastructuri învechite. Acest lucru dă naștere unor ineficiențe în gestionarea spațiului și a operațiunilor.



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

NTMH va dispune un bloc operator de ultimă generație care va găzdui săli de operație (OT) atât pentru proceduri majore, cât și pentru proceduri minore, cu 20 de paturi post-operatorii și unități de terapie intensivă și de îngrijire critică echipate cu tehnologii de ultimă oră. Unitatea centrală de sterilizare va fi proiectată astfel încât să se ocupe de nevoile atât a noilor facilități, cât și ale celor existente.

Spitalul actual oferă diagnostic și tratament oncologic pacienților la nivel local și regional. Scenariul 1 presupune înființarea unei aripi de medicină internă la NSMT, care să găzduiască paturi de medicină internă pentru pacienți și să ofere servicii medicale de cardiologie atât invazivă („Cath lab”), cât și non-invazivă.

Tendențele epidemiologice raportate pentru România ilustrează faptul că bolile cardiovasculare reprezintă una dintre principalele probleme de sănătate și cauze de deces (referințe în secțiunea 2 din prezentul document). Mutarea secției de cardiologie la NSMT și înființarea unei facilități moderne cu cardiologie intervențională ar crea o oportunitate de extindere a serviciilor pentru a răspunde nevoilor de sănătate ale populației în curs de îmbătrânire și ale zonei mai largi de acoperire.

Complementară activităților clinice în Faza 1 a NSMT, a fost inclusă o facilitate de îngrijire intermediară („step-down”) și de reabilitare de 30 de paturi, pentru a oferi o abordare holistică recuperării pacienților. Paturile post-acute permit, de asemenea, o mai bună gestionare a externării pacienților din paturile de îngrijire acută, sporind astfel eficiența ratelor de ocupare (ROP) a paturilor de îngrijire acută și reducând durata medie de ședere (DMS) (măsurile-cheie de eficacitate menționate în secțiunile 2.3 și 2.3 din prezentul document).

ii. **Faza 1 – Scenariul 2 (circa 274 paturi + 65 paturi neonatologie)**



IFC | International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

SERVICII RELOCATE

NOUL CENTRU DE URGENȚĂ și CHIRURGIE cu aripă de OBSTETRICĂ & GINECOLOGIE (inclusiv NEONATOLOGIE)

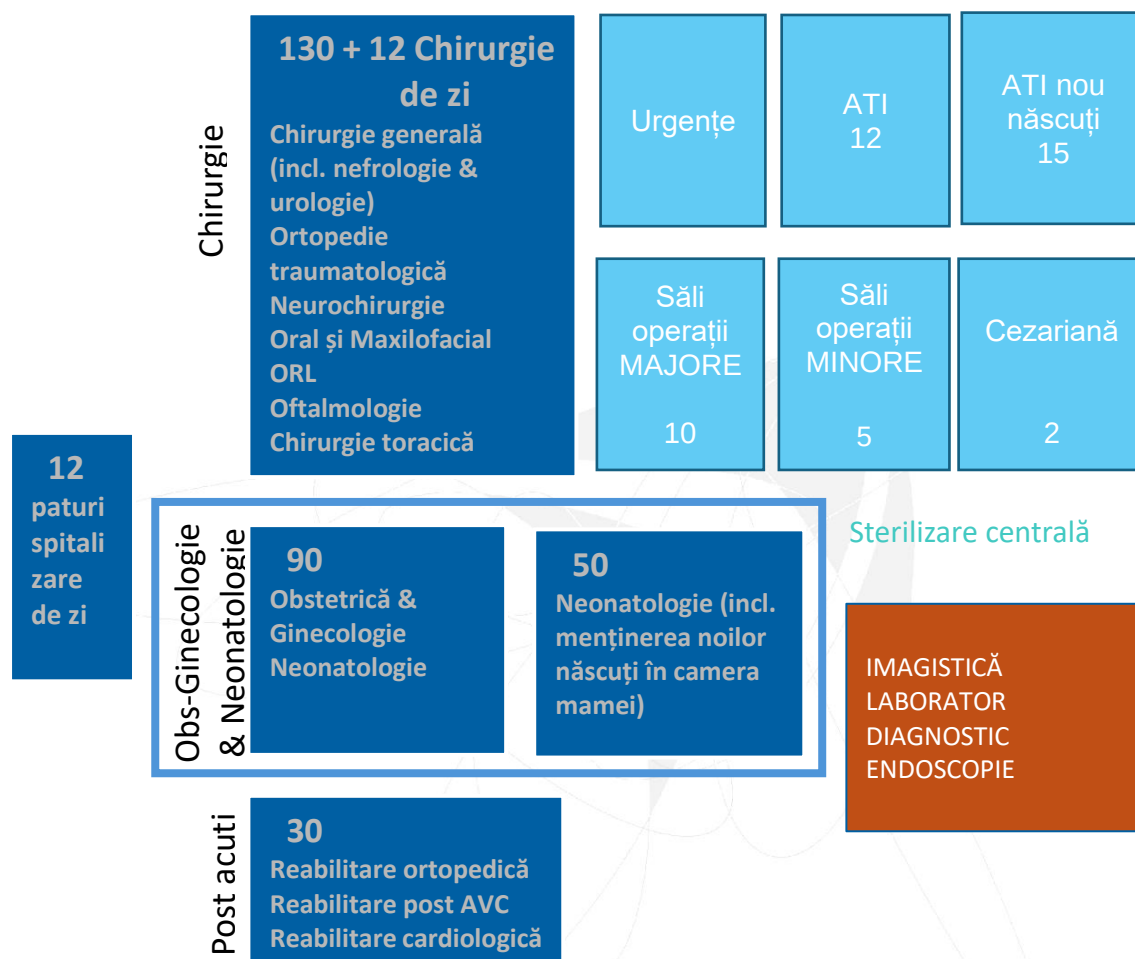


Figura 23: Scenariul 2 - circa 350 de paturi

În Scenariul 2, NSMT ar oferi servicii de urgență, traumatologie și chirurgicale în linia celor din Scenariul 1, dar, în loc de latura de medicină internă, Scenariul 2 va include secțiile de obstetrică-ginecologie și neonatologie. Pe lângă tratamentele standard ginecologice și de maternitate, actualul SCMUT oferă servicii neonatologice de nivel terțiar și acționează ca un centru de referință în regiune cu 15 paturi de terapie intensivă neonatologică. Noua aripă de Obstetrică, Ginecologie și Neonatologie din cadrul NSMT ar facilita un mediu mai sigur, mai confortabil și mai modern, oferind îngrijire comprehensivă populației de sex feminin din orașul Timișoara și din regiune: o gamă completă de servicii de maternitate, inclusiv asistență prenatală, naștere, îngrijire postnatală, intervenții chirurgicale ginecologice și terapii medicale. .

Este important de remarcat faptul că România a înregistrat un declin demografic general în ultimii 30 de ani, în principal din cauza emigrării economice a cetățenilor săi. În același timp, Guvernul caută și implementează soluții pentru a aborda această problemă. O generație de ultimă generație care să ofere îngrijire de înaltă calitate, orientată spre familie, pentru femei și nou-născuți, ar atrage pacienți atât din orașul Timișoara, cât și din regiune. Cu toate acestea, o analiză suplimentară a numărului de paturi



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

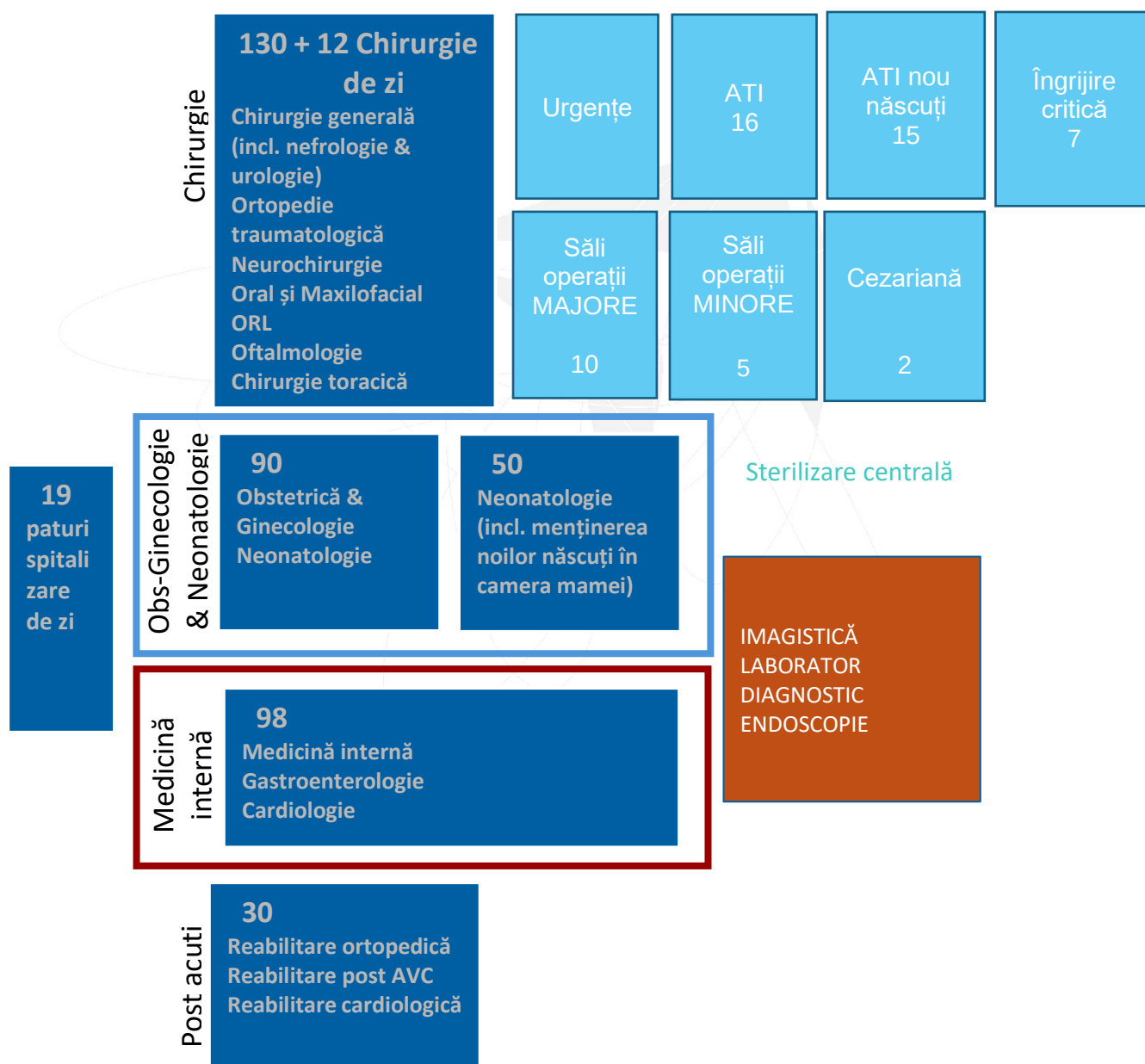
conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

de obstetrică necesare în NSMT în contextul nevoilor actuale din regiune și tendințelor demografice ar trebui să fie efectuată în faza Studiului de fezabilitate pentru a identifica eficiențe suplimentare în cazul în care secțiile de Obstetrică și Ginecologie și Neonatologie sunt relocate în cadrul NSMT.

iii. Etapa 1 – Scenariul 3 (circa 402 paturi + 65 paturi neonatologice)

SERVICII RELOCATE

NOUL CENTRU DE URGENȚĂ și CHIRURGIE cu aripi de MEDICINĂ INTERNĂ și OBSTETRICĂ & GINECOLOGIE (inclusiv NEONATOLOGIE)



Scenariul 3 - circa 400 de paturi

În scenariul 3, NSMT ar oferi servicii de urgență, traumatologie și chirurgicale în linia celor din Scenariul 1, și ar include atât secțiile de medicină internă enumerate în scenariul 1, cât și cele de obstetrică, ginecologie și neonatologie enumerate în scenariul 2. Scenariul combinat 3 ar facilita mutarea tuturor



IFC | International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

serviciilor medicale cheie oferite în prezent și găzduirea acestora împreună pentru a crea o unitate medicală cu un singur ghișeu („one-stop-shop”) care să ofere o infrastructură eficientă, echipamente medicale noi, condiții de lucru îmbunătățite pentru personal și standarde ridicate de îngrijire pentru pacienți. Cu toate acestea, alegerea scenariului care urmează să fie implementat în faza 1 a proiectului va fi determinată de capacitatea fiscală a municipiului Timișoara. Numărul preliminar de paturi pentru scenariul 3 va trebui să fie analizat în continuare în faza Studiului de fezabilitate, ținând cont de referirile la declinul demografic din rezumatul pentru scenariul 2.

c) Caracteristicile, parametrii, echipamentele și instalațiile preconizate;

i. Parametri funcționali cheie

- Orientări internaționale și reglementări locale

O unitate sanitară („medical facility”) proiectată corespunzător este o unitate în care, indiferent de profilul său, procesele de diagnosticare, tratament, convalescență sau reabilitare a pacientului vor fi efectuate corect.

Fiecare sarcină de proiectare, chiar și cea mai simplă din punct de vedere teoretic, trebuie precedată de analize adecvate care să determine scopul unei anumite facilități. În cazul unităților sanitare, întrebarea fundamentală care trebuie abordată este aferentă activităților medicale specifice care se vor desfășura în cadrul acestora. Ulterior, funcția, structura și întreaga infrastructură tehnică a unei anumite unități sunt ajustate în funcție de sarcinile pe care le vizează, și anume acțiunile de protecție a sănătății. Numai o astfel de abordare a problemelor legate de programarea și proiectarea facilităților de asistență medicală, realizată prin intermediul principiilor și metodelor de lucru, al studiilor și al analizelor, poate contribui la crearea unei facilități care să funcționeze corespunzător pentru tratarea pacienților.

Crearea funcțiilor se bazează pe înțelegerea principiilor care guvernează acest tip de unități și pe o analiză aprofundată a tuturor factorilor care influențează furnizarea unei funcționări corecte și eficiente atunci când se desfășoară anumite acțiuni medicale. Un set de astfel de orientări definite este denumit „tehnologie medicală”.

O unitate sanitară este concepută ca o serie de camere interconectate și zone funcționale. Fiecare zonă individuală corespunde nevoilor procedurilor efectuate în zona respectivă și în zonele învecinate, care efectuează în mod colectiv multe dintre procedurile medicale complexe sau le completează prin desfășurarea de acțiuni de asistență.

Scopul unității sanitare este de a crea condiții adecvate pentru efectuarea procedurilor medicale, cu o atenție deosebită acordată:

- dimensiunii și dispunerii încăperilor (condiții de suprafață/cubatură);
- condițiilor microclimatice (temperatura aerului, umiditate și puritate);
- iluminării; și
- finisajelor.

Analiza cerințelor funcționale și spațiale într-o unitate sanitară, a rutelor critice pentru pacient și a timpului necesar pentru acoperirea acestora determină relația finală dintre zonele individuale ale unității. Parametrii-cheie ai etapei de proiectare și modul de interconectare a acestora trebuie să țină seama de următoarele:

- Cerințele funcționale ale proiectului

- politici operaționale propuse;



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

- capacitatea operațională solicitată;
- modificările și proiecțiile viitoare relevante.

- Importanța și demnitatea persoanelor

Proiectarea clădirii ar trebui să se refere în mod consecvent la pacienți, personal și vizitatori. Aspecte care trebuie luate în considerare:

- serviciile clinice, terapeutice și de altă natură, precum și activitățile complexe de diagnosticare și de specialitate ar trebui să fie bine integrate, astfel încât pacienții să aibă percepția unui serviciu unitar și fără sincope;
- tehnologia informației ar trebui valorificată la maximum pentru a se asigura că, ori de câte ori este posibil, informațiile sunt puse la dispoziția tuturor furnizorilor în mod eficient și într-o manieră centrată pe pacient.

- Fluxuri de lucru și logistică

Fluxurile de lucru și logistica în cadrul proceselor și între diversele procese ar trebui să fie atent analizate și optimizate. Următoarele aspecte trebuie avute în vedere:

- fluxul de lucru în cadrul secțiilor (ar trebui să fie direct și să promoveze eficiența);
- rutele (ar trebui să fie cât mai scurte posibil); și
- fluxuri încrucișate ineficiente sau periculoase (care ar trebui evitate).

- Logistică

- traseele persoanelor, distribuția aprovizionării, depozitarea și eliminarea deșeurilor trebuie avute în vedere cu atenție;
- numărul, dimensiunea și amplasarea spațiilor de depozitare și de păstrare ar trebui să reflecte politica de aprovizionare și de eliminare a deșeurilor.

- Adaptabilitate

Clădirea ar trebui să fie proiectată pentru a fi adaptabilă, flexibilă în utilizare, precum și pentru a putea reacționa la schimbări și pentru a permite extinderea. Următoarele aspecte trebuie avute în vedere:

- proiectarea disunerii spațiului, a iluminatului și a comenzilor mecanice și electrice (M&E) ar trebui să fie versatilă și flexibilă pentru a permite schimbări zilnice de utilizare, activitate și spații;
- proiectarea generală ar trebui să poată găzdui inovații terapeutice, tehnologice, organizaționale și formale, păstrând în același timp coerența proiectării;
- din perspectiva structurii, proiectarea ar trebui să permită adaptabilitatea și extinderea cu întreruperi limitate;
- posibilitatea de schimbare și extindere viitoare ar trebui să fie integrată în proiectarea tuturor sistemelor de infrastructură și de inginerie;
- ar trebui să se acorde spațiu secțiilor pentru potențiala extindere (de exemplu, săli de operații, saloane pacienți, secții de ambulatoriu, bucătării, unități de îngrijire critică).

- Securitatea și ușurința controlului

De stabilit:

- strategia de securitate; și
- strategia de monitorizare a vizitatorilor.

- Accesul pentru vehicule

Trebuie stabilite cerințele de acces pentru toate vehiculele, inclusiv căile de acces în amplasament pentru ambulanțe, transport public, vehicule de serviciu și mașini de pompieri. Următoarele aspecte trebuie avute în vedere:



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

- rutele ar trebui să fie clar marcate;
- drumurile, lățimea acestora, spațiile de întoarcere, etc. trebuie să fie sigure și ușor de utilizat;
- proiectarea amplasamentului ar trebui să încurajeze utilizarea transportului public, având în vedere proximitatea sau poziționarea stațiilor de transport în comun;
- parcărilor, căile de acces, platformele de încărcare și intrările ar trebui să fie bine iluminate.

- Parcare pentru vizitatori și personal

Trebuie stabilite cerințele privind parcare pentru autoturisme, motociclete și biciclete. Următoarele aspecte trebuie avute în vedere:

- la intrări ar trebui să fie amenajate în mod corespunzător puncte de coborâre a pasagerilor/pacienților;
- semnalizarea indicând zonele de parcare și traseul spre acestea trebuie să fie adecvată.

- Separarea vehiculelor de eliminare a mărfurilor și a deșeurilor

Următoarele aspecte trebuie avute în vedere::

- ar trebui să se prevadă căi de acces separate, dacă este necesar;
- rutele de serviciu ar trebui să fie semnalizate în mod clar;
- accesul și spațiile de încărcare ar trebui să fie gândite din punct de vedere al siguranței și al confortului.

- Accesibilitate

Aspecte care trebuie luate în considerare:

- lățimile ușilor în spațiile clinice și în spațiile de suport clinic ar trebui să permită în general accesul utilizatorilor deplasabili, utilizatorilor semi-deplasabili (inclusiv cei care utilizează cârje, bastoane și cadre de mers) și a celor în scaun cu rotile;
- ar fi necesare contraste vizuale și cromatice pentru persoanele cu deficiențe senzoriale.

- Zone externe

- traseele pietonale ar trebui să fie adaptate pentru utilizatorii de scaun cu rotile și pentru alte persoane cu dizabilități fizice sau de învățare, precum și pentru persoanele cu deficiențe de vedere sau de auz;
- ar trebui să existe spații de parcare rezervate și marcate pentru persoanele cu dizabilități.
- parcărilor pentru persoanele cu dizabilități ar trebui să fie amenajate în apropierea intrărilor.

- Integrarea în strategia de planificare pentru prevenirea și stingerea incendiilor (PSI)

Strategia de planificare pentru prevenirea și stingerea incendiilor (PSI) ar trebui integrată pentru a permite accesul și evacuarea rapidă. Următoarele aspecte trebuie avute în vedere:

- respectarea orientărilor și a reglementărilor PSI cu prevederi privind furnizarea de rute de evacuare orizontale sigure;
- accesul liber al autospecialelor de stingere a incendiilor în perimetrul clădirii.

Pe parcursul etapei de pregătire a investițiilor, proiectare și construcție a proiectului, aderarea la codurile și reglementările naționale privind construcțiile este esențială. Principalele reglementări la nivel național luate în considerare la elaborarea planurilor funcționale pentru cele 3 Scenarii sunt incluse în anexa 7.

ii. Parametrii-cheie pentru gestionarea energiei



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Prin managementul energiei, se asigură faptul că utilizarea energiei și costurile sunt cât mai reduse posibil, menținându-se în același timp standarde ridicate de confort, servicii și productivitate. Printre beneficiile asociate unui management superior al energiei, menționăm următoarele:

- confort îmbunătățit;
- reducerea costurilor de exploatare și de întreținere;
- reducerea numărului de defecțiuni ale instalațiilor și echipamentelor;
- îmbunătățirea valorii clădirii;
- îmbunătățirea productivității echipamentelor și a personalului;
- creșterea duratei de viață a clădirilor și a echipamentelor;
- reducerea consumului de energie;
- performanțe de mediu îmbunătățite.

Ineficiența energetică (performanța energetică scăzută) a unității spitalicești are un impact semnificativ asupra rezultatelor acesteia. În cazul în care sunt irosiți bani din cauza ineficienței energetice, performanța financiară generală a unității sanitare are de suferit. În plus, performanța energetică a unei clădiri este strâns legată de mediul său interior și de calitatea aerului, care afectează atât confortul pacientului, cât și productivitatea personalului.

În orice unitate sanitară, consumul de energie este influențat de următorii factori:

- sursa de energie utilizată (gaz natural, cărbune, hidroenergie);
- dimensiunea instalației;
- vechimea unității / facilității;
- ore de funcționare;
- climă;
- instalațiile de încălzire, de ventilație și de aer condiționat (HVAC); și
- bugetul pentru managementul energiei.

Următorii factori sunt considerați ca fiind de importanță secundară atunci când se analizează consumul de energie al unei unități sanitare:

- tipul de instalații existente la amplasamentul facilității, inclusiv
 - bucătării,
 - spălătorii de rufe.
 - incineratoare,
 - unități de ardere,
 - laboratoare,
 - servicii de urgență,
 - echipamente specifice spitalului;
- anvelopa clădirii (inclusiv condițiile ferestrei);
- tipul de iluminare și nivelul de iluminare.³⁷

În acest stadiu incipient, analiza preliminară a consumului de utilități pentru scenariile aferente Fazei 1 ar trebui să fie bazată pe calcularea intensității energetice, adică unitățile de energie consumate pe suprafața totală a unui etaj/an. Deși astfel de măsurători pentru o clădire întreagă au și ele limitele lor, acestea pot fi utile pentru a putea face o evaluare inițială a modului în care o clădire poate fi comparată cu altele. Metoda are în vedere utilizarea unor criterii de referință recunoscute în acest sector de activitate, precum și, dacă este posibil, compararea calculelor cu acelea realizate la nivelul

³⁷ Benchmarks and Best Practices for Acute and Extended Health Care Facilities. Government of Canada



IFC

International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

unor unități sanitare similare celor aflate în țara sau zona geografică unde se va implementa proiectul respectiv.

Mai jos, sunt date două exemple aferente consumului de energie în funcție de subcategoriile de clădiri sanitare (clinice și de cercetare)³⁸.

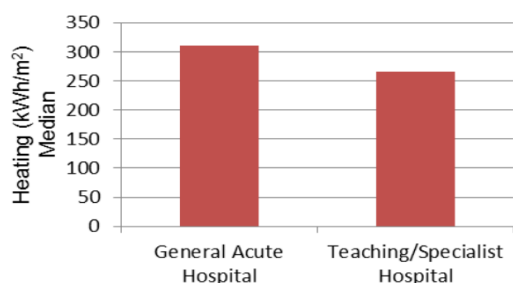
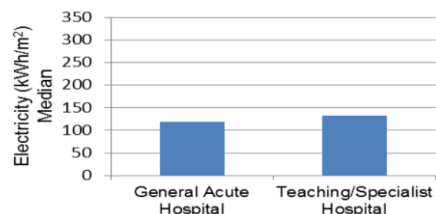


Figura 26: Utilizarea încălzirii pe subcategorii de clădiri spitalicești (clinice și de cercetare)

Heating = Încălzire; General Acute Hospital = Spitalul general acut; Teaching/ Specialist Hospital = Spital Universitar /de specialitate.



Figură 25: Consumul de energie electrică pentru fiecare subcategorie de clădiri spitalicești (clinice și de cercetare).

Electricity = Electricitate; General Acute Hospital = Spitalul general acut; Teaching/ Specialist Hospital = Spital Universitar /de specialitate

Cifrele referitoare la consumul de energie folosesc valorile de referință pentru clădirile actuale, aplicate pentru calcularea nivelurilor orientative ale consumului de utilități bazate pe următoarele studii:

- Unitatea de dezvoltare durabilă a sistemului național medical din Marea Britanie (NHS), Memoriu tehnic (07-02) privind sistemul medical (2017);
- EnCO2de 2015 - să facem energia să funcționeze în domeniul sănătății (Marea Britanie) (în eng. Making energy work in healthcare);
- Spitale comparabile din Comunitatea Economică Europeană (CEE).

iii. Sustenabilitate și parametri net zero

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

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

³⁸ Data from An Analysis of Display Energy Certificates for Public Buildings, 2008 to 2012



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

sănătoase și productive. Principiile de proiectare durabilă includ capacitatea de a realiza următoarele³⁹:

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

Aplicarea soluțiilor energetice "verzi" duce la:

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

Deși implementarea soluțiilor de proiectare durabilă nu mai este o opțiune ci mai degrabă o necesitate, ele ridică provocări precum, printre altele, costurile inițiale ridicate de investiție și vulnerabilitatea la condițiile meteorologice.

iv. Parametri utilități

Se presupune că electricitatea va fi folosită pentru tot necesarul de energie în afară de încălzire (adică iluminat, alimentare cu curent, răcire și ventilație). Memorandumul Tehnic în domeniul sănătății 07-02 al serviciilor de sănătate (NHS) din Marea Britanie oferă valori de referință pentru consumul de electricitate în aceste condiții, pe metru pătrat de SC pe an.⁴⁰ Acestea sunt ilustrate în graficul de mai sus și reprezintă consumul median de electricitate aplicabil unui profil similar și anume unui spital general de cazuri acute.

Se presupune că gazul va fi folosit pentru încălzire. Memorandumul tehnic în domeniul sănătății 07-02 al NHS prevede valori de referință pentru consumul de gaze pe metru pătrat de SC pe an.⁴¹ Acestea sunt prezentate în graficul alăturat valabil pentru categoria Spital general cazuri acute.

Pentru consumul de energie, au fost folosite datele țintă dintr-un raport aferent unui proiect important denumit STREAMER⁴², astfel încât alocarea propusă ar fi de 25% pe gaz, în timp ce 75% ar fi pe energie electrică pentru iluminat, alimentare cu energie pentru echipamente medicale și altele și HVAC).

După ce s-a stabilit rata de consum țintă, a fost necesară studiarea problemei sursei de energie necesare. Reglementarea UE cunoscută sub numele de Directiva privind performanța energetică a clădirilor (DPEC) - 2002/91/CE a fost introdusă în 2002 și de atunci a suferit o serie de modificări.

³⁹ <https://www.gsa.gov/real-estate/design-and-construction/design-excellence/sustainability/sustainable-design>

⁴⁰ NHS Health Technical Memorandum 07-02: EnCO2de 2015 – making energy work in healthcare. Environment and sustainability

⁴¹ NHS Health Technical Memorandum 07-02: EnCO2de 2015 – making energy work in healthcare. Environment and sustainability

⁴² "Semantics-driven Design through Geo and Building Information Modelling for Energy-efficient Buildings Integrated in Mixed-use Healthcare Districts" (Un proiect finanțat de UE, care a presupus un program de cercetare colaborativă de 4 ani (2013-2017) condus de industrie privind clădirile eficiente din punct de vedere energetic (EeB) cu cazuri de districte medicale cu utilizare mixtă. Acesta a avut participanți din mai multe state membre UE).



IFC

International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Modificările relevante au fost introduse în 2021 și reflectate în Directiva 2010/31 a Parlamentului European și a Consiliului din 19 mai 2010 privind performanța energetică a clădirilor⁴³. În plus, în acel an, Comisia Europeană a inițiat o revizuire a politicilor UE prin "Pachetul Fit for 55" (pachetul includea Directiva privind performanța energetică a clădirilor din 2010, revizuită), pentru a facilita atingerea obiectivelor de reducere a GES (gaze cu efect de seră), convenite prin emiterea Legii europene a climei – cunoscută sub numele de Pactul verde (Green Deal). Începând cu 2014, statele membre UE și-au ajustat legislația și codurile de construcție în conformitate cu DPEC.

România, ca unul dintre statele membre, a inclus în cadrul său juridic și directiva DPEC revizuită: Legea nr. 13/2016, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 764/2016. Pe baza instrucțiunilor din instrucțiunilor din DPEC:

- Valoarea maximă a cererii de energie primară (EP) pentru încălzire, ventilație, răcire, pregătirea apei calde menajere și iluminat a devenit principalul punct de referință pentru evaluarea performanței energetice a clădirilor. Este de remarcat faptul că alte tipuri de consum de energie, în special cel pentru echipamente medicale, sunt excluse din acel capitol.
- Consumul de energie a fost calculat separat pentru clădiri rezidențiale și nerezidențiale.
- Pentru clădirile nerezidențiale (inclusiv spitale), valorile maxime admise pentru EP din surse convenționale de energie și emisiile de CO₂ au fost definite prin Ordinul de ministru nr. 386/2016 de modificare și completare a Reglementării tehnice "Normativ privind calculul termotehnic al elementelor de construcție ale clădirilor", indicativ C 107-2005.

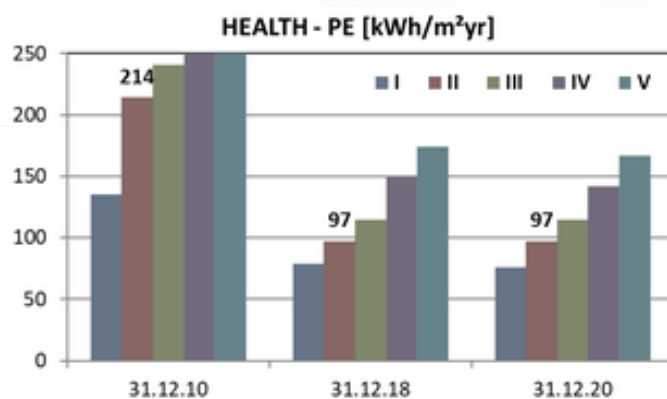


Figura 27: valoarea maximă admisă a PE excluzând echipamentul medical.

Health – PE = Sănătate – Energie Primară.

Această reglementare are mai multe implicații pentru dezvoltarea NSMT:

- Proiectarea spitalului ar trebui să aibă în vedere și posibilele măsuri de reducere a consumului de energie;
- Consumul energetic trebuie calculat cu atenție în timpul etapei Studiului de Fezabilitate și ulterior;
- În special, trebuie calculat consumul de energie necesar pentru echipamentele medicale;
- La fața locului sunt necesare surse alternative de energie pentru nivelurile de consum stabilite pentru echipamentele medicale, dar și pentru un consum care poate depăși 97 kWh/m²/an (de exemplu, parc cu panouri fotovoltaice și instalație cu pompe de căldură); și
- Costurile suplimentare de capital și nevoile de spațiu necesare pentru generarea de energie neregenerabilă.

⁴³ Cea mai recentă revizuire a directivei DPEC a fost publicată în ianuarie 2022, însă a fost dedicată în principal renovării infrastructurii europene de construcții existente.



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

v. Consumul de apă și de canalizare

Reglementările din domeniul apei sunt mereu actualizate, ceea ce relevă importanța eficienței și a unei gospodăriri adecvate a modului în care este utilizată apa. Ca referință-cheie pentru consumul-țintă de apă a fost utilizată o publicație a Serviciului Medical Național din Marea Britanie (NHS)⁴⁴ care stabilește consumul-țintă pentru diverse tipuri de unități sanitare. În acest fel, obținem cifre adecvate consumului de apă (a se vedea Figura 27 jos) pentru unitățile care oferă servicii multiple, consumul-țintă median de aproximativ 1.75 m3 per m2 de zonă construită / an (într-o plajă de la 1,5 la 2,2).

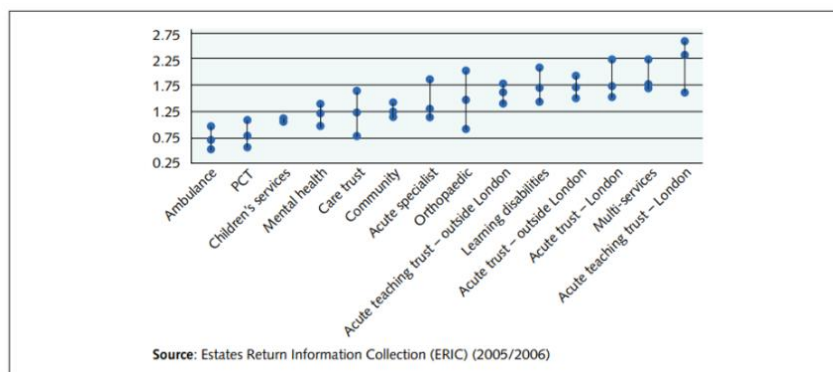


Figura 28: Consumul de apă în funcție de tipul de unitate sanitară

Ambulance = ambulanță; PCT = tehnician de îngrijire a pacientului; Children's services = servicii de îngrijire a copiilor; mental health = îngrijire psihiatrică; care trust = centru de îngrijire; community = centru comunitar; acute specialist = spital specializat îngrijire acută; Orthopaedic = ortopedie; Acute teaching trust – outside London = spital universitar îngrijire acută în afara Londrei; learning disabilities = dizabilități de învățare; Acute trust London = spital îngrijire acută în Londra; multi-services = spital cu specialități multiple; estates return information collection = rezultate colectare informații locații specifice

Cu privire la canalizare, care include apele uzate și apele pluviale, consumul este considerat ca reprezentând echivalentul consumului de apă.

d) Perioada minimă de funcționare, evaluată în funcție de utilizarea/funcțiunile preconizate propuse

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

- perioada de amortizare a investițiilor care vor fi efectuate de compania de proiect; și
- sursele de finanțare a investițiilor.

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

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

În acest context, analiza financiară a fost efectuată cu o durată presupusă a contractului PPP de 20 de ani, care ar include 3 ani pentru dezvoltarea și construirea unității și o perioadă de exploatare de 17 ani. De obicei, durata propusă face obiectul feedback-ului pieței și al condițiilor de finanțare, care vor fi analizate în continuare în cursul pregătirii Studiului de fezabilitate a proiectului și a documentației de atribuire.

⁴⁴ Memoriu tehnic privind sustenabilitatea de mediu și sustenabilitatea medicală 07-04: Gospodărirea apelor și eficiența apei – consultanță referitoare la bunele practici din sectorul medical



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Tabelul 24. Repere preliminare ale proiectului

Cronologie propusă pentru proiect	
Data de început a proiectului	01/08/2025
Perioadă de dezvoltare	20 luni
Durată contract PPP	20 ani
Închidere financiară	01/05/2026
Perioada de proiectare	6 luni
Perioada de construcție	30 luni
Proiectare și construcție	36 luni
Data începerii operării	01/05/2029
Data încetare a proiectului	30/04/2046

e) **Nevoi/cerințe funcționale specifice, după caz.**i. **Cerințe funcționale**

În conformitate cu cerințele Studiului de fezabilitate, au fost elaborate planuri funcționale pentru cele 3 scenarii, care oferă o comparație între suprafețele totale construite (**BUA**) și o estimare a amprenteii clădirii pentru fiecare Scenariu. Principalele arii funcționale clasificate sunt următoarele:

- Zone tratament primar (săli operații, ATI, unitate urgențe)
- Diagnostic (imagistică, laborator, endoscopie etc.)
- Saloane cu paturi
- Spațiile tehnice
- Zona procesare pe timp de zi



IFC | International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

**SCENARIUL 1 _
300+**

SCENARIUL 1 _ 300+										
		CHIRURGIE	INGRIJIRE INTERMEDIARĂ / REABILITARE FIZICĂ	MEDICINĂ INTERNĂ + CARDIOLOGIE INVASIVĂ	Paturi de zi	Intervenție chirurgicală de zi	ATI	Îngrijire critică	ATI nou- născuți	
Bloc operator / ATI / Sterilizare centrală / unități diagnostic & endoscopie / laborator		ER	130	30	98	11	12	12	7	300
Zonă	Unitate	Salon cu paturi / secție					Paturi		Zonă (mp)	
Urgențe și	Intrare / Internări								651,3	
Intrare	Salon urgențe						2 Blocuri Operatorii (BO) ca săli de resuscitare / tratament de urgență		1 652,7	
	Endoscopy								585,0	
Zonă medicală	Blocuri operatorii (BO)	Incl. 12 paturi de zi					10 BO + 5 chirurgie de zi / 22 paturi recuperare		12	2 833,6
	(diagnosticare și terapeutică)	ATI (ICU) + Îngrijire critică							19	1 147,3
	Laborator								591,5	
Total										7 562,2
Saloane cu paturi	Medicină internă	Generală						45	1 393,6	
		Gastroenterologie						15	594,1	
	Chirurgie (incl 4 paturi de zi)	Cardiologie				Incl. 7 paturi de zi		45	1 415,1	
		Chirurgie generală				Incl. 4 paturi de zi		42	1 356,6	
		Ortopedie și traumatologie						10	525,2	
		Neurochirurgie						4	429,7	
		Chirurgie orală și maxilofacială						28	1 133,6	
		Chirurgie ORL						19	679,3	
		Oftalmologie						15	615,6	
		Chirurgie toracică						16	620,8	
		Reabilitare (post traumă)						30	1 408,6	
		Total							269	10 171,9
		Reabilitare								607,1
		Farmacie								235,7
		Administratie								709,8
	Unitate întreținere tehnică și de servicii								4 098,0	
	Servicii de depozitare, recepție și distribuție (inclusiv sterilizare centralizată)								2 447,9	
	Zone procesare de zi								2 496,0	
	Cercetare, educație și training								395,2	
	IT								237,9	
	Vestiare pentru personal								1 137,5	
	Zona de ambulanță								144,3	
	Suplimentare (privind structura arhitecturală, modulară a clădirii)								1 600,0	
Total									300	31 843,4

Figura 29: Scenariul 1 – Program funcțional – rezumat



IFC | International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

SCENARIUL 2 _ 350+		CHIRURGIE	INGRIJIRE INTERMEDIARĂ / REABILITARE FIZICĂ	OBSTETRICĂ & GINECOLOGIE + NEONATOLOGIE	Paturi de zi	Operatie în aceeași zi	ATI	Îngrijire critică	ATI nou- născuți	
Bloc operator / ATI / Sterilizare centrală / unități diagnostic & endoscopie / laborator	ER	130	30	140 (incl. menținerea noilor născuți în camera mamei)	12	12	12	0	15	351
Zonă	Unitate	Salon cu paturi / secție			Paturi		Zonă (mp)			
Urgențe și	Intrare / Internări						651,3			
Intrare	Salon urgențe				2 Blocuri Operatorii (BO) ca săli de resuscitare / tratament de urgență		1 652,7			
	Endoscopy						585,0			
Zonă medicală (diagnosticare și terapeutică)	Blocuri operatorii (BO)	Incl. 12 paturi de zi			10 BO + 2 cezariana + 5 chirurgie de zi / 22 paturi recuperare		12		3 049,2	
	ATI (ICU)						12		987,7	
	Laborator						591,5			
	Total						7 517,4			
Saloane cu paturi	Obstetrică și Ginecologie + Sală de nașteri + ATI neonatologie	Obstetrică + sală de nașteri Ginecologie			Incl. 8 paturi de zi Incl. 15 ATI neonatologie		60 38 65		2 555,2 1 314,3 1 309,1	
	Chirurgie (incl 4 paturi de zi)	Neonatologie Chirurgie generală Ortopedie și traumatologie Neurochirurgie Chirurgie orală și maxilofacială Chirurgie ORL Oftalmologie Chirurgie toracică Reabilitare (post traumă)			Incl. 4 paturi de zi		42 10 4 28 19 15 16 30		1 356,6 525,2 429,7 1 133,6 679,3 615,6 620,8 1 408,6	
	Total						327		11 947,7	
	Reabilitare								607,1	
	Farmacie								235,7	
	Administratie								709,8	
	Unitate întreținere tehnică și de servicii								4 098,0	
	Servicii de depozitare, recepție și distribuție (inclusiv sterilizare centralizată)								2 447,9	
	Zone procesare de zi								2 496,0	
	Cercetare, educație și training								395,2	
	IT								237,9	
	Vestiare pentru personal								1 137,5	
	Zona de ambulanță								144,3	
	Suplimentare (privind structura arhitecturală, modulară a clădirii)								1 600,0	
Total							351		33 574,4	

Figura 30: Scenariul 2 – Program funcțional – rezumat

Cu toate că fiecare scenariu presupune că nucleul funcțiilor clinice este același și include zone de urgență și intervenție chirurgicală, fiecare dintre acestea va include funcții suplimentare în zonele de îngrijire primară și saloane cu paturi în funcție de scopul activităților care urmează să fie efectuate. Având în vedere fluxurile de pacienți, sinergiile dintre domenii cum ar fi îngrijirea primară și zonele aferente saloanelor cu paturi sau funcțiile de urgență și diagnosticarea, este necesară planificarea și luarea de decizii atente în cursul elaborării conceptului de proiectare.



IFC | International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

SCENARIUL 3		CHIRURGIE	INGRIJIRE INTERMEDIARĂ / REABILITARE FIZICĂ	MEDICINĂ INTERNĂ + CARDIOLOGIE INVASIVĂ	OBSTETRICĂ & GINECOLOGIE + NEONATOLOGIE	Paturi de zi	Operatie în aceeași zi	ATI	Îngrijire critică	ATI nou- născuți	
- 400+					140 (incl. menținerea noilor născuți în camera mamei)	19	12	16	7	15	467
Bloc operator / ATI / Sterilizare centrală / unități diagnostic & endoscopie / laborator	ER	130	30	98							
Zonă	Unitate	Salon cu paturi / secție					Paturi			Zonă (mp)	
Urgențe și	Intrare / Internări									651,3	
Intrare	Salon urgențe						2 Blocuri Operatorii (BO) ca săli de resuscitare / tratament de urgență			1 652,7	
	Endoscopy									585,0	
Zonă medicală	Blocuri operatorii (BO)	Incl. 12 paturi de zi					10 BO + 2 cezariana + 5 chirurgie de zi / 22 paturi recuperare			12	3 049,2
(diagnosticare și terapeutică)	ATI (ICU)									16	1 088,5
	Laborator										591,5
	Total										7 618,2
Saloane cu paturi	Obstetrică și Ginecologie + Sală de nașteri + ATI neonatologie	Obstetrică + sală de nașteri								60	2 555,2
		Ginecologie					Incl. 8 paturi de zi			38	1 314,3
		Neonatologie					50 + 15	Incl. 15 ATI neonatologie		65	1 309,1
	Medicină internă	Generală								45	1 393,6
		Gastroenterologie								15	594,1
		Cardiologie					Incl. 7 paturi de zi			45	1 415,1
	Chirurgie (incl 4 paturi de zi)	Chirurgie generală					Incl. 4 paturi de zi			42	1 356,6
		Ortopedie și traumatologie								10	525,2
		Neurochirurgie								4	429,7
		Chirurgie orală și maxilofacială								28	1 133,6
		Chirurgie ORL								19	679,3
		Oftalmologie								15	615,6
		Chirurgie toracică								16	620,8
		Reabilitare (post traumă)								30	1 408,6
	Total								432	15 350,4	
		Reabilitare									607,1
		Farmacie									235,7
		Administratie									1 211,6
		Unitate întreținere tehnică și de servicii									5 400,0
		Servicii de depozitare, recepție și distribuție (inclusiv sterilizare centralizată)									3 260,4
	Zone procesare de zi									2 496,0	
	Cercetare, educație și training									395,2	
	IT									237,9	
	Vestiare pentru personal									1 734,9	
	Zona de ambulanță									144,3	
	Suplimentare (privind structura arhitecturală, modulară a clădirii)									1 600,0	
Total										467	40 291,6

Figura 31: Scenariul 3 – Program funcțional – rezumat

Planul de zonare care este procesat de municipalitate ia în considerare un coeficient de utilizare a terenului („CUT”, așa cum este menționat de MT) de 3, ceea ce înseamnă că suprafața clădirii nu trebuie să depășească 300,000 mp (suprafața calculată pe latura exterioară a pereților externi), ceea ce generează aproximativ 280,000 mp de suprafață utilă. Estimările preliminare ale suprafeței totale utilizabile pentru cele 3 Scenarii luate în considerare mai sus se încadrează în intervalul 32,000-40,200 și pentru masterplanul general în regiune de 100,000 mp, ceea ce înseamnă că dezvoltarea planificată se încadrează în limita CUT și lasă loc considerabil pentru dezvoltarea viitoare, dacă este necesar.

ii. Cerințe privind amplasamentul



IFC | International Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Mai multe elemente trebuie avute în vedere la alegerea amplasamentului pentru o nouă unitate sanitară:

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

- Ipoteze de planificare pentru amplasament

S-au stabilit următoarele asumptii aferente planificării pentru amplasament:

- Amplasamentul greenfield este clar și ușor de administrat, fără drepturi ale terților și este deținut în întregime de municipalitate;
- Următoarele utilități sunt disponibile în apropierea amplasamentului: rețelele de alimentare cu apă, canalizare/drenare, electricitate, gaz și telecomunicații;
- Elicopterul medical (fără obstacole aeriene) trebuie să aibă acces liber cât mai aproape posibil de intrarea în unitatea de urgență;
- Parcela desemnată în cadrul amplasamentului global este de 100,000 mp⁴⁵;
- Procentul din suprafața construită (Percentage of Land Occupation („POT” sau procentul de ocupare al terenului menționat în limba română) a fost stabilit la 75%, ceea ce reprezintă 75,000 mp;
- Regim de înălțime maximă: 1-5S+P+7+Er; înălțimea maximă (m): 43; pentru Faza 1: s-a presupus că G+2 are o înălțime cuprinsă între 13 și 15 m.
- CUT (coeficient) = 3 care permite circa 280,000 mp de zone utilizabile care trebuie luate în considerare.
- Retragera (distanța dintre amprenta clădirii și linia de hotar a proprietății) se presupune a fi de 6 m și va respecta Planul Urbanistic Zonal;
- Zona tampon verde până la Calea Torontalului.
- Coridorul albastru-verde a fost planificat spre est – cu aproximativ 15 m de rezervă.
- Nu există zone protejate de mediu specificate pentru acest amplasament.
- Acoperișurile și streșinile pot fi configurate în modalitatea optimă de proiectare;
- Nu există cerințe specifice pentru împrejmuire/incintă
- Parcajul trebuie amenajat în limitele proprietății, pe baza raportului de 1 loc de parcare la 100 mp de SC;
- Structura și principalele materiale de construcții nu trebuie să interfereze cu caracteristicile generale ale zonei;
- Organizarea de șantier trebuie aprobată în decizia de eliberare a autorizației de construire;

⁴⁵ Cerințele formale ale planului de zonare enumerate mai jos se bazează pe datele și informațiile furnizate de municipalitate în data de 9 mai 2024



IFC

International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

- Nu există zone protejate și nici situri arheologice (ipoteză care trebuie confirmată în etapa de fezabilitate);
- Studii geotehnice, geodezice, topografice, hidrologice și orice alte studii și evaluări ale condițiilor sitului vor fi efectuate înainte de implementarea Proiectului.

În scopul calculării amprentei și al dezvoltării configurației preliminare a sitului, Scenariul 1 este luat în considerare și analizat mai detaliat în cele ce urmează.

3.2.2 Caracteristici, parametri, nivel de echipare și dotare preconizate

Astfel cum se menționează la punctul 3.2.1.b, în scopul calculării amprentei și al dezvoltării planului preliminar al amplasamentului pentru Studiul de fezabilitate, a fost selectat scenariul 1.

a) Amprenta

Pentru a calcula amprenta clădirii, funcțiile planificate și interfața acestora trebuie analizate. Întrucât Scenariul 1 prevede un spital de urgență, funcțiile vor fi localizate la parter și se presupune un punct de intrare relevant. Scenariul 1 include, de asemenea, un laborator de cateterizare, astfel că trebuie să se ia în calcul spațiul necesar la parter.

Prin însumarea dimensiunilor suprafețelor pentru diferitelor funcții care se presupune a fi situate la parter (zone de tratament primar, sau Urgențe, saloane cu paturi, diagnostic, spații tehnice și comune) se obține o amprentă de 12,832 mp.

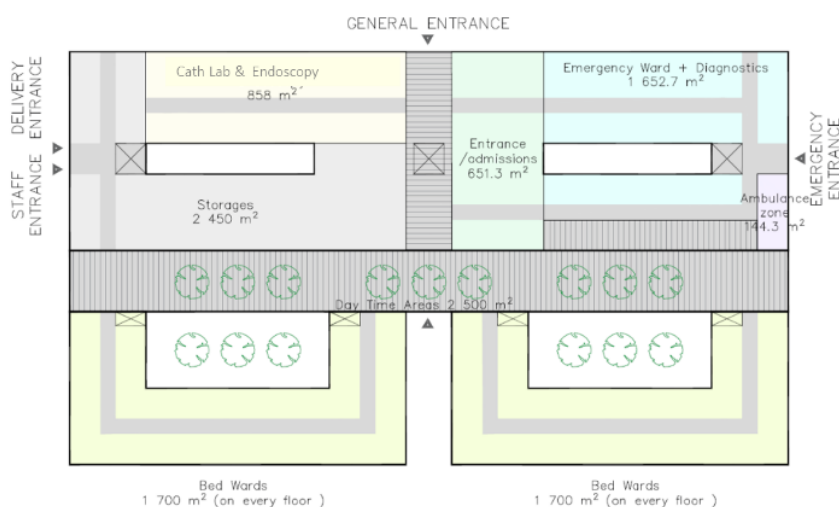


Figura 32: Dispunerea preliminară la parter pentru Scenariul 1

Pe baza celor de mai sus, s-a efectuat o testare pentru a se vedea modul în care atât clădirea, cât și infrastructura externă ar putea fi amplasate.

Au fost analizate două opțiuni de amenajare a amplasamentului, utilizând parametrii locației și potențialele constrângeri pentru a determina locația optimă a clădirii spitalului și a aterizării elicopterului. Traseul pacientului și al personalului medical de la heliport până la departamentul de primiri urgențe trebuie să faciliteze siguranța și să fie parcurs în cel mai scurt timp posibil.



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

i. Opțiunea 1 - Varianta de locație heliport A



Figura 33: Dispunere preliminară amplasament - Opțiunea 1

ii. Opțiunea 2 - Varianta de locație heliport B



IFC International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists



Figura 34: Dispunere preliminară amplasament - Opțiunea 2

b) Extindere viitoare

Întrucât este probabil ca NSMT să fie dezvoltat în etape, s-a acordat atenția cuvenită amplasării facilităților Fazei 1 în direcția extinderii viitoare. Ca atare, propunerea este de a extinde clădirea către DN6, menținând în același timp o înălțime de până la trei etaje (P+2). Helipad-ul ar fi mutat pe acoperișul clădirii care adăpostește Departamentul de Urgență, cu un sistem independent de lifturi care conectează puntea heliportului la zona de triaj. Înălțimea punții heliportului va fi la 3 metri deasupra nivelului acoperișului clădirii (pentru a menține un spațiu adecvat).

Dispunerea drumurilor ar trebui reproiectată, poziționând drumul de acces către zonele de parcare pe laturile sud, de est și de sud-est ale clădirii care va fi construită după extindere, împreună cu adăugarea unui număr adecvat de spații de parcare. Accesul direct la Departamentul de Urgență ar trebui creat din partea de nord, excluzând părți din zonele de parcare existente.

Pentru a ilustra posibila dezvoltare ulterioară a spitalului, a fost elaborată dispunerea preliminară a sitului pentru scenariul 3, reflectată în figura de mai jos.



IFC | International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists



Figura 35: Dispunere preliminară amplasament indicând direcția posibilei extinderi

c) Cerințe suplimentare privind amplasamentul

În urma vizitelor la fața locului în 2022 și în 2024 și a ședințelor de lucru ulterioare cu reprezentanții municipalității, precum și cercetării surselor electronice disponibile împreună cu răspunsurile primite în timpul acestui proces, am stabilit că amplasamentul desemnat pentru noul spital este adecvat pentru capacitatea viitoare completă calculată (700+ paturi), așa cum se arată în masterplan, cu o Fază 1 care implică relocarea serviciilor prioritizate (Scenariul 1) în ceea ce privește:

- Spațiul;
- Construcția;
- Stabilitatea fizică a locației;
- Accesul rutier și pentru pietoni;
- Conexiuni de infrastructură și utilități.

Parcela desemnată lasă loc atât pentru proiectarea eficientă a clădirilor, cât și pentru furnizarea infrastructurii externe necesare. Deoarece această parcelă de teren nu este situată într-o zonă intravilană, nu există constrângeri și provocări anticipate avute în vedere în timpul construcției. Acest lucru va contribui la începerea la timp a operării spitalului.



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

d) Cerințe de infrastructură

Spitalele sunt cele mai complexe tipuri de clădiri, cuprinzând o gamă largă de servicii medicale și non-medicale, alături de unități funcționale. Ele trebuie, de asemenea, să fie flexibile în ceea ce privește soluția de proiectare și proiectarea serviciilor de construcție pentru a se adapta restructurării determinate de modificările în profilul serviciilor clinice ca urmare a modificărilor de natură epidemiologică, fluxurilor pacienților și tehnologiilor medicale.

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

Infrastructura externă este determinată de amprenta la sol a NSMT și are în vedere constrângerile legate de dimensiunea parcelei, de amplasarea acesteia și de cerințele planului de urbanism.

Tabelul 25. Clădire și infrastructură exterioară

Nu	Zone	Suprafață metri pătrați
1.	Suprafață totală construită (BUA)	31,843
1a	Zone de tratament primar (blocuri operatorii, ATI, Departamentul de urgență)	6,319
1b	Diagnostic, laborator etc.	4,304
1c	Saloane cu paturi	10,172
1d	Spații tehnice	8,552
1e	Zona de zi	2,496
1f	Helipad (cu sisteme de navigație și instalații și echipamente pentru protecția și stingerea incendiilor)	
	Total clădire	
2.	Zone exterioare	
	Suprafața de teren disponibilă	100,000
	Amprenta clădirii	12,832
	Suprafața de teren rămasă	87,168
2a	Drumuri, locuri de parcare	16,800
2b	Zone verzi	70,368
2c	Infrastructură	25,517
	Total zone exterioare	125,517

i. Evaluarea necesităților de utilități publice

- Sistemul sanitar de canalizare - capacitatea de evacuare este considerată adecvată pentru necesitățile Fazei 1.
- Conducta de alimentare cu apă - se presupune că sarcina transportată de conducta principală de 400 mm va fi adecvată pentru spital. În plus, va fi investigată și posibilitatea unui puț de adâncime.



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

- Sistemul de apă pluvială - se presupune că evacuarea apei de-a lungul șanțului de drenaj existent este adecvată.
- Rețeaua de apă pluvială (furtună) - va face obiectul recalculării capacității șanțului, luând în considerare cantitatea suplimentară de apă din zonele amenajate.
- Sursă de alimentare cu energie electrică - sunt necesare 3 surse independente, cu instalație de comutare automată compusă din (a): două surse electrice de intrare de tensiune medie (15 kV), ambele dimensionate pentru 100% din necesarul electric al spitalului; și (b) un generator de rezervă pentru situații de urgență (a se vedea mai jos). Autoritatea locală a confirmat că cele două surse de 15 kV pot fi puse la dispoziție.
- Generatorul de rezervă de urgență va fi dimensionat pentru a furniza 70% din necesarul electric al spitalului.
- Încălzirea - poate fi realizată din rețeaua de termoficare urbană sau cu gaz. Alte surse mai ecologice vor fi analizate în etapa Studiului de fezabilitate.

ii. Elemente care trebuie negociate pentru a asigura accesul la infrastructura necesară

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

- Capacitatea necesară și tarifele unitare de racordare la utilități, prin discuții cu furnizorii de:
 - Apă curentă
 - Canalizare
 - Drenare a apelor pluviale
 - Furnizarea de electricitate
 - Gaze naturale
 - Telecomunicații
 - Colectarea deșeurilor
- Extinderea conexiunilor de utilități existente până la linia de hotar a proprietății, conform termenelor convenite pentru faza de construcție și punere în funcțiune;
- Acordarea de sprijin pentru obținerea de permise, avize și alte aprobări legale;
- Acordarea de sprijin pentru procesarea deciziei de mediu, inclusiv negocieri cu comunitatea locală, dacă este necesar;
- Se va efectua un studiu inițial al amplasamentului și al solului pentru a exclude posibilitatea contaminării, a munițiilor neexplodate rămase din cel de-al Doilea Război Mondial și pentru a constata situația solului;
- Asigurarea modificării planurilor de management al traficului și a oricăror alte modernizări ale drumurilor existente;
- Garantarea funcționării unui transport public suficient și demn de încredere;
- Adoptarea unei abordări „Clădire cu emisii aproape de zero”: în conformitate cu reglementările UE, proiectele noi, inclusiv spitalele, sunt proiectate în prezent cu cea mai mare eficiență energetică, cea mai scăzută emisie combinată de CO₂ și cu impact general minim asupra mediului. În contrapartidă, penalitățile pentru acestea sunt sub forma creșterii suprafeței și a volumului (și a costului) facilității pe care o vor impune aceste măsuri, atât în ceea ce privește:
 - instalațiile, și anume zone exterioare pentru pompe de căldură apă-apă, acoperiș și/sau spații exterioare pentru panouri fotovoltaice și solare etc.
 - logistica (și anume, rute și spații pentru a permite colectarea separată a deșeurilor).

Cele de mai sus vor necesita o planificare și o coordonare atentă chiar de la începutul activităților de proiectare.

- Energia regenerabilă finanțată parțial din fonduri UE urmează să fie discutată cu reprezentanții municipalității.



IFC | International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Numărul spațiilor de parcare este în conformitate cu reglementările locale și este respectat raportul necesar. Ca urmare a diferențelor dintre amprenta clădirii și numărul de zone de parcare necesare în mod oficial, zonele verzi presupuse pentru un spital cu 307 de paturi vor fi mai mari decât cele pentru o unitate sanitară cu 350+ paturi, din cauza diferenței dintre amprentele și zonele de parcare necesare.

e) Echipament medical

Echipamentele medicale (**ME**) se încadrează în categoria dispozitivelor medicale definite ca fiind orice instrument, aparat, dispozitiv, aplicație software, implant sau material destinat a fi utilizat, singur sau în combinație cu altele, pentru diagnosticarea, prevenirea, monitorizarea, predicția, prognoza, tratamentul sau ameliorarea bolilor, investigarea, înlocuirea sau modificarea anatomiei sau a unui proces sau stări fiziologice sau patologice. Aceasta include laboratoarele care efectuează examinări in vitro ale prelevărilor din corpul uman, inclusiv donații de organe, sânge și țesuturi⁴⁶. ME joacă un rol esențial în diagnosticarea, terapia, monitorizarea, însănătoșirea (reabilitarea) și îngrijirea pacienților. Este importantă gestionarea eficientă a unei astfel de resurse, pentru a putea răspunde cerințelor de îngrijire de înaltă calitate a pacienților și pentru a îmbunătăți rezultatele clinice și financiare. Echipamentele medicale joacă un rol esențial în atenuarea incidentelor clinice și în reducerea riscului de efecte secundare dăunătoare⁴⁷.

Department	Equipment	No
Diagnostics Imaging	Magnetic Resonance Imaging (MRI)	1
	MRI Control room equipment (computer, monitors)	1
	Computed Tomography Scanner (CT)	1
	CT Control room equipment (computer, monitors)	1
	General X-ray Unit	2
	X-Ray Control room equipment (computer, monitors)	2
	Ultra sound unit - general (set with bed)	2
	EKG device (set with bed)	1
	Emergency equipment	20
	Mammography unit	0
	Echocardiograph	0
	Arthroscope	0
	Cytoscope	0
	Bronchoscope	0

Furniture Code:	FM08
Furniture Name:	Laboratory Furniture
Furniture Specification:	Laboratory Furniture will consist of combination of units each of 900mm width for floor and wall cabinets. Arrangement of cabinets will be as space of lab allows. Shop drawings should be submitted for approval showing the arrangement of cabinets for each lab as outlined in Furnishings Schedule.
FRAMEWORK	Countertop frames should be supported by heavy duty metal framework. All frameworks to be made of appropriate sections of mild steel which is ungalvanized and epoxy powder coated. Framework to be designed for safe loading of worktops of up to 212 kilograms per square meter.
Framework heights will be 900mm. They should have adjustable feet to take care of uneven floors and achieve accurate levels.	
Underbench cabinets to be suspended from the underside of floor rail and over rails by suspension brackets allowing a free movement for entire length of the bench without being obstructed by the underside frames.	
WORKTOPS	Epoxy Resin Worktops is suitable from modified epoxy resin to provide optimum physical and chemical resistance required for heavy duty laboratory working surface. The worktop is to be highly resistant to the normally used laboratory reagents. Worktop color to be of approved color matching the lab color schedule, thickness would be 25mm. Worktops shall have anti splash nose edge.
CABINETS	Underbench Cabinets to be suspended from steel framework by means of special suspension brackets. The cabinets should glide along the entire length of the bench. They should be immovable and re-arrangeable with ease and without disturbing the framework.
Underbench cabinets to be manufactured from plywood laminated with melamine. Thickness of plywood used for sides and bottom is 18mm, for top is 24mm and back is 9mm. Thickness of melamine laminate used for sides, bottom, top and back is 0.7mm. Exposed floor of the body to be edged with PVC tape using hot melt at a temperature of 205 degrees Celsius.	
Doors and drawer fronts to be constructed from 18mm thick plywood with 4mm thick PVC lipping and laminated with melamine laminate of thickness 0.7mm.	
All doors to be fitted with self closing hinges that open 165 degrees and can be adjusted for alignment in 4 directions. Drawers to be fitted with epoxy coated steel sides and slide runners with nylon gliders. Doors and Drawers to be fitted	

Figura 36: Listă eșantion de echipamente medicale pentru buget și specificații

f) FF&E

Mobilierul, accesoriile (amenajările) și celelalte instalații („FF&E”) constituie un termen colectiv pentru articolele achiziționate în vederea amenajării finale a unei clădiri. Mobilierul reprezintă elemente mobile care nu sunt prevăzute cu utilități și nici nu au o legătură permanentă cu structura unei clădiri, în timp ce accesoriile (amenajările) sunt considerate elemente care sunt fixate pe structura clădirii, dar care pot fi îndepărtate⁴⁸.

g) Programele preliminare ME și FF&E pentru Scenariul 1 (circa 300 paturi)

⁴⁶ Regulamentul european (UE) 2017/745 (RDM: Regulamentul privind dispozitivele medicale, cu modificările ulterioare

⁴⁷ Ghid privind gestionarea dispozitivelor medicale pentru instituțiile medicale și de asistență socială (Managing Medical Devices Guidance for health and social care organisations), ianuarie 2021, Marea Britanie

⁴⁸ Dicționarul Oxford



La elaborarea necesarului ME și FFE și la întocmirea bugetelor aferente, s-a presupus că toate acestea vor fi noi, adică niciunul nu va fi transferat de la facilitățile actuale la NSMT. În etapa Studiului de fezabilitate este posibil să se efectueze o evaluare a stării și a adecvării unei selecții restrânse de echipamente medicale care este relativ modernă și bine întreținută. Câteva dintre acestea ar putea fi încorporate în planul de migrare (migration plan).

Lista principalelor elemente mecanice și electrice (ME) și de mobilier, amenajări și echipamente (FFE) pentru Scenariul 1 este rezumată în Tabelul 26 continuare. Acestea au fost elaborate pe baza unor baze de date de referință elaborate de consultantul tehnic și a recomandărilor OMS și ale asociațiilor medicale europene specializate⁴⁹.

Tabelul 26. Principalele echipamente pentru Scenariul 1

Faza 1 Scenariul 1 (300) Paturi	
Imagistică	
RMN	0.
CT	1.
Raze X	2.
Sunet ultra	2.
EKG	1.
Endoscopie	
Gastroscoop	1.
Colonoscop	1.
Bloc operator	
Masă de operație	10
Lampă de operație	10
Coloană chirurgicală	10
Coloană anestezică	10
Microscop chirurgical	10
Resuscitare (urgentă)	
Masă de operație	2
Lampă de operație	2
Coloană chirurgicală	2
Coloană anestezică	2
ATI	
Paturi ATI (anestezie și terapie intensivă)	20
Paturi îngrijire critică („CCU”)	7
Paturi ATI (anestezie și terapie intensivă) nou născuți	
Laborator cateterizare	1
Angiograf + monitorizare	1
Sterilizare centrală	
Dezinfectator spălător	2
Spălător cu ultrasunete	4
Sterilizator cu temperatură scăzută	2
Sterilizator cu abur	2
Dezinfectare paturi	
Dezinfectant pentru pat	2
Reabilitare	
Bazin	1

⁴⁹ Specificarea ME-cheie bazată pe: Lista de referință a Proiectului Atelier 7 (peste 15), inclusiv Spitalul Medcover din Varșovia; <https://www.who.int/activities/prioritizing-medical-devices>; Recomandările asociațiilor medicale specializate din Europa Centrală și de Est.



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

h) Cerințe privind echipamentele informatice și tehnologice

În această eră digitală, colectarea adecvată a datelor, proiectarea sistemelor și înțelegerea schimburilor bazate pe algoritmi umani vor fi esențiale pentru transformarea sistemelor de sănătate la nivel global. Sistemele de management al informației și tehnologie („IM&T”) contribuie la conectarea organizațiilor cu părțile lor interesate, oferind soluțiile IT necesare pentru sprijinirea procesului de furnizare a serviciilor de asistență medicală în lumea modernă. Modulele sistemului de management spitalicesc, cu bazele de date aferente, contribuie activ la optimizarea și digitalizarea tuturor proceselor din cadrul unității sanitare, îmbunătățind serviciile oferite beneficiarilor, reducând cheltuielile de funcționare, eficientizând cercetarea fișelor medicale, generarea facturilor, îngrijirea pacienților și activitățile personalului medical în general⁵⁰.

i) Soluții IM&T propuse pentru Scenariul 1 (circa 302 paturi)⁵¹

i. Medical

- HIS - sistem informatic spitalicesc (elemente-cheie selectate în *Figura 37* în continuare)
 - Rapoarte către contribuabili
 - LIS - Laboratoare
 - RIS - Diagnosticare
 - PACS - Depozit imagistică medicală
 - Integrarea blocurilor operatorii
 - Sterilizare
 - Sisteme de triaj
 - Sisteme de monitorizare a semnelor vitale și alte tipuri de monitorizare la distanță, dispozitive medicale portabile inteligente
 - Platforme de telemedicină



Figura 37. Principalele elemente facilitate de HIS

ii. Infrastructură (elementele principale selectate)

- BMS – inclusiv monitorizarea gazelor medicale

⁵⁰ <https://electronichealthreporter.com/importance-of-the-hospital-management-system/>

⁵¹ Valori de referință utilizate de Concept Realisation: PPP Zywiec Community Hospital 2020; Bielanski Hospital; Spitalele de suport COVID din Varșovia 2020; Poldniowy Hospital Varșovia greenfield 2021/22; Ofertele generale de preț ale contractorilor în cadrul licitațiilor publice în perioada 2021-2022; Cotații internaționale ale furnizorilor pentru evoluțiile spitalelor (greenfield și înlocuire)



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

- Monitorizarea mediului de depozitare a medicamentelor și alimentelor;
- Supraveghere medicală și vizuală prin rețea internă de camere video;
- Sistem apelare asistentă („nurse call”);
- Control acces, lifturi, parcări;
- Sistem de avertizare sonoră (audio);
- Software de infrastructură asociat;
- Routere și software de operare pentru servere;
- Spațiu suplimentar de stocare a datelor digitale.

iii. Administrativ (elementele principale selectate)

- Contabilitate;
- Rapoarte;
- RU;
- Verificarea documentelor;
- Arhive;
- Magazine;
- Activități comerciale;
- Vânzări.

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

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

Dispozitivele UPS sunt incluse în pachetul electric.

iv. Cerințe de stocare a datelor și potențial centru de date

Spitalele au nevoie de o strategie de stocare a datelor, deoarece toate spitalele de îngrijire acută și majoritatea medicilor (cu sediul la birou) utilizează acum evidențe medicale electronice (Electronic Health Records - EHRs). Împreună cu nevoile de stocare în creștere ale sectorului de diagnosticare și serviciilor de telemedicină, nevoia de stocare și de centre de date devine o problemă provocatoare pentru furnizorii de servicii medicale.

Întrucât spitalele stochează mai multe înregistrări ale pacienților și găzduiesc mai multe procese critice în cloud sau centrele de date on-premise, orice probleme cu aceste sisteme devin tot mai perturbatoare. Furnizorii de servicii medicale trebuie să se asigure că resursele lor digitale funcționează rapid, sigur și eficient pentru a menține un nivel ridicat de asistență medicală. Pe lângă gestionarea volumului masiv de date, spitalele trebuie să respecte standardele de reglementare privind gestionarea datelor sensibile. Securitatea cibernetică este o altă provocare, deoarece atacurile cibernetice pot pune în pericol viața pacientului și pot sabota viața privată a acestuia. Având în vedere aceste riscuri, spitalele trebuie să respecte standarde de securitate mai ridicate decât majoritatea



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

celorlalte sectoare, asigurându-se în același timp că utilizatorii autorizați pot accesa rapid date sensibile.⁵²

Ar fi recomandabil ca părțile interesate relevante de la nivel local și regional să analizeze în continuare posibilitatea accesării fondurilor de la Uniunea Europeană pentru a înființa un nou centru de date care să deservească atât SCMT, cât și alte spitale din regiune, întrucât nevoile de stocare și gestionare a datelor electronice vor fi imense din cauza digitalizării sectorului asistenței medicale.

3.2.3 Durata minimă de funcționare, apreciată în funcție de destinație/funcțiuni propuse

Diferitele infrastructuri au perioade de operare sau durate de viață diferite înainte de a fi înlocuite. Durata de viață este, de asemenea, preconizată pentru un regim de întreținere care să implice atât întreținerea preventivă planificată, cât și întreținerea responsabilă. Evaluarea finală a perioadelor de operare pe ciclul de viață se va efectua în etapa Studiului de fezabilitate. Ciclurile tipice de viață presupuse sunt menționate în secțiunea 3.8.1 litera (b).

3.2.4 Nevoi/cerințe funcționale specifice, după caz

Menționate la punctul 3.2.1 litera (e).

3.3 Aspecte sociale și de mediu

3.3.1 Introducere

Evaluarea preliminară a fezabilității de mediu și sociale (E&S), efectuată de experți locali și internaționali, pentru parcela de teren desemnată pentru dezvoltarea NTMH, a vizat următoarele etape:

- Rezultatul examinării informațiilor E&S electronice disponibile privind amplasamentul respectiv, alături de o cercetare succintă a riscurilor de E&S și a efectelor anticipate pentru locația respectivă;
 - O prezentare succintă a situației terenului și a oricăror aspecte legate de aceasta în baza informațiilor furnizate de către MT;
 - Evaluarea riscurilor privitoare la strămutarea rezidenților din zonă (reali sau potențiali; care sunt instalați în zonă legal sau ilegal);
 - Evaluarea posibilelor restricții E&S la nivelul amplasamentului respectiv și de orice risc de opoziție manifestată din partea populației locale cu privire la utilizarea terenului respectiv;
- și a rezultat într-o serie de constatări care urmează să fie analizate în continuare în faza de fezabilitate și de pregătire a proiectului.

3.3.2 Aspecte de mediu ale noii planificări zonale și urbanistice pentru dezvoltarea spitalului

În prezent, MT se află în proces de finalizare a unei Strategii de Dezvoltare Urbană Durabilă pentru zona Timișoara Nord (pentru detalii consultați secțiunea 3.1 din acest studiu) care acoperă o suprafață de aproximativ 1,130 de hectare. Planul preliminar de zonare are ca scop asigurarea și punerea în valoare a zonelor verzi și adoptă măsuri care facilitează sustenabilitatea și protecția mediului.

a) Soluții pentru mobilitate durabilă

Strategia de Dezvoltare Urbană Durabilă pentru Timișoara aferentă zonei de nord ia în considerare cartografierea soluțiilor de transport ecologice din zonă și include planuri pentru conexiuni de transport public feroviar și municipal (tramvai) și piste pentru biciclete care asigură că:

- zona este conectată și integrată cu rețelele feroviare și de transport public ale orașelor și regiunii;

⁵² <https://www.healthitanswers.net/why-do-hospitals-need-a-data-center-strategy-to-thrive-in-the-digital-era/>



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

- soluțiile intermodale sunt situate în vecinătatea facilităților cheie care deserveșc nevoile publice.

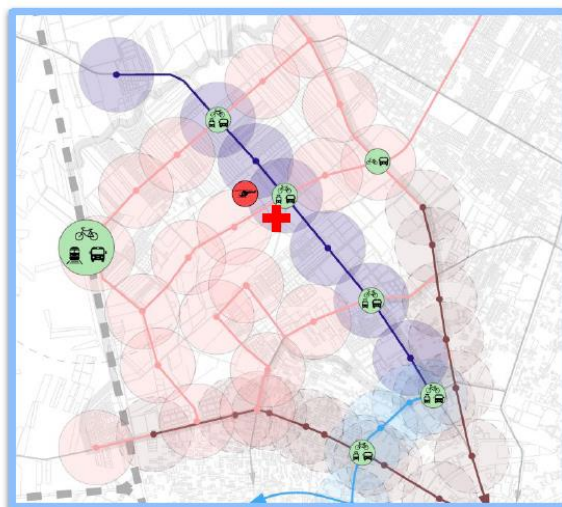


Figura 38: Planuri de mobilitate pentru dezvoltarea Timișoara Nord furnizate de MT (9 mai 2024)

b) Soluții „Green Blue” care urmează să fie adoptate

Municipalitatea are ca scop introducerea unor „soluții albastru-verzi” pentru zona mai largă din jurul parcelei desemnate pentru noul spital pentru a aborda sustenabilitatea prin:

- conectarea spațiilor verzi din zonă cu zone verzi sau verzi-albastre;
- dezvoltarea unui spațiu verde mare pentru întreaga municipalitate; și
- consolidarea și continuarea barierelor în calea protecției pădurilor.

Menținerea și extinderea spațiilor verzi din jurul parcelei desemnate pentru noul spital și pentru întreaga zonă vor facilita sustenabilitatea mediului și vor contribui la îmbunătățirea caracterului de vindecare a mediului spitalicesc.



Figura 39: Planuri de extindere a zonelor verzi pentru dezvoltarea Timișoara Nord furnizate de MT (9 mai 2024)

3.3.3 Evaluarea preliminară a condițiilor de mediu



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

a) Hidrologie

Un canal mare de drenaj este prezent la fața locului (a se vedea secțiunea Utilizarea amplasamentului de mai sus), iar al doilea canal de drenaj se desfășoară de-a lungul limitei de est a sitului. Cel mai apropiat corp de apă natural este râul Beregsău, situat la aproximativ 1,6 km nord-vest de sit. Se consideră că amplasamentul nu este situat într-o zonă expusă riscului de inundații costiere sau fluviale.

b) Protecția mediului

Situl este situat într-o zonă suburbană, cu habitate predominant modificate prezente la fața locului și în imediata sa vecinătate. Situl nu este situat în nicio zonă de conservare protejată legal. Nu sunt identificate zone cu biodiversitate ridicată la fața locului sau în vecinătatea acestuia.

c) Patrimoniul cultural

Niciun sit de patrimoniu cultural protejat legal (inclusiv zone cu potențial arheologic) nu sunt prezente în situl sau în imediata apropiere a acestuia. Prin urmare, se consideră că potențialul de descoperiri întâmplătoare este neglijabil.

d) Gestionarea deșeurilor

Cel mai apropiat depozit de deșeuri este depozitul municipal Ghizela, situat la aproximativ 12 km de amplasament. Depozitul acceptă în principal deșeuri solide municipale. În această etapă, nu este clar dacă depozitul de deșeuri este o unitate de management al deșeurilor autorizată în mod corespunzător și ar avea capacitatea de a accepta deșeuri asociate cu construcția spitalului sau deșeuri periculoase din domeniul sănătății rezultate din operațiuni.

În prezent, toate deșeurile din domeniul sănătății generate de alte unități sanitare din județul Timiș sunt colectate de firma Pro Air Clean și tratate cu ajutorul unui incinerator de dimensiuni reduse.

e) Rețele de utilități aflate în subteran

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

f) Contaminarea

Nu s-au constatat dovezi vizuale sau olfactive de contaminare în timpul inspecției sitului.

O sursă potențial de contaminare la fața locului este o parcare informală organizată pe un teren neamenajat (Figura 1). După cum a evidențiat municipalitatea, această zonă de parcare este utilizată intens de vizitatori în timpul unui festival aviatic anual. Nu poate fi exclusă o anumită contaminare localizată în zona de parcare asociată cu scurgerile de combustibil și ulei de la vehicule. Niveluri similare de contaminare localizată cu hidrocarburi pot fi de așteptat de-a lungul drumurilor neasfaltate care traversează amplasamentul, deoarece este posibil ca acele drumuri să fi fost folosite ca locuri de parcare în timpul festivalului local.

Zona adiacentă de depozitare în vrac, cu două AST-uri situate în amplasamentul aerodromului, reprezintă o sursă potențială de contaminare în afara amplasamentului. O cale continuă de contaminare în amplasamentul spitalului este canalul de drenaj care trece pe lângă depozitul în vrac și în amplasamentul spitalului (Figura 2). Acest canal de drenaj în sine reprezintă o altă sursă potențială de contaminare la fața locului, care are potențialul de a conține scurgerile contaminate de pe căile de



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

urare ale aeroportului, precum și contaminanții care migrează în afara zonei de depozitare în vrac adiacentă.

O investigație intruzivă a amplasamentului trebuie întreprinsă înainte de dezvoltarea sa pentru a determina amploarea potențialei contaminări a solului și a apelor freatice. Dacă se constată contaminarea, ar trebui elaborat un program de remediere pentru abordarea impactului identificat.

3.3.4 Constrângeri de dezvoltare cunoscute și potențiale

a) Canale de drenaj existente

Canalul de drenaj care se desfășoară de-a lungul limitei de est a sitului este deținut de ANIF și ar trebui menținut în funcțiune, fiind astfel identificat ca o constrângere pentru dezvoltarea amplasamentului și creând în același timp o oportunitate de includere în rețelele de evacuare a apelor pluviale.

b) Constrângeri legate de aeroport

Viitoarele clădiri sanitare care urmează să fie amplasate în vecinătatea amplasamentului aerodromului sunt susceptibile a face obiectul unei autorizații care să limiteze înălțimea clădirii. Astfel de autorizații sunt eliberate de Autoritatea Aeronautică Civilă Română („AACR”). Cerințele exacte pentru înălțimea clădirii ar trebui clarificate cu AACR în faza de proiectare.

c) Capacitatea existentă de gestionare a deșeurilor

Deși nu este considerată a fi o constrângere nemijlocită pentru dezvoltarea Proiectului în amplasamentul respectiv, lipsa unei unități adecvate de gestionare a deșeurilor în vecinătatea zonei Proiectului este considerată o problemă importantă. Nu este clar dacă depozitul de deșuri existent poate îndeplini standardele IFC aplicabile, în special cele prevăzute în Ghidul IFC pentru siguranță, sănătate, mediu (EHS), aplicabil unităților de management al deșeurilor, sau dacă respectivul depozit dispune de o capacitate suficientă de preluare a deșeurilor de alte tipuri decât deșeurile solide municipale, de ex. tipurile de deșuri asociate construcției unui spital sau deșuri medicale periculoase generate în timpul exploatării respectivei unități spitalicești.

Ar putea exista o altă opțiune de eliminare a unor deșuri din proiect prin intermediul incineratorului la scară mică existent, operat de o companie locală. Cu toate acestea, nu este clar dacă incineratorul va îndeplini limitele IFC privind calitatea aerului din Ghidul general IFC EHS. Este posibil ca soluțiile de tratare și eliminare a deșeurilor bazate pe amplasament să fie determinate folosind Tabelul 1 din Ghidul IFC EHS pentru unitățile sanitare.

d) Tratarea apelor uzate

Nu există instalații municipale de tratare a apelor uzate (WTF) pe o rază de 1 km de la amplasament. O nouă WTF pentru spital ar trebui să îndeplinească cerințele privind calitatea apelor uzate și a apelor ambientale, astfel cum sunt prevăzute în secțiunea 1.3 din Ghidul general IFC EHS, precum și cerințele sectoriale specifice pentru apele uzate rezultate din procese, astfel cum sunt descrise în Ghidul IFC EHS privind unitățile sanitare.

e) Alimentarea cu apă

Conform reglementărilor naționale relevante, un spital cu mai mult de 450 de paturi ar trebui să aibă propria sursă de captare a apei subterane (un puț de adâncime).

În conformitate cu Ghidul General al IFC (secțiunea 3. Sănătatea și Siguranța în cadrul comunităților), în cazul în care proiectul implică alimentarea cu apă a unor utilizatori ai unei facilități de infrastructuri (cum ar fi pacienții, în acest caz), pentru băut, gătit, spălat, îmbăiat, calitatea apei trebuie să respecte



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

standardele de acceptabilitate naționale sau, în lipsa, acestora, versiunea curentă a Ghidului privind calitatea apei potabile al OMS. Calitatea apei pentru solicitări mai speciale, de exemplu activitățile spitalicești, pot necesita aplicarea unor ghiduri și standarde mai stricte, specifice domeniului respectiv, după caz.

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

f) Aspecte privind părțile interesate

Deoarece perimetrul necesar Proiectului se află pe un teren agricol neamenajat, nefiind în prezent utilizat în mod formal sau informal, se consideră că este puțin probabil ca Proiectul să întâmpine opoziție din partea comunității locale. Cu toate acestea, comunitățile locale ar trebui consultate cu privire la proiect încă de la începutul procesului de proiectare și ar trebui și informate în mod adecvat cu privire la impactul și riscurile potențiale de E&S ale Proiectului, în conformitate cu Standardul de performanță 1 al IFC.

3.3.5 Rezumatul potențialelor efecte și aspecte negative E&S

În această fază inițială, a fost efectuată o analiză preliminară a riscurilor potențiale E&S, pe baza unei analize a informațiilor electronice disponibile și a informațiilor furnizate de municipalitate.

Problematicile E&S care au fost identificate ca prezentând un risc scăzut în această etapă preliminară:

- Achiziția / dreptul de proprietate asupra terenului: Nu se întrevide niciun risc, deci nu a fost identificat potențialul unor activități cum ar strămutarea rezidențială sau economică a unor persoane.
- Biodiversitatea: Nu ne așteptăm ca Proiectul să genereze vreun impact asupra biodiversității, zonelor protejate sau habitatelor.
- Riscul de inundație: Se consideră că respectivul lot nu este situat într-un loc expus pericolului de inundații sau viituri, avându-se în vedere distanța față de cele mai apropiate corpuri de apă.
- Patrimoniul cultural: Nici în zona respectivă și nici în vecinătatea acesteia nu se află zone de importanță pentru patrimoniul cultural. Nu este de așteptat să fie prezente în perimetrul respectiv zone cu relevanță arheologică, iar potențialul de a identifica astfel de structuri este neglijabil.

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

- Responsabilități de mediu: În principal, terenul vizat este teren neamenajat aflat în circuitul agricol. Nu s-au identificat contaminări vizuale sau olfactive. Cu toate acestea, nu poate fi exclusă o contaminare în zona de parcare informală și de-a lungul drumurilor neasfaltate la fața locului. Canalul de drenaj care traversează situl de la amplasamentul aeroportului reprezintă o altă sursă potențială de contaminare care are potențialul de a conține scurgeri contaminate de pe căile de rulare ale aeroportului, precum și contaminanți care migrează din zona de depozitare în vrac adiacentă.
- Calitatea aerului: Ne așteptăm ca în timpul etapelor de construcție și operare a unității spitalicești să existe emisii în aer (în special dacă se decide că este oportună construcția unui incinerator de deșeuri în spital).
- Resursele de apă: Este posibil ca Proiectul să utilizeze propria sursă de extragere a apei subterane, pentru a satisface cererea de apă, ceea ce este posibil să afecteze resursele locale de apă freatică care sunt utilizate și de alte categorii de utilizatori locali. Efectul potențial al captării apelor freatice



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

pentru activitățile de proiect ar trebui evaluat în mod corespunzător, combinând evaluările din teren și tehnicile de modelare, avându-se în vedere atât variabilitatea sezonieră, precum și evoluția preconizată a cererii în zona proiectului.

- Deșeuri/ape uzate: Deșeurile și apele uzate vor fi generate pe durata ciclului de viață al proiectului și vor necesita tratare și eliminare în conformitate cu standardele IFC relevante, inclusiv Ghidul IFC EHS pentru unitățile sanitare.
- Emisii de gaze cu efect de seră: Emisiile GES anuale generate de operațiunile din cadrul Proiectului pot depăși valorile de prag specifice în Standardul de Performanță nr. 3 al IFC (peste 25,000 tone echivalent CO₂ anual).
- Peisagistică și efecte vizuale: Este posibil ca Proiectul să afecteze calitatea sau caracteristicile priveliștii pentru comunitățile învecinate.
- Zgomotul: Utilajele de construcții vor genera zgomot în timpul lucrărilor de construcții, care ar putea depăși limitele legale și ar putea crea un disconfort pentru comunitățile învecinate.
- Traficul rutier: construcția spitalului va genera un trafic rutier semnificativ necesar pentru transportul muncitorilor din construcții, a materiilor prime și al echipamentelor și utilajelor. Prin urmare, pot apărea riscuri semnificative la adresa stării de sănătate a comunității locale, precum și riscuri de sănătate asociate transportului personalului și echipamentelor/materialelor, precum și din punctul de vedere al presiunii exercitate asupra rețelei locale de drumuri.
- Cumulativ: Proiectul ar putea contribui la alte evoluții existente sau previzibile în zonă, inclusiv în ceea ce privește aeroportul existent și gara planificată la vest de sit.

3.3.6 Concluzii și considerații suplimentare

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

Pe baza informațiilor disponibile privind proiectul și cadrul de mediu și socio-economic, o serie de efecte E&S potențial adverse asociate cu proiectul propus au fost considerate a fi potențial semnificative și trebuie să fie evaluate în continuare prin studii suplimentare ca parte a viitoarei Evaluări a Impactului de Mediu și Social.

3.4 Aspecte instituționale și de implementare

3.4.1 Cadrul juridic și administrativ al proiectului

Municipiul Timișoara a ales să investigheze posibilitatea construirii noului Spital Clinic Municipal de Urgență (SCMT) prin intermediul Parteneriatului Public-Privat. Termenul de parteneriat public-privat („PPP”) din acest studiu înseamnă:

„Un contract pe termen lung între o autoritate publică și o companie din sectorul privat pentru furnizarea unei infrastructuri publice sau a unui serviciu care se află sub responsabilitatea unei agenții de stat care transferă un risc substanțial către partea privată, include furnizarea de finanțare din surse private și se concentrează mai degrabă pe specificațiile privind rezultatele proiectului decât pe datele de intrare aferente proiectului, legate de un sistem de plată bazat pe performanță pe termen lung.”⁵³

Constrângerile bugetare ale fondurilor publice și dinamica sectorului sănătății au determinat administrațiile de la nivel local și central să caute modalități prin care să își poată finanța facilitățile și

⁵³ Definiție bazată pe definiția dată PPP-urilor de către EPEC, conform D8. Metodologie și Ghid pentru Procesele de Pregătire și de Achiziție aferente PPP-urilor, REFORM/SC2021/077, pag. 6)



IFC

International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

să introducă eficiențe în managementul acestora. Atunci când sunt structurate pentru a facilita un scenariu win-win atât pentru partenerul public, cât și pentru cel privat, modelele PPP în domeniul sănătății:

- permit atragerea capacității financiare și tehnice, în domenii în care sectorul public nu este la fel de puternic;
- permit autorităților locale să acceseze noi surse de finanțare pentru a face față constrângerilor bugetare;
- oferă contracte cu o componentă de reglementare solidă și un regim de monitorizare a performanței care să asigure așteptările și interesele Partenerului Public;
- facilitează o mai bună gestionare a calității, timpului și bugetelor în procesul de construcție; oferă un management mai bun al riscului;
- promovează implementarea unor politici mai clare și practici de gestionare a contractelor;
- promovează o analiză financiară adecvată;
- facilitează eficiența și soluțiile inovatoare;
- promovează sustenabilitatea proiectului;
- promovează raționalizarea dimensiunii și dimensiunii infrastructurii planificate pentru a minimiza costurile de întreținere (design flexibil, adaptat nevoilor și lăsând spațiu pentru extindere);
- promovează managementul durabilității infrastructurii și echipamentelor în contextul întreținerii de-a lungul ciclului de viață;
- promovează motivația atât a personalului, cât și a utilizatorilor finali;
- facilitează îmbunătățirea standardului de îngrijire;
- contribuie la crearea unui mediu care va atrage mai mulți pacienți și personal;
- permit accesul la o gamă mai largă de programe de sănătate;
- aduc noi locuri de muncă și oportunități de afaceri pentru comunitatea locală; și
- contribuie la dezvoltarea și atragerea de noi inițiative în domeniul stabilit pentru noua investiție.

3.4.2 Cadrul juridic privind PPP, achizițiile publice și concesiunile

În prezent, actul legislativ cheie care guvernează PPP-urile în România este Ordonanța PPP⁵⁴ care a fost deja aprobată prin lege. Ordonanța PPP definește PPP ca o cooperare pe termen lung (peste 5 ani) între un partener public și un partener privat al cărei obiect este: (i) realizarea sau, după caz, reabilitarea și/sau extinderea unui bun sau a unor bunuri care vor aparține patrimoniului partenerului public și/sau: (ii) operarea unui serviciu public. Beneficiarul direct al utilizării respectivului bun sau serviciu public poate fi partenerul public, o altă entitate publică sau publicul în general.

Domeniul de aplicare al Ordonanței PPP nu se limitează la anumite tipuri de proiecte și, prin urmare, poate acoperi proiectele din domeniul sănătății. Etapele unui proiect PPP, pe larg, sunt următoarele:

- Întocmirea unui studiu de fundamentare de către partenerul public și aprobarea studiului de către autoritatea deliberativă (în acest caz de către Consiliul Local al Municipiului Timișoara);
- Organizarea procedurii de atribuire a contractului PPP;
- Aprobarea de către autoritatea competentă (adică Consiliul Local al Municipiului Timișoara) a contractului PPP rezultat în urma negocierilor purtate între partenerul public și partenerul privat;
- Semnarea contractului PPP;
- Satisfacerea condițiilor precedente stipulate în contractul PPP, inclusiv închiderea financiară.

⁵⁴ Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 39/2018 privind parteneriatul public-privat; această OUG (și cele patru ordonanțe de urgență a Guvernului care au modificat-o de la adoptare) a obținut aprobarea Parlamentului, conform prevederilor Constituției României, și a fost aprobată cu modificări prin Legea nr. 7/2024.



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

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

- Suportabilitatea proiectului ca PPP și o comparație a aranjamentelor contractuale alternative;
- Matricea de risc pentru fiecare opțiune de implementare alternativă;
- Măsura în care Proiectul are impact asupra deficitului public și a datoriei publice;
- Bancabilitatea Proiectului; și
- Eficiența economică a Proiectului.

Ordonanța PPP nu prevede proceduri speciale de atribuire a contractului. În schimb, este concepută pentru a fi completată de prevederile legale privind atribuirea contractelor de achiziții publice și de concesiune, care au implementat directivele UE relevante care reglementează acest subiect. Alegerea între legea achizițiilor publice și legea concesiunilor se face pe baza studiului de fundamentare care ar trebui să ilustreze dacă o parte semnificativă a riscului economic de exploatare este transferată sau nu către partenerul privat. În cazul în care o parte semnificativă a riscului economic de exploatare este transferată partenerului privat, contractul PPP va fi atribuit în conformitate cu cadrul legal privind concesiunile de lucrări și servicii (adică Legea nr. 100/2016). Presupunând că peste 50% din veniturile companiei de proiect vor proveni de la bugetul municipalității, se poate estima că se va aplica legea PPP (pentru implementarea proiectului). Analiza detaliată pentru alegerea procedurii de achiziție PPP va fi analizată într-o etapă ulterioară (în cadrul studiului de fundamentare).

În conformitate cu Ordonanța PPP, durata proiectului trebuie stabilită astfel încât să asigure un profit rezonabil obținut din exploatarea activelor sau serviciului care constituie obiectul PPP, precum și un nivel rezonabil și accesibil al prețului serviciilor aferente obiectului contractului PPP.

Rezilierea contractului PPP este reglementată în detaliu de Ordonanța PPP, în special în ceea ce privește: (i) regimul activelor create sau achiziționate de compania de proiect și al activelor necesare prestării serviciului public și: (ii) participăției partenerului privat în compania de proiect.

Contractul PPP și compania de proiect sunt reglementate de legea română.

3.4.3 Modelul PPP propus pentru proiect

a) Introducere

PPP-urile sunt configurate astfel încât:

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

În faza de fezabilitate, am aliniat așteptările pe baza acestor patru criterii, bazându-ne pe cunoștințele dobândite până acum. Aceste criterii ar trebui să fie în continuare o referință, întrucât proiectul este dezvoltat în continuare în cursul următoarelor etape de fezabilitate și de pregătire necesare.



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

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

b) Principalele părți interesate și relațiile dintre acestea

Diagrama de mai jos descrie structura organizatorică propusă.

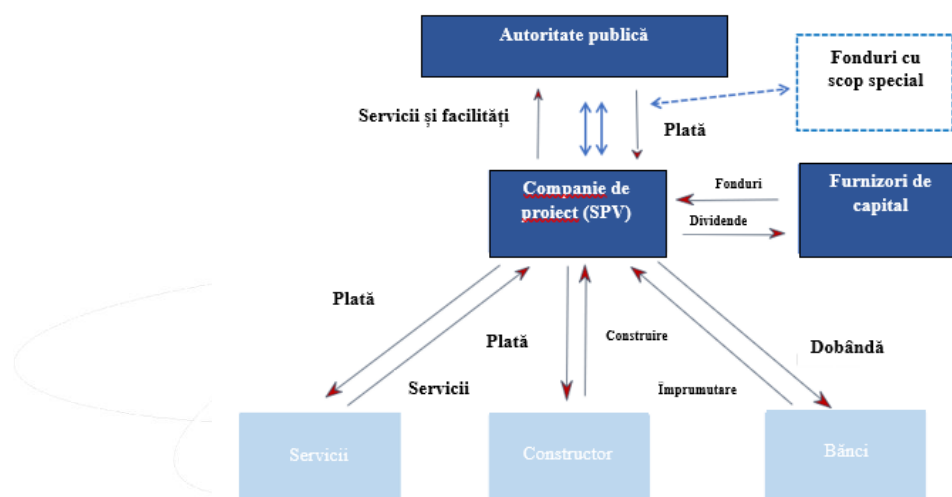


Figura 40. Structura organizațională propusă pentru proiect

Principalele părți ale proiectului PPP sunt următoarele:

- Municipiul Timișoara va încheia Contractul PPP (denumit în continuare „**partenerul public**”, „municipalitate”). În acest context, municipalitatea este „achizitorul” disponibilității facilităților și, prin urmare, are un rol fundamental în asigurarea bancabilității proiectului.
 - Facilitatea va fi transferată municipalității la sfârșitul duratei (contractului). Municipalitatea va fi responsabilă de-a lungul duratei de viață a contractului de furnizarea serviciilor clinice și a oricăror servicii non-clinice sau aproape clinice în cadrul spitalului care nu sunt externalizate către partenerul privat.
- Compania privată (firmă individuală sau consorțiu), în calitate de investitor și entitatea juridică (partenerul privat) care va înființa o companie de proiect (SPV) în România în scopul implementării proiectului, va asigura expertiza de capital și operațională pentru investiție și furnizarea infrastructurii, echipamentelor, cunoștințelor aferente serviciilor de management al facilităților (FM) („**partenerul privat**”);
- Investitorul (investitorii) în partenerul privat („**Sponsori**”/„Furnizor de capital propriu”);
- Băncile sau instituțiile financiare care asigură finanțarea datoriei seniore pentru Proiect și furnizorii pentru datoriile mezanine sau junioare (indicate ca „**Bănci**”)
- Antreprenorul care răspunde de proiectarea, achiziția și construcția și punerea în funcțiune a facilităților (/unităților) („**Constructorul**”, adesea numit și EPC); și
- Personalul și furnizorii externalizați, care sunt resursele esențiale care vor opera și vor întreține unitățile după punerea în funcțiune („**Serviciile**”).



IFC | International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Alte părți, care afectează punerea în aplicare a proiectului:

- **„Susținătorii financiari”**; Proiectul PPP, indiferent de forma aleasă (contractuală sau instituțională) poate primi sprijinul unei alte entități publice. Acest sprijin poate lua forma uneia sau mai multor obligații de plată sau obligații de garantare asumate față de partenerul privat sau față de compania de proiect și în beneficiul partenerului public. Obligația (obligațiile) privind susținerea trebuie prevăzute atât în studiul de fundamentare, cât și în documentația de atribuire, în mod clar, exact și fără echivoc, indicându-se condițiile în care se pot îndeplini aceste obligații. Entitatea publică susținătoare devine parte în contractul de PPP (fie de la semnarea inițială acestuia, fie printr-un act adițional semnat la o dată ulterioară).
- **Ministerul Sănătății** este autoritatea centrală din România care are competență în stabilirea priorităților naționale în materie de sănătate publică, aprobarea reglementărilor în domeniul asistenței medicale, asigurarea activității de inspecție sanitară de stat și coordonarea științifică și metodologică a rețelei de asistență medicală.
- **Direcțiile județene de sănătate publică (DSP-uri)** sunt servicii publice descentralizate, cu personalitate juridică, ce funcționează sub autoritatea Ministerului Sănătății. Rolul acestora este să implementeze planurile și politicile naționale de sănătate la nivel local, să identifice problemele prioritare în materie de sănătate la nivel local și să elaboreze și să implementeze acțiunile locale de sănătate⁵⁵.
- **Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS)** este o instituție autonomă care are rolul de a gestiona sistemul de asigurări sociale de sănătate și, în special, de a gestiona Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate („Fondul”). Spitalele publice pot să încheie contracte pentru rambursarea din Fond a costurilor sale cu furnizarea serviciilor medicale.
- **Casele de asigurare de sănătate** sunt instituții publice cu personalitate juridică, cu buget propriu, care asigură funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local. Casele de asigurări de sănătate sunt subordonate CNAS.

c) Alte aspecte privind structurarea

Există diverse problematice care trebuie abordate la structurarea acestui tip de parteneriate. Le prezentăm mai jos pe cele principale.

- **Proiectare și eficiență**: într-un PPP în domeniul infrastructurii, plata se bazează pe disponibilitate și doar într-o mică măsură depinde de servicii. Ca urmare, este important să se stabilească eficiența (economică) înainte de lansarea licitației pentru proiect și ca aceste aspecte legate de eficiență să fie reflectate în termenii de referință. În acest Raport a fost efectuată o planificare în domeniul sănătății și o planificare de capacitate și recomandarea este ca, în timpul studiului de fezabilitate, Consultantul pentru Faza 1, împreună cu echipa sa tehnică să efectueze astfel de planificări mai detaliate, pentru a aborda toate aspectele posibile privind eficiența. În plus, nivelul de proiectare pe care trebuie să îl efectueze fiecare ofertant în timpul perioadei de atribuire trebuie să fie suficient pentru a permite sectorului public să determine dacă proiectul este fezabil din perspectivă clinică - adică dacă operatorul public poate să își îndeplinească în mod adecvat funcțiile în spital, așa cum este proiectat acesta. Este important ca aceste aspecte să fie stabilite înainte de lansarea licitației și să fie prevăzute clar în documentație.
- În Faza 1 trebuie să se efectueze o testare a pieței pentru a stabili interesul, pe piața de ofertare, pentru implementarea unor astfel de proiecte de PPP în domeniul infrastructurii la nivel sub-național în România. În plus, trebuie făcută o analiză și la nivelul Creditorilor Seniori, pentru a se determina în ce măsură sunt dispuși să furnizeze finanțare de proiect la nivel sub-național.
- Structura trebuie analizată în raport cu prevederile din **Ordonanța PPP** din România;
- O definire detaliată a serviciilor FM pe care trebuie să le asigure partenerul privat, precum și la o analiză atentă a interfețelor dintre serviciile externalizate și internalizate și a riscurilor pe care le

⁵⁵ DSP-urile sunt organizate și funcționează în conformitate cu Ordinul ministrului sănătății nr. 1078/2010.



IFC

International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

impun aceste interfețe trebuie să fie furnizată în Faza 1. Subliniem faptul că gestionarea acestor interfețe reprezintă un risc esențial pentru Partenerul Public și, ca urmare, trebuie să se acorde o atenție deosebită acestor servicii și interfețelor dintre ele, ca parte a evaluării privind raportul cost/calitate (analiza de eficiență economică [Value for Money]; și

- Trebuie analizată capacitatea echipei de la nivelul municipalității de a supraveghea implementarea (proiectului). Recomandăm ca Proiectul să fie folosit ca oportunitate pentru formarea de capacitate instituțională, de dezvoltare și training al personalului.

d) Alocarea tipică a riscurilor

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

Tabelul 27. Distribuția tipică a riscurilor cheie între partenerul privat și cel public în proiecte similare

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



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

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

e) Aspecte juridice și administrative de implementare

În continuare este prezentată o foaie de parcurs a etapelor pentru implementarea proiectului NSMT prin intermediul PPP, dintre care unele pot fi finalizate simultan.

i. Etapa 1: Identificarea și selecția proiectelor PPP

Municipiul Timișoara a mandatat IFC și consultanții săi să elaboreze Studiul de fezabilitate (PFS) în conformitate cu prevederile Hotărârii de Guvern nr. 907/2016 (cu modificările din 2023).

Această analiză PFS și structurarea preliminară a proiectului PPP vizează conturarea obiectului și dimensiunii primei faze a dezvoltării noului Spital Municipal de Urgență din Timișoara.

Această etapă necesită, printre altele:

- Aprobarea proiectului de către Municipiul Timișoara (aprobarea studiului de fezabilitate)⁵⁶:
 - Decizia de a continua cu proiectul (decizie de investiție);
 - Decizia de a proceda cu pregătirea modelului PPP (decizie de achiziție);
- Decizie privind sursele de finanțare (municipiul Timișoara);
- În cazul în care este necesară finanțarea din surse publice, atunci ar trebui să se obțină aprobarea pentru studiul de fezabilitate și ulterior, în etapa următoare, pentru cel de fundamentare (VfM, evaluare și alocare riscurilor, evaluarea suportabilității) de la Unitatea de management a investițiilor publice („PIMU”) din cadrul Ministerului Finanțelor, care va revizui și va oferi consultanță cu privire la potențialul PPP al proiectului. Ar trebui să se obțină o autorizare preliminară privind suportabilitatea proiectului de la Unitatea de evaluare a investițiilor publice

⁵⁶ În D8. Metodologie și Ghid pentru Procesele de Pregătire și de Achiziție aferente PPP-urilor, REFORM/SC2021/077, pag. 12, se stipulează următoarele: “ca parte a procedurii generale de identificare și de pregătire a proiectelor, astfel cum este ea definită în H.G. nr. 907/2016, în majoritatea cazurilor trebuie întocmite o Notă Conceptuală (întocmită în conformitate cu conținutul-cadru prevăzut în anexa nr. 1 la H.G. nr. 907/2016.), o Temă de Proiectare (întocmită în conformitate cu conținutul-cadru prevăzut în anexa nr. 2 la H.G. nr. 907/2016), precum și (exceptând situația în care proiectul face parte dintr-o strategie sectorială și/sau națională, dintr-un master plan sau dintr-un plan similar aprobat la nivelul administrației publice) un Studiu de Fezabilitate”.



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

(„PIEU”) din cadrul Ministerului Finanțelor. Cu toate acestea, dacă proiectul este finanțat exclusiv din bugetul local, această ultimă etapă nu ar fi necesară în acest stadiu.

Important de reținut că cerințele legale exacte pot varia de la proiect la proiect, în funcție de anumite criterii, cum ar fi valoarea proiectului și sursele sale de finanțare.

ii. Etapa 2: Pregătirea Studiului de Fezabilitate & Fundamentare

Elaborarea detaliată a studiilor de fezabilitate și fundamentare a proiectului are ca scop demonstrarea fezabilității tehnice, juridice, comerciale și financiare și suportabilitatea proiectului PPP⁵⁷. Ca urmare, se analizează fezabilitatea generală a proiectului și se identifică modul cel mai bun de achiziție. Studiul de Fezabilitate și Fundamentare este o combinație între Studiul de Fezabilitate, așa cum este cerut de HG nr. 907/2016 și Studiul de fundamentare necesar pentru proiectele PPP, așa cum este descris în OUG nr. 39/2018 (Legea PPP). Ambele studii pot fi pregătite ca un studiu integrat. Pregătirea studiului este realizată de autoritatea contractantă, asistată de consilierii săi de tranzacție/consultanții juridici și tehnici.

Pași cheie care trebuie întreprinși în această etapă:

- Întocmirea studiilor de fezabilitate și fundamentare de către consultanții de tranzacție desemnați;
- Revizuirea și aprobarea studiului de fezabilitate și fundamentare de către Municipiul Timișoara;
- În cazul în care Proiectul va necesita contribuții de la bugetul de stat, municipalitatea va trebui să solicite aprobarea și autorizarea de la:
 - UMIP care va revizui și va face recomandări cu privire la studiul de fezabilitate și fezabilitatea implementării proiectului în prin intermediul PPP;
 - Ministerul Finanțelor care va verifica conformitatea Proiectului cu criteriile de priorizare (UEIP); și
 - Comitetul interministerial care va acorda autorizarea pentru studiul de fezabilitate și fundamentare.
- Aprobarea studiului de fezabilitate și fundamentare de către Municipiul Timișoara (autoritatea deliberativă - Consiliul Local) pentru a continua procesul de achiziție (dacă finanțarea propusă include și fonduri de la bugetul public, este nevoie și de aprobarea de către Guvern a indicatorilor tehnico-economici ai investiției);
- Testarea pieței;
 - Prin feedback-ul primit din partea pieței se va verifica dacă scopul propus, costul și evaluarea financiară a proiectului PPP planificat sunt realiste și, totodată, că termenii contractuali cheie și alocarea riscurilor între partenerul privat și public sunt acceptabile. În afară de sectorul privat, consultările cu privire la piață ar trebui să includă și alte potențiale părți interesate, cum ar fi instituțiile financiare, acționarii PPP, potențialii contractori și organizațiile de afaceri.

În acest stadiu, toate problemele juridice, tehnice și de mediu identificate în faza Studiului de fezabilitate cu privire la parcela desemnată pentru dezvoltarea noului spital PPP vor trebui să fie eliminate (de exemplu, aprobarea unui nou plan urbanistic zonal, elaborarea și aprobarea documentului de evaluare de mediu, confirmarea utilităților).

Pentru ca Municipiul Timișoara să progreseze cu fazele pregătitoare ale Proiectului și să gestioneze procesul de achiziție, este recomandabil ca municipalitatea să înființeze intern și să numească următoarele unități în această etapă a Proiectului:

- O echipă de management de proiect responsabilă de gestionarea de zi cu zi a procesului de pregătire și achiziție PPP și de managementul și revizuirea activității consultanților de tranzacție.

⁵⁷ Ibidem, pag. 14



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

- O comisie de licitație, responsabilă de evaluarea ofertelor în diferitele etape ale procesului de achiziție. Este important ca acest comitet să fie înființat înainte de anunțul inițial al licitației pentru a lăsa un timp suficient pentru ca membrii săi să se familiarizeze cu Proiectul, obiectivele și cadrul legal.
- Puncte cheie de contact în cadrul altor organizații ale părților interesate ale proiectului trebuie stabilite pentru faza de implementare.

iii. Etapa 3: Achiziție

Odată ce Proiectul PPP este considerat fezabil, Proiectul poate fi anunțat public pe piață și a începe pregătirea documentației de licitație. Această etapă include pregătirea unui proiect de contract PPP, pregătirea unui proces de achiziție, inclusiv toată documentația de licitație și implementarea licitației, până la evaluarea tuturor ofertelor depuse și selectarea unui ofertant câștigător. Strategia de achiziție va determina cadrul legislativ al procesului de licitație.

- Selecția strategiei de achiziție

Pași cheie care trebuie întreprinși:

- Confirmarea și aprobarea procedurii de atribuire și a strategiei de achiziții aplicabile pentru a determina cadrul legislativ al procesului de licitație⁵⁸.

Dimensiunea Proiectului și complexitatea dezvoltării unui nou spital necesare pentru ca strategia de achiziții (în ceea ce privește procedura de dialog competitiv) să faciliteze:

- Limitarea preselecției numărului de ofertanți în faza de precalificare;
- Angajarea cu ofertanții în dialog și discuții cu privire la detaliile Proiectului;
- Înțelegerea obiectivelor proiectului de către ofertanți;
- Obținerea de oferte de înaltă calitate cu prețuri în limita bugetului stabilit preliminar.

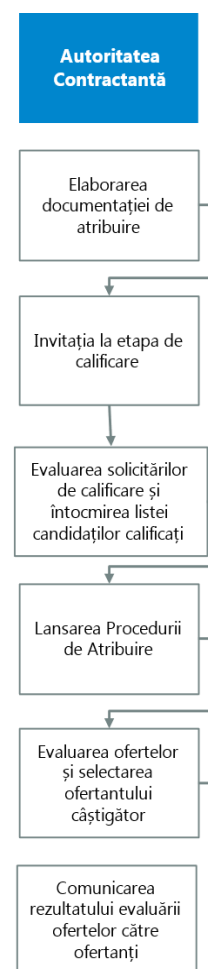
Se recomandă îndeosebi aplicarea procedurii de dialog competitiv, prevăzută de cadrul legal al achizițiilor publice și concesiunilor din România, care presupune 2 pași:

- Pasul 1 - precalificarea unui număr limitat de ofertanți pe baza criteriilor tehnice și financiare.
- Pasul 2 – desfășurarea dialogului și a discuțiilor într-un cadru formalizat.

iv. Etapa 4: Pregătirea documentației de atribuire și a proiectului de contract PPP

Pași cheie care trebuie întreprinși:

- Elaborarea contractului PPP care reglementează relația și alocarea inițială a riscului dintre Partenerul Public, sau Autoritatea Contractantă („CA”) și Partenerul Privat, sau Compania de Proiect („PC”), pe baza fișei cu termenii generali întocmite



⁵⁸ Legea care reglementează procedura de atribuire și tipul de procedură care va fi utilizată sunt determinate pe baza concluziilor Studiului de Fezabilitate & Fundamentare și, mai precis, pe baza criteriului dacă o parte semnificativă a riscului de operare de natură economică (astfel cum este definit la articolul 6 din Legea Nr. 100/2016) este transferată companiei de proiect. În cazul în care o parte semnificativă a riscului de operare de natură economică este transferată Societății de Proiect, atunci contractul de PPP trebuie să fie atribuit în conformitate cu normele aplicabile concesiunilor de lucrări și concesiunilor de servicii (de exemplu, Legea Nr. 100/2016). Legea privind concesiunile, precum și legile privind achizițiile publice și achizițiile sectoriale prevăd mai multe metode de atribuire: a) „procedura deschisă” (atât legislația privind concesiunile, cât și legislația privind achizițiile publice și sectoriale); b) „procedura restrânsă” (numai legislația privind achizițiile publice și sectoriale); c) „procedura de dialog competitiv” (atât legislația privind concesiunile, cât și legislația privind achizițiile publice și sectoriale); d) „procedura de negociere competitivă” (numai legislația privind achizițiile publice și sectoriale) (Ibidem, pp. 20-21)



IFC | International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

în etapa Studiului de Fezabilitate. Proiectul contractului PPP va fi împărțit ofertanților („Ofertanții”) care au ajuns pe lista scurtă, adică au trecut cu succes de etapa de precalificare și au îndeplinit criteriile stabilite. Formula de dialog competitiv permite CA să adune feedback și sugestii de la ofertanți.

- Dezvoltarea documentației de atribuire⁵⁹ („RFP”) în conformitate cu legea și reglementările românești, care va include cel puțin:
 - Instrucțiuni pentru ofertanți care enumeră toate documentele și informațiile necesare pe care ofertanții trebuie să le prezinte în ofertă.
 - Cerințele Autorității Contractante care specifică (a) informații detaliate despre Proiect, (b) principiile comerciale și financiare cheie pentru Proiect, inclusiv obligațiile fiecărei părți și alocarea riscurilor, (c) specificațiile de producție și cerințele minime pentru proiectarea tehnică și caracteristicile tehnice și (d) nivelul de angajament cerut creditorilor și investitorilor candidatului.
 - Proiect de contract PPP.
- După redactarea documentației de atribuire și a contractului PPP, Autoritatea Contractantă, dacă este cazul, le va transmite către UMIP pentru revizuire. În plus, pentru proiectele care solicită sprijin bugetar al guvernului central, este recomandabil ca Autoritatea Contractantă să solicite aprobarea preliminară a MF privind suportabilitatea și bugetul asumat în această etapă a implementării Proiectului⁶⁰.
- Aprobarea documentației de atribuire finale și a proiectului contractului de PPP de către Autoritatea Contractantă (de către MT).

- Etapa 1 din procedura de licitație: Precalificare

Pași cheie care trebuie întreprinși:

- Elaborarea și publicarea anunțului de intenție/anunțului de participare care va include criteriile de precalificare pentru selectarea ofertanților care vor alcătui ulterior lista scurtă. Formatul și conținutul trebuie să respecte cerințele legii achizițiilor din România⁶¹. Opțional, un anunț de intenție („AI”) poate fi publicat pentru a notifica în avans intenția autorității și lansarea licitației. Acesta precedă începerea procesului de licitație, dar nu dă naștere niciunui angajament legal din partea Partenerului Public (publicarea anunțului de intenție fiind opțională).
- Evaluează solicitările de calificare depuse de ofertanți și aprobarea candidaților preselectați.
- Anunțarea oficială a ofertanților selectați.
- Informarea ofertanților care nu s-au calificat.

- Etapa 2 din procedura de licitație: Dialog și ofertare

Pași cheie care trebuie întreprinși:

⁵⁹ Diversele documente care trebuie incluse în documentația de atribuire sunt stabilite în detaliu prin lege. Pentru contractele de achiziții publice, a se vedea în principal articolele 20 și 21 din anexa la H.G. Nr. 395/2016. Pentru contractele sectoriale, a se vedea în principal articolele 22 și 23 din anexa la H.G. Nr. 394/2016. Pentru concesiuni, a se vedea în principal articolele 19-21 din anexa la H.G. Nr. 867/2016. Aceste dispoziții sunt completate cu diverse reglementări secundare adoptate de ANAP, prin care sunt stabilite documentații de atribuire standardizate. (Ibidem, pag. 21)

⁶⁰ Deși nu este un pas obligatoriu conform legii române, AC trebuie să se asigure că bugetul pentru proiect va fi disponibil anterior lansării procedurii de atribuire. În cazul în care nu se asigură o avizare preliminară a bugetului în această etapă, AC riscă să se confrunte cu lipsa aprobării bugetare după ce a derulat întreaga procedură de atribuire, cu implicații financiare și impact asupra reputației AC în piață. (Ibidem, pag. 24)

⁶¹ Lista detaliată a informațiilor care trebuie incluse în anunțurile de intenție, respectiv anunțurile de participare/concesiune se regăsește în Anexa V Părțile A, B și C din Directiva nr. 2014/24/UE (pentru contractele de achiziții publice), Anexa VI din Directiva nr. 2014/25/UE / Anexa XI din Directiva nr. 2014/25/UE (pentru contractele sectoriale) și Anexa V din Directiva nr. 2014/23/UE (pentru concesiuni). (Ibidem, pag. 22)



IFC

International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

- **Transmiterea Invitației de Participare** la etapa de dialog (tipul documentelor de invitație la licitație va depinde de procedura de atribuire aleasă)⁶²;
- **Asigurarea accesului la Camera de Date** și organizarea unei conferințe cu ofertanții pentru a prezenta informațiile, adesea vaste, care sunt disponibile în legătură cu etapa pregătirii ofertelor;
- **Organizarea primei runde de dialog:** AC va avea ocazia de a discuta în detaliu obiectivele proiectului și de a înțelege mai bine ce ar putea oferi ofertanții; scopul acestei prime runde este de a implementa îmbunătățiri în documentația de atribuire, luând în considerare sugestiile și comentariile furnizate de ofertanți.
- **Organizarea celei de-a doua (și a următoarelor) runde de dialog:** la acest stadiu, Autoritatea Contractantă va finaliza împreună cu ofertanții contractul de PPP și documentația de atribuire. Dialogul va continua și cu privire la aspectele mai detaliate ale cerințelor proiectului, permițându-i Autorității Contractante să discute cu fiecare ofertant particularitățile soluției sale unice. Este decizia Autorității Contractante să impună un anumit număr al rundelor de dialog. În cursul fiecărei runde de dialog, trebuie acordată atenție protejării confidențialității procesului și proprietății intelectuale pentru fiecare ofertant asociate fiecărui ofertant. Cele mai importante principii ale contractului trebuie să fie pe deplin convenite și stabilite înainte de încheierea ultimei runde de dialog. La finalul etapei de dialog, proiectul contractului de PPP și prevederile documentației de atribuire pot fi evaluate și în continuare pentru a reflecta rezultatele sesiunilor de dialog. Versiunea lor finală va constitui baza cerințelor de licitație la care ofertanții își vor depune propunerile.
- Închiderea formală a etapei dialogului;
- Aprobarea de către Autoritatea Contractantă a **versiunii finale** a caietului de sarcini/documentației descriptive, a contractului de PPP și a criteriilor de evaluare;
- Reconfirmarea și **actualizarea** Evaluării Eficienței Economice (**VfM**) și a **suportabilității**⁶³.
- Invitație la **depunerea ofertelor finale**
- **Evaluarea ofertelor.**

- **Etapă 3 din procedura de licitație: selectarea ofertantului câștigător**

Comisia de Evaluare începe procesul selectării ofertei câștigătoare. Pentru a preveni orice acuzații că aspectul financiar al unei oferte a influențat evaluarea caracteristicilor sale non-financiare, este recomandat ca în Instrucțiunile către Ofertanți să se specifice ca propunerile tehnice și financiare să fie prezentate în plicuri separate. Comisia de Evaluare parcurge următorii pași pentru a identifica oferta câștigătoare:

- Verificarea integralității și a conformității;
- Verificarea respectării cerințelor minime;
- Evaluarea calitativă (atât tehnică, cât și financiară) a propunerilor;
- **Identificarea ofertantului câștigător**, inclusiv a unui ofertant de rezervă;
- Redactarea unui **raport final al procedurii** cu ajutorul consultantului de tranzacție, reflectând toate punctajele și evaluările justificative. Pe baza ofertei câștigătoare, trebuie reconfirmată suportabilitatea și eficiența economică a proiectului.
- Comunicarea rezultatului evaluării ofertelor către ofertanți, dându-le posibilitatea de a accepta sau de a contesta atribuirea. Este recomandat ca AC să înființeze o echipă de management a contractului în perioada finală a procedurii de achiziție pentru a facilita o tranziție fără probleme la etapa de implementare a Proiectului. Rolurile și responsabilitățile membrilor săi ar trebui să fie

⁶² Ibidem, pag. 25

⁶³ Pe baza contractului de PPP actualizat, este necesară și actualizarea evaluării Eficienței Economice și a evaluării suportabilității. Este posibil ca alocarea riscurilor propusă, precum și obiectul proiectului să se fi modificat și, de aceea, suportabilitatea proiectului trebuie să fie reexaminată.



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

clar definite, deoarece echipa de management al contractelor va avea alocate o varietate de roluri și va fi responsabilă de administrarea contractului de PPP și de raportare.

v. Etapa 5: Semnarea contractului PPP & Închiderea Financiară

Etapa finală a procesului de pregătire și achiziție a PPP-ului constă în finalizarea și semnarea contractului de PPP cu ofertantul câștigător, inclusiv în susținerea tuturor proceselor necesare pentru a ajunge la închiderea financiară. Următorii pași cheie sunt necesari:

- **Finalizarea contractului de PPP pe baza clarificărilor finale:** AC va elabora versiunea finală a contractului de PPP, pregătit pentru semnare, redactarea finală referindu-se doar unele ajustări minore ale contractului, inclusiv la încorporarea unor aspecte din propunerea ofertantului câștigător.
- **Aprobarea contractului final de PPP** de către Guvern și/sau de către Autoritățile Locale;
- **Semnarea contractului de PPP cu ofertantul câștigător;**
- **Publicarea anunțului de atribuire a contractului;**
- Transmiterea unei **copii a contractului de PPP semnat** Institutului Național de Statistică (INS) în vederea evaluării finale (în conformitate cu normele Eurostat) a tratamentului statistic al proiectului de PPP;
- **Sprijin pentru încheierea acordurilor de finanțare și pentru realizarea închiderii financiare.**

3.4.4 Potențiali participanți din sectorul privat

Proiectul ar fi de interes pentru consorții compuse din companii de construcții/EPC, fonduri de infrastructură, furnizori de echipamente și întreținere. Un exercițiu detaliat de testare a pieței va fi efectuat în etapa de pregătire a Studiului de fezabilitate, pentru a se asigura reflectarea feedback-ului participanților din sectorul privat în dezvoltarea structurii tranzacției.

Cu toate acestea, având în vedere că acesta va fi primul spital municipal PPP, precum și primul PPP de la adoptarea noii Ordonanțe PPP, investitorii privați vor fi precauți să încheie un acord pe termen lung cu MT. Prin urmare, un factor de blocare a încheierii unui contract ar fi garanția de plată pentru proiect și dacă municipalitatea este considerată un sponsor puternic datorită nivelului bonității acestora.

Pe baza recentelor discuții de testare a pieței purtate de IFC pentru proiecte similare, perioada de construcție de trei ani este o practică comună, iar finanțarea prin împrumut este disponibilă pentru o perioadă de până la 25 de ani. Este de așteptat ca proiectul să necesite participarea mai multor instituții financiare.

Așa cum s-a demonstrat în cadrul programului PPP aferent spitalelor, instituțiile financiare internaționale (IFI) precum IFC pot juca un rol catalizator puternic în mobilizarea aferentă pentru finanțarea acestui proiect și pot furniza o dovadă a succesului conceptului pentru proiectele viitoare.

3.5 Rezultate preconizate

Odată implementat, se preconizează că proiectul va furniza următoarele rezultate. Acestea sunt considerate a fi valoarea adăugată a PPP:

- Creșterea eficienței sectorului privat (în proiectare/construcții, operare&întreținere (O&M), servicii de gestionare a instalațiilor);



- Inovare tehnică: cele mai bune practici privind fluxul de studii clinice, prin implicarea planificatorilor internaționali de sănătate în specificațiile minime privind licitația și construcția clădirilor ecologice.
- Abordarea costurilor pe întreaga durată a vieții proiectului, ceea ce înseamnă că aspectele legate de construcție și de exploatare/întreținere ale proiectului se află într-un singur contract. Partenerul privat este stimulat să suporte costuri de construcție care ar reduce costurile viitoare în faza de exploatare. Plățile sunt legate de indicatorii de performanță;
- Livrarea proiectului la timp și în limitele bugetului. Pe baza analizei a 66 de PPP-uri finanțate de BEI și a cercetărilor efectuate de Oficiul Național de Audit al Regatului Unit și de Trezorerie, între 79% și 85% din proiectele din Regatul Unit al Marii Britanii au fost furnizate în limitele bugetului alocat, oferind certitudine privind prețurile promotorilor și finanțatorilor și la timp (în termen de 4 săptămâni de la termenul de livrare vizat);
- Mobilizarea finanțării private pentru a mobiliza fondurile publice și pentru a realiza programul de infrastructură în domeniul sănătății necesar în România;
- Gruparea serviciilor clinice dispersate ale SCMUT are ca scop introducerea eficienței operaționale și spațiale, sporirea siguranței pacienților, crearea unui mediu de lucru mai ușor de utilizat pentru personal și permiterea extinderii în continuare a scopului serviciilor și a îmbunătățirii standardelor de îngrijire. Obiectivul general este de a oferi asistență medicală într-un mod modern, eficient și axat pe pacient.
- Calitatea infrastructurii și a serviciilor reprezintă o problemă majoră în România și sunt prioritare, având în vedere aderarea sa la Uniunea Europeană și programul de investiții întârziat. Prin urmare, PPP-urile sunt considerate, în general, unul dintre modelele-cheie pentru atragerea investițiilor private și modernizarea infrastructurii publice. Punerea în aplicare a PPP-urilor în domeniul spitalelor va contribui la testarea și stabilirea unui model bancabil pentru PPP-uri nu numai în infrastructura socială, ci și în alte sectoare.
- Proiectul va constitui o dovadă pilot a conceptului de structură PPP/PFI în infrastructură și a eficienței asociate în serviciile de asistență medicală, care poate fi reprodusă într-o etapă ulterioară. Închiderea financiară a primei structuri PPP în sectorul sănătății din România va trimite pe piață un semnal puternic al unui model bancabil PPP care poate atrage participarea privată la construirea, dotarea și gestionarea infrastructurii sociale publice din țară. Proiectul va demonstra modul în care se poate valorifica expertiza sectorului privat pentru a îmbunătăți standardele de proiectare a spitalelor, fluxurile de lucru clinice și pentru a permite consolidarea mai amplă a rețelei spitalicești, evitând duplicarea serviciilor și optimizând resursele publice. În timp ce sectorul public va continua să fie responsabil pentru furnizarea de servicii clinice, structura PFI va atrage participarea privată la furnizarea de servicii de management a clădirilor/facilităților și de servicii neclinice (de exemplu, spălarea rufelor, catering, curățenie, securitate), care vor fi remunerate pe baza respectării indicatorilor-cheie de performanță și a standardelor convenite între sectorul public și cel privat în contract (și verificate de o terță parte independentă). Reproducerea acestui model de afaceri printr-o serie de proiecte de infrastructură în domeniul sănătății va duce la îmbunătățirea standardelor de calitate și eficiență la nivel de sector.

3.6 Costurile asociate cu parteneriatul public-privat/cu concesiunea estimate prin raportare la proiecte de parteneriat public-private/proiecte de concesiune similare

Această secțiune a raportului explică acumularea costurilor de capital pentru NSMT și, în special, pentru Faza 1 a proiectului. Aceasta trece peste abordarea globală adoptată și definește apoi costurile pe componente.



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

3.6.1 Abordarea utilizată pentru stabilirea costurilor de capital

În etapa Studiului de fezabilitate, proiectul este elaborat numai la un nivel conceptual și, prin urmare, abordarea pentru stabilirea costurilor de capital este utilizarea datelor precedente și stabilirea unor costuri comparabile pe metru pătrat. În acest stadiu, nu este adecvat să se elaboreze liste complete de cantități (BoQ), de exemplu, sau chiar costuri elementare, deoarece acestea necesită lucrări suplimentare de dezvoltare a proiectului.

O problemă esențială în utilizarea acestei abordări în România este lipsa precedentelor: foarte puține spitale au fost dezvoltate în România în ultimii ani (potrivit Statista, nu mai mult de 6% din numărul total de spitale a fost construit după 1990; peste 75% din infrastructura spitalicească a României a fost dezvoltată în perioada 1950-1989)⁶⁴. Prin urmare, a fost adoptată o abordare prin triangulație, utilizând mai multe surse de date care să convergă pentru întemeierea unei evaluări adecvate. Toate acestea trebuie validate în etapa studiului de fezabilitate, atunci când costurile de construcții pot fi elaborate la nivel de element separat, ceea ce va crea posibilitatea utilizării datelor referitoare la costuri per element preluate din alte sectoare (proiecte comerciale, hoteliere și alte proiecte), lăsând elemente specifice care ar trebui să fie derivate pentru infrastructurile de sănătate pe baza unor măsuri fundamentale.

Sursele de date pe care le-am utilizat au fost următoarele:

- O revizuire a costului construcției spitalelor în UE pe baza exemplelor recente (în faza de concepție a conceptului sau în faza de licitație) în diferite țări ale UE⁶⁵. Este demn de remarcat faptul că costurile totale de investiții menționate în acest raport nu includ întotdeauna costurile pentru echipamente medicale, iar facilitățile se încadrează în categoria spitalelor regionale sau de învățământ de urgență, în intervalul 350-900 de paturi, și includ, de regulă, un departament de urgență, paturi ATI și blocuri operatorii (OT).
- Criterii de referință în România care compară costurile de construcție a proprietăților comerciale cu cele ale spitalelor; și
- Date pe care le-am putut obține cu privire la proiectele recente aflate în stadiul de Studiu de fezabilitate.

Deoarece unele dintre costuri au fost derivate din proiecte recente, este important să se evalueze efectul inflației asupra acestor costuri de construcție. A existat o inflație considerabilă la nivel global în ultimii 3-5 ani și acestea au afectat costurile materialelor de construcție, transportului și forței de muncă. Anul 2023 a fost preconizat a fi un an al unei anumite stabilizări a pieței construcțiilor și a lanțurilor sale globale de aprovizionare. Cu toate acestea, au avut loc perturbări majore, cum ar fi invazia rusă a Ucrainei și conflictele din Orientul Mijlociu; evenimente majore ale schimbărilor

⁶⁴ Statista, 2024

⁶⁵ <https://mediaroom.bouygues-construction.com/bouygues-construction-to-build-the-new-trousseau-hospital-for-the-tours-regional-university-teaching-hospital/>

a) New Trousseau Teach Hospital/660 de paturi/25 OTs și 13 săli de tratament/greenfield/80 000 sqm. 241 milioane EUR

<https://www.eib.org/en/press/all/2022-236-eur-368-million-eib-backing-for-construction-of-new-craiova-regional-hospital>;
<https://www.rrr.ro/en/news-and-current-affairs/today-in-the-news/investments-in-medical-infrastructure-id714763.html>

b) Spitalul regional Craiova/807 paturi/19 OTs și 38 de unități de diagnostic și tratament/1600 de spații de parcare/helipad/165 000 sqm - aprox. 509M EUR, inclusiv echipamente

<https://gliwice.eu/aktualnosc/inwestycje/5-firm-chce-zbudowac-nowy-szpital-miejski-w-gliwicach>

c) Spitalul municipal din Gliwice/356 de paturi (12 departamente)/ER/31 de clinici ambulatorii/57 000 sqm/helipad - interval de prețuri: 878 M - 1,3 miliarde PLN = (cursul de schimb 20/05/24:4,26 PLN - 1 euro) 206 M - 305 M EUR

https://ec.europa.eu/regional_policy/en/projects/Romania/saving-lives-new-regional-emergency-care-hospital-for-cluj-romania

d) Spitalul Clinic County de Urgență din paturile Cluj/849 (744 de paturi de îngrijire acută, inclusiv arsuri)/ 10 OTs/ER- (60 de paturi)/150 000 mp/helipad - 455 EUR, inclusiv echipamente



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

climatice; și cutremure din Siria și Turcia⁶⁶, toate acestea au avut un impact profund asupra lanțurilor de aprovizionare și, la rândul lor, au provocat presiuni inflaționiste.

Evolution of building materials prices in Romania in the period April 2020 - April 2023				
Material	April 2020	April 2021	April 2022	April 2023
Cement	0.50 RON/kg	0.55 RON/kg	0.71 RON/kg	0.75 RON/kg
Steel smooth concrete	3.67 RON/kg	4.39 RON/kg	5.74 RON/kg	6.06 RON/kg
OSB boards	33.24 RON/piece.	38.18 RON/piece.	59.49 RON/piece.	45.72 RON/piece.
Expanded polystyrene	49.50 RON/bax	48.00 RON/bax	83.50 RON/bax	75.84 RON/bax
Brick	8.00 RON/piece.	8.33 RON/piece.	12.21 RON/piece.	13.02 RON/piece.

1: Prețurile materialelor de construcție în România 2020-2023

Cement = ciment; Steel smooth concrete = oțel beton neted; OSB boards = Plăci OSB; Expanded polystyrene = polistiren expandat; Brick = cărămidă

Rata anuală a inflației din România este raportată la nivelul de 5,9% pentru luna aprilie 2024⁶⁷, în scădere semnificativă față de 2022, la 13,8% și 2023, la 9,7%, în timp ce inflația costurilor de construcție a crescut între 5-8% în regiunea Europei Centrale și de Est față de 2023. Rapoartele privind costurile de construcție pentru perioada 2023-2024 indică faptul că au crescut costurile de construcție au crescut, dar se stabilizează. Cu toate acestea, anumite materiale de construcție au crescut între 2019 și 2022 în medie cu 50% în total și o nouă creștere a prețurilor a lovit piața construcțiilor din România în 2023⁶⁸, adăugând la creșterea generală a costurilor de construcție.

Întrucât România importă peste 70% din materialele sale de construcții, precum și materiile prime pentru materialele de construcții produse pe plan intern, inflația globală are un impact asupra costurilor materialelor de construcții și, la rândul său, asupra costurilor de construcție.

Costurile ridicate de construcție vor continua probabil până în 2024⁶⁹. Odată cu această volatilitate, este dificil să se prevadă unde vor fi costurile de construcție până la încheierea financiară a proiectului. Aplicarea unei contingențe ridicate va trebui să fie luată în considerare pentru a contracara riscul de subestimare a costurilor totale de investiții ale proiectului.

3.6.2 Costuri de construcție

⁶⁶ România importă o cantitate substanțială de materiale de construcție din Turcia

⁶⁷ Economic forecast for Romania - European Commission (Europa.eu), https://economy-finance.ec.europa.eu/economic-surveillance-eu-economies/romania/economic-forecast-romania_en

⁶⁸ În conformitate cu date constructiibursa.ro - <https://infradandb-com.webnode.ro/l/what-does-the-construction-materials-price-crisis-in-romania-look-like/>

⁶⁹ În ceea ce privește costurile proiectelor, perspectiva actuală nu indică o îmbunătățire a acestei situații în acest an, potrivit unei analize a Asociației Europene pentru Prognostice în Construcții (EECF), <https://www.property-forum.eu/news/fall-of-construction-costs-in-romania-remains-unlikely/14884>



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Costurile de construcție acoperă fundațiile, structurile, cărămidile și mortarul, placarea, acoperișul, înpremuirea, lucrări de ventilație și de climatizare pentru încălzire (HVAC), gaze medicale, echipamente fixe, amenajare și decorațiuni.

Costul tipic pe metru pătrat pentru construcția unui spital poate varia foarte mult, în funcție de țară și de locația spitalului în cadrul țării, de mărimea acestuia și de tipul de spital, fie că este un spital general sau de specialitate. În plus, spitalele universitare au nevoie de mai mulți metri pătrați pe pat decât alte spitale. Centrele de traumatologie și spitalele de îngrijire de specialitate necesită echipamente diferite sau spații mai specializate, ceea ce poate crește costurile.

Locația afectează costurile, deoarece nu toate locațiile sunt ideale pentru construirea unui spital, astfel încât cele situate pe teren curat și nivelat vor costa mai puțin decât cele de pe teren în pantă cu topografie inegală. Există, de asemenea, o economie de scară, astfel încât clădirile mai mari au adesea un cost pe metru pătrat mai scăzut, deoarece costul materialelor poate fi mai mic din cauza volumelor mai mari de achiziție, iar productivitatea muncii se îmbunătățește din cauza economiilor de repetiție.

Am folosit reperele de referință pentru costurile clădirilor ca un amestec din sursele de mai jos. Acestea sunt prezentate mai jos pentru diferite zone funcționale ale spitalului, fiecare cu o rată diferită, așa cum se arată în tabelul de mai jos. Acestea sunt fără TVA și fără contingente (cheltuieli neprevăzute).

Tabelul 28. Valorile de referință aplicate pentru calculele preliminare ale costurilor de construcție

Tip de cost	Suprafață	Cost unitar (Euro/mp)
Lucrări de construcție		
- Principalele domenii clinice: blocuri operatorii, ATI, departamentul de urgență)	6,319	3,000
- Diagnostic, Laborator etc.	4,304	2,600
- Saloane cu paturi	10,172	1,300
- Spații tehnice	8,552	1,500
- Zone procesare pe timp de zi	2,496	2,200

După cum se poate observa, suprafețele cele mai costisitoare aparțin zonelor de tratament. Deoarece viitoarea unitate urmează să fie desemnată drept centru de traumatologie de referință pentru zona de acoperire, un heliport a fost inclus în scenariul propus pentru prima fază ca un cost forfetar.

Costurile totale de construcție sunt estimate la 63,440,200 de euro.

3.6.3 Costuri de infrastructură și de lucrări exterioare

Infrastructura cuprinde trei componente: racorduri subterane la utilități, drumuri și trotuare, garduri și altele asemenea, precum și amenajări peisagistice. În această categorie sunt incluse, de obicei, toate conexiunile la utilități, transformatoarele sau substațiile. Costurile unitare din tabelul de mai jos sunt fără TVA și fără contingente (cheltuieli neprevăzute).

Tabelul 29. Calcule preliminare ale costurilor unitare pentru infrastructura exterioară

Tip de cost	Cost unitar (Euro/mp)
Infrastructură și lucrări exterioare	
- Drumuri, locuri de parcare	126
- Zonele verzi	31
- Infrastructură	76



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Costurile totale de infrastructură sunt estimate la 6,278,230 Euro.

3.6.4 Cheltuieli cu echipamentele

Pe lângă echipamentele medicale, această categorie de costuri include echipamentele nemedicale (denumite în continuare FF&E); și echipamente de gestionare a informațiilor și tehnologie.

Aceste cifre au fost elaborate în raport cu elementele echipamentelor majore și costisitoare, iar apoi prin aplicarea ratelor de referință pentru alte echipamente. Au fost elaborate liste de echipamente care au fost utilizate pentru a furniza aceste criterii de cost. Toate costurile sunt nete de TVA și fără contingențe (cheltuieli neprevăzute).

Tabelul 30. Costuri preliminare pentru tipuri de echipamente pentru Faza 1 Scenariul 1 (307 paturi)

Tip de cost	Cost (Euro)
Echipament	
- Echipament medical	13,913,720
- FF&E	8,127,401
- IM&T (managementul informației și al tehnologiei) activ	958,879

*Sunt incluse numai elementele IM&T active. Alte costuri incluse parțial în costurile de infrastructură și software-ul operațional al serverelor în mâinile viitorului operator.

Costurile totale ale echipamentelor sunt estimate la 23,000,000 Euro.

3.6.5 Costuri de investiții

Costurile de investiție sunt definite ca fiind totalitatea costurilor hard, și anume costurile clădirii, costurile de infrastructură și costurile echipamentelor. Acestea se ridică la 92, 718,430 euro, conform tabelului de mai jos.

Tabelul 31. Defalcarea costurilor preliminare de investiții

Tip de cost	Suprafață (sqm)	Prețuri unitare (Euro)
1 Clădire (suprafață totală)	32,143	
1a Zonele de tratament primare (blocuri operatorii, ATI, departamentul de urgență)	6,319	2,750
1b Diagnostic, laborator etc	4,304	2,400
1c Saloane cu paturi	10,172	1,200
1d Spații tehnice	8,552	1,350
1e Zone procesare pe timp de zi	2,496	2,000
1f Helipad (cu sisteme de navigație și instalații și echipamente de protecție împotriva incendiilor)		1,750,000
Costuri totale de construcție		63,440,200
2 Zone exterioare		



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Tip de cost		Suprafață (sqm)	Prețuri unitare (Euro)
	Suprafață de teren	100,000	
	Amprenta la sol a clădirii	12,832	
	Suprafața de teren rămasă	87,168	87,168
2a	Drumuri, Locuri de parcare	16,800,00	126
2b	Zone verzi	70,367,95	31
2c	Infrastructură	25,516,80	76
2d	Total zone exterioare		6,278,230
3	Echipament		
3a	Echipament Medical	Units	13,913,720
3b	FF&E	Unit	8,127,401
3c	IM&T activ	Units	958,879
3d	Total costuri echipament		23,000,000
3e	Total costuri investiții		92, 718,430

3.6.6 Costuri soft

Această categorie acoperă întreaga gamă de servicii profesionale necesare de la inițiere până la exploatare. Valorile de referință sunt de obicei formulate ca procent din costurile de investiții⁷⁰, conform tabelului de mai jos.

1. Costuri soft preliminare pe tipuri de costuri, ca procent din costurile totale

Tip de cost	Aplicabil % din cost CAPEX
Infrastructură și lucrări exterioare	
- Proiectare	5%
- Supervizare proiectare	2,5%
- Management proiect	2,5 %
- Expertiză cantitativă/consultanță privind costurile și administrarea contractelor	2%
- Asigurări și diverse	1,5%
- Supervizare de către dezvoltator	1,5%

Costurile soft sunt estimate la 13,907,765 de euro.

Cheltuieli neprevăzute

Este o bună practică să se aplice contingente/(rezervă de cheltuieli neprevăzute) la aceste cifre. Impreviziunea variază în funcție de nivelul de certitudine a prețurilor și de stadiul de dezvoltare a

⁷⁰ Costurile de investiții înseamnă - costurile totale de construcție și costurile cu infrastructura și echipamentele



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

proiectului și a specificațiilor. Valoarea totală a contingenței asumată pentru acest proiect este de 30%, ceea ce reflectă stadiul de dezvoltare a proiectului și complexitatea previziunilor privind inflația și creșterea costurilor energiei, determinate de instabilitatea pieței construcțiilor, de problemele legate de schimbările climatice și de conflictele militare din Europa și Orientul Mijlociu.

Cheltuielile neprevăzute sunt estimate la 31,987,858 de euro.

3.6.7 Costul de dezvoltare

Costul de dezvoltare este definit ca fiind toate elementele de mai sus, inclusiv cheltuielile neprevăzute. Acesta se ridică la 106,626,195 de euro. Tabelul de mai jos ilustrează acumularea acestei cifre.

Tabelul 32. Costul de dezvoltare (inclusiv cheltuieli neprevăzute)

Cost		Suprafață (mp)	Preț unitar (Euro)
1	Clădire (suprafață totală)	32,143	
1a	Zonele de tratament primare (blocuri operatorii, ATI, departamentul de urgență)	6,319	2,750
1b	Diagnostic, laborator etc	4,304	2,400
1c	Saloane cu paturi	10,172	1,200
1d	Spații tehnice	8,552	1,350
1e	Zone procesare pe timp de zi	2,496	2,000
1f	Helipad (cu sisteme de navigație și instalații și echipamente de protecție împotriva incendiilor)		1,750,000
	Costuri totale de construcție		63,440,200
2	Zone exterioare		
	Suprafață de teren	100,000	
	Amprenta la sol a clădirii	12,832	
	Suprafața de teren rămasă	87,168	87,168
2a	Drumuri, Locuri de parcare	16,800,00	126
2b	Zone verzi	70,367,95	31
2c	Infrastructură	25,516,80	76
2d	Total zone exterioare		6,278,230
3	Echipament		
3a	Echipament Medical	Units	13,913,720
3b	FF&E	Unit	8,127,401
3c	IM&T activ	Units	958,879
3d	Total costuri echipament		23,000,000
3e	Total costuri investiții		92,718,430



IFC | International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Cost		Suprafață (mp)	Preț unitar (Euro)
4	Costuri soft		
4a	- Proiectare		4,635,922
4b	- Supervizare proiectare		2,317.961
4c	- Management proiect		2,317.961
4d	- Expertiză cantitativă/consultanță privind costurile și administrarea contractelor		1,854,369
4e	- Asigurări și diverse		1,390,776
4f	- Supervizare de către dezvoltator		1,390,776
	Total costuri soft		13,907,765
5			
5a	Sub-Total		106,626,195
5b	Cheltuieli neprevăzute		31,987,858
5c	Sub-total incluzând cheltuieli neprevăzute		136, 614, 053
5d	Cheltuieli neprevăzute etapa de fezabilitate		3,000,000
5e	Cost dezvoltare (inclusiv 30% cheltuieli neprevăzute: bugetul de capital recomandat înainte de costurile de finanțare și costurile de operare)		141,614,053

3.6.8 Costul total de dezvoltare

Costul total de dezvoltare este suma costului de dezvoltare plus toate celelalte costuri pe care dezvoltatorul va trebui să le suporte până când spitalul va ajunge la un flux de numerar pozitiv („cash-positive”). Acesta include costul finanțării în timpul construcției (fie că este rostogolită („rolled-up”) sau rambursată, în funcție de termenii și condiții creditorilor); costurile de punere în funcțiune a spitalului, care includ costurile de personal în timpul fazei de punere în funcțiune; pierderile din primii ani (dacă este cazul) până când veniturile generează un randament pozitiv în numerar („cash-positive return”); și alte costuri posibile, specifice fiecărei țări. Acestea nu au fost evaluate în acest raport, deși unele dintre costurile de finanțare vor fi incluse în modelul financiar.

3.7 Costuri de exploatare și de întreținere, estimate pe baza unor proiecte similare de parteneriat public-privat/de concesiune

3.7.1 Costuri de întreținere

Întreținerea acoperă întreținerea preventivă (planificată), întreținerea spontană și înlocuirile (de capital). Aceste aspecte se referă la întreaga clădire, deci acoperă clădirea, infrastructura și echipamentele. Cheltuielile de întreținere sunt plătibile pe întreaga perioadă de operare a proiectului.



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

a) Costuri de întreținere preventivă planificată și de întreținere reactivă

Costurile de referință din industrie au fost utilizate pentru a calcula costurile la nivel general („high-level costing”) și apoi au fost comparate cu costurile organizaționale actuale legate de serviciile de întreținere a echipamentelor și a facilității.

Cifrele utilizate pentru fiecare componentă sunt următoarele:

- Întreținerea spațiilor (0,5% din costul infrastructurii, FF&E (mobiliierul, accesoriile și celelalte echipamente) și al amenajărilor peisagistice).
- Întreținerea echipamentelor medicale (6% din costul echipamentelor medicale)
- Cheltuieli administrative / cheltuieli generale (10% din bugetul total de întreținere)
- IM&T (2% din costurile IM&T (managementul informației și al tehnologiei))

Sumele de mai sus se plătesc pe întreaga durată a contractului PPP.

Tabelul 33. Costul anual de întreținere estimat pe tip de cost

Cost Type	Estimated annual cost of maintenance (EUR)
Întreținere spații	516,949
Întreținerea echipamentelor medicale	1,108,758
Cheltuieli administrative	165,118
IM&T	25,470

*Acesta nu include sistemul informatic al spitalului în sine, care va fi achiziționat separat.

În prezent, cheltuielile de întreținere sunt acoperite din bugetul SCMUT (în 2023, costurile de întreținere a echipamentelor și reparații curente au reprezentat 1,347,906.80 euro)⁷¹. Cu toate acestea, transferul riscului de întreținere a facilității către partenerul PPP reprezintă o parte esențială a beneficiilor unui proiect PPP. În timpul etapei de structurare, mecanismul de plată va trebui să abordeze această problemă a canalizării acestor fonduri către PPP. În plus, ipotezele privind costurile de întreținere sunt preliminare în această etapă și trebuie verificate mai în detaliu în timpul fazei de structurare a proiectului.

b) Costurile de înlocuire (a capitalului)

Toate componentele unui spital au o durată de viață finită și, prin urmare, mai devreme sau mai târziu vor trebui înlocuite. A fost elaborat un plan de înlocuire din perspectiva duratei de viață pe categorii majore de costuri de capital (adecvat pentru această etapă de fezabilitate), după cum se arată mai jos.

Tabelul 34. Planul de înlocuire pe durata de viață pe categorii majore de costuri de capital

Cost de investiție	Alocare (dacă nu 100%)	Durată de viață (ani)
Initial costs		-
Construcție		50
Lucrări de finisare	10%	7
	90%	20
Lucrări exterioare		15
Lucrări subterane		50
Instalații sanitare		20

⁷¹ Date financiare SCMUT furnizate de Primăria Municipiului Timișoara



International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Cost de investiție	Alocare (dacă nu 100%)	Durată de viață (ani)
Încălzire, ventilare, aer condiționat (HVAC)	40%	15
	60%	35
Gaze medicale		15
Lucrări electricitate tensiune înaltă (Electrical HV)		30
Lucrări electricitate tensiune joasă + instalații IT (încorporate)		15
Echipament medical (încorporat)		10
Echipamente medicale (după punerea în funcțiune)	50%	8
	50%	12
IM&T (Sistem activ de management al informației & tehnologie)	10%	1
	60%	7
	30%	5

3.7.2 Consum și costuri utilități

Utilitățile care vor fi necesare pentru funcționarea NSMT sunt:

- Apă
- Canalizare
- Energie electrică
- Gaz
- Încălzire municipală, în cazul în care aceasta este disponibilă pe amplasamentul desemnat pentru dezvoltarea noului spital PPP

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

Costul utilităților va fi indicat separat, pentru ca municipalitatea să aibă o evaluare completă a accesibilității financiare în etapa de fezabilitate. Costul total al utilităților în 2023 se ridică la 1,973,376 euro⁷². Costul viitor al consumului de utilități va fi determinat de tipul de tehnologii asumate în etapa de proiectare a conceptului și de sursele de energie și de încălzire disponibile (încălzire municipală/ gaz/ electricitate/ pompe de căldură/ model hibrid de furnizare a energiei, inclusiv energie verde, de exemplu, panouri fotovoltaice etc.) și dacă se vor adopta soluții precum recuperarea energiei, reutilizarea apei la planificarea și proiectarea noului spital. Din cauza prețurilor volatile de pe piața energiei și a creșterilor de prețuri la alimentarea cu apă și evacuarea apelor uzate, estimarea costurilor viitoare ale consumului de utilități va necesita asumarea unei valori aferente de cheltuieli neprevăzute.

3.7.3 Numărul de personal

Tabelul de mai jos prezintă o indicație preliminară a numărului de personal pentru scenariul 1 al Fazei 1 și pentru NSMT la capacitate maximă. Aceste informații vor fi ajustate local și rafinate în continuare în timpul etapei Studiului de fezabilitate, iar numărul de personal va fi comparat cu numărul actual de personal pentru a determina problemele de personal care apar pentru MT atunci când se angajează în dezvoltarea spitalului PPP.

⁷² Date financiare SCMUT furnizate de Primăria Municipiului Timișoara



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Tabelul 35: Numărul de personal

Grup personal	Nivel personal Faza 1 Scenariul 1	Nivel personal capacitate totală Faza 2 (cumulativ)
Administrativ	128	184
Cadru medical auxiliar ("Allied Health Workers")	110	143
Suport clinic	373	535
Asistent medical	800	906
Medici	365	433
Altele	0	0
Sub-Total	1776	2201
Total (incluzând 14% majorare pentru concediu, etc.)	2024	2509

3.8 Analiza preliminară a aspectelor economice și financiare

3.8.1 Introducere

Obiectivul analizei financiare a fost de a efectua o estimare a costurilor NTMH pentru a defini nivelul plăților (denumite „plăți de disponibilitate”) care vor fi necesare pentru a compensa partenerul privat pentru furnizarea infrastructurii și a serviciilor de management a facilității asociate. Aceste estimări vor fi definite mai detaliat în cursul pregătirii Studiului de fezabilitate a proiectului și a Studiului de fundamentare.

3.8.2 Ipoteze

Următoarele ipoteze au fost luate în considerare în cursul analizei.

a) Componente

Plata pentru disponibilitate include următoarele componente:

- Rambursarea costurilor totale ale proiectului, inclusiv a costului de capital și a costului de finanțare;
- Costurile totale ale proiectului includ cheltuieli neprevăzute (costul de dezvoltare), prezentate în două scenarii (contingențe de 15% și 30%);
- Cheltuieli de întreținere, astfel cum sunt definite în secțiunea 3.7.1;
- Înlocuirea pe durata ciclului de viață a facilității și a echipamentelor încorporate⁷³ (nu și a echipamentelor medicale rămase).

b) Durata împrumutului

În scopul analizelor de sensibilitate, s-a presupus că NSMT va obține un împrumut cu o perioadă de rambursare de 15 ani și o perioadă de grație de 3 ani. În cadrul acestui împrumut, principalul ar fi rambursat în timpul proiectării, construcției și punerii în funcțiune (durata totală a împrumutului de 18 ani).

c) Durata contractului PPP

Durata acordului PPP este de 20 de ani (**Durată**), ceea ce înseamnă că există o perioadă de așteptare de 2 ani, care acționează ca un tampon în cazul în care apar probleme legate de rambursarea datoriei,

⁷³ O parte din acest cost poate fi suportată prin finanțare de la bugetul de stat prin intermediul Ministerului Sănătății, în măsura în care aceste fonduri vor fi colectate de noul spital sau vor fi disponibile în viitor.



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

pe de o parte, și prevede rambursarea capitalului propriu în ultimii 2 ani, pe de altă parte (în măsura în care capitalul propriu nu a fost deja rambursat).

d) Costurile de întreținere

Plățile de disponibilitate includ cheltuielile de întreținere și vor fi plătite pentru o perioadă de 17 ani, adică vor începe după ce noul spital a fost pus în funcțiune (după perioada de construcție anticipată de 3 ani) și vor continua pentru restul Duratei.

e) Inflație și parametri macroeconomici

Analiza financiară a pornit de la ipoteza unei rate conservatoare a inflației de 3%, care este ușor mai mare decât cea prognozată de Banca Centrală Europeană („BCE”), și anume o medie de 2,4% pe an pentru următorii 9 ani. Modelul financiar a utilizat, de asemenea, ipoteze mai prudente pentru alte date de intrare, cum ar fi rata fără risc, prima de risc pentru capitalul propriu, costul capitalului propriu și costul datoriei.

f) TVA

În analiza financiară nu se aplică TVA la costul presupus al CAPEX sau la costurile de întreținere în timpul perioadei de operare. În unele cazuri, pentru a aplica principiul de realizare (pentru recunoașterea veniturilor și a costurilor), țările adoptă norme de impozitare specifice pentru PPP-uri. Obiectivul este de a permite recunoașterea veniturilor aferente costurilor de construcție în conformitate cu graficul de plată stabilit în contractul de PPP. Este posibil ca parte din plata de disponibilitate care se referă la proiectarea și construirea instalației să fie impozabilă. Partea din plata de disponibilitate legată de finanțarea facilității este, de obicei, scutită de TVA. Serviciile de întreținere ar putea fi recunoscute în cadrul serviciilor de asistență medicală și ar putea fi impozitate la o rată diferită. Normele specifice aplicabile în România ar trebui să fie analizate în următoarea etapă a proiectului (pregătirea Studiului de fundamentare) de către consultanți fiscali specializați. Cu toate acestea, din perspectiva MT, o parte din TVA-ul plătit partenerului privat în timpul operării ar fi recuperat prin TVA-ul plătit de partenerul privat în timpul construcției.

3.8.3 Plățile de disponibilitate

Plățile anuale de disponibilitate plătibile în EUR pe parcursul celor 17 ani (din durata totală de 20 de ani, deci nu și în timpul perioadei de construcție) sunt prezentate în figurile de mai jos pentru fiecare dintre cele trei opțiuni de finanțare. MT ar trebui să prevadă în buget plățile de disponibilitate (care includ cheltuielile de întreținere) în intervalul descris în figurile de mai jos.

a) Opțiunea de finanțare 1 (în totalitate privată)

În cadrul acestei prime opțiuni de finanțare, s-a presupus că proiectul NSMT va fi finanțat integral de către partenerul privat (prin datorie și capital propriu obținute în condiții comerciale), iar partenerul privat va fi compensat de către municipalitate prin intermediul Plății de disponibilitate. În cadrul acestei opțiuni, proiectul nu ar primi nicio contribuție sau sprijin din partea UE, de la nivel central sau din alte surse.

Rezultatele modelării financiare pentru această opțiune sunt ilustrate mai jos sub forma unor scenarii cu valori scăzute și ridicate sau a unui interval în care plățile de disponibilitate cele mai scăzute presupun o contingență de 15% din toate costurile de investiții, în timp ce plățile de disponibilitate cele mai ridicate presupun una de 30% din toate costurile de investiții.



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

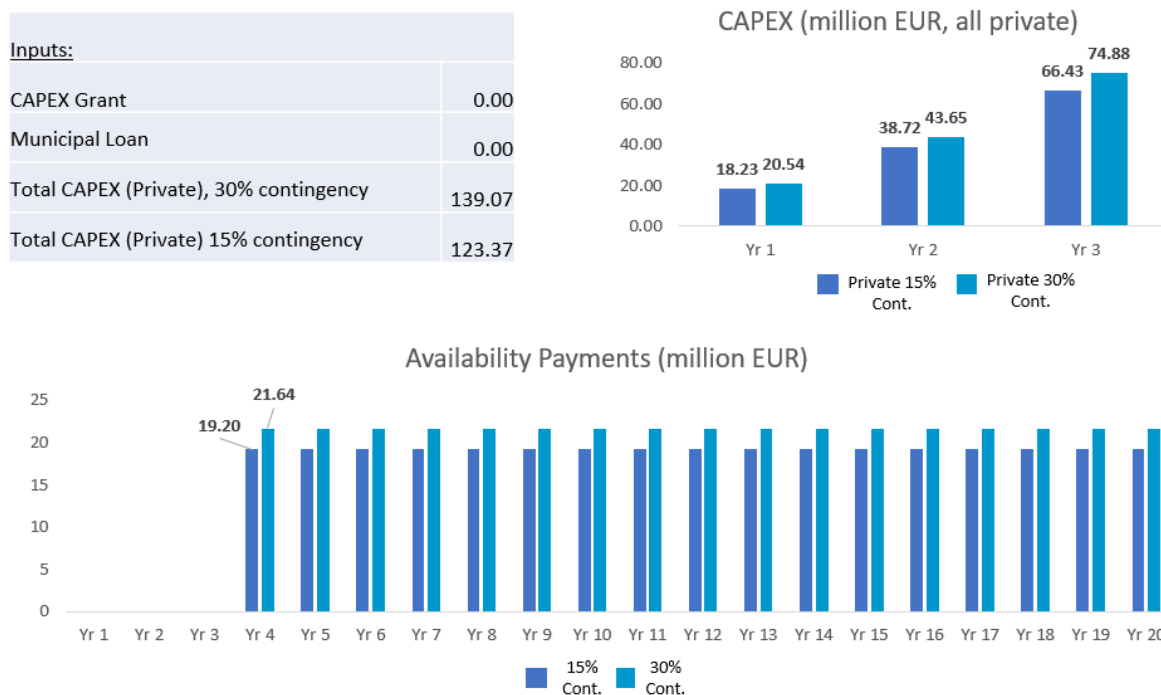


Figura 41: Rezultatele modelării financiare pentru opțiunea de finanțare 1

b) Opțiunea de finanțare 2 (PPP hibrid cu contribuție în avans din partea MT)

A doua opțiune de finanțare reprezintă un exemplu de așa-numit „parteneriat public-privat hibrid” în care costurile de investiție ale proiectului sunt cofinanțate printr-un grant inițial din partea municipalității pentru Proiect.

Multe proiecte de infrastructură cu participarea sectorului privat, în special în sectoarele de infrastructură socială, care au un potențial mai scăzut de utilizare a plăților din partea utilizatorilor finali, se confruntă cu preocupări aferente suportabilității. O opțiune pentru a aborda constrângerile de suportabilitate a proiectelor într-un astfel de proiect o reprezintă PPP-urile hibride, care permit costuri mai mici de finanțare pe termen lung prin utilizarea finanțării publice sau provenite din surse externe pentru a acoperi o parte din CAPEX, restul fiind finanțat de sectorul privat. În mod efectiv, PPP-urile hibride capitalizează expertiza, capacitatea și finanțarea în participarea sectorului privat, precum și utilizarea granturilor publice pentru a reduce costurile de capital și/sau costurile de operare.

Contribuția inițială și structurarea unui PPP hibrid scade, prin urmare, nivelul investițiilor private, costul total al capitalului și, respectiv, plățile de disponibilitate efectuate de MT. De asemenea, este mai atractivă și mai puțin riscantă pentru investitorii privați datorită reducerii dimensiunii investiției de capital. Acest lucru necesită totuși un angajament inițial din partea MT, care va fi plătit partenerului privat în rate la atingerea anumitor jaloane. PPP-urile hibride reprezintă, în mod efectiv, o combinație de finanțare privată, finanțare de la donatori, finanțare UE, împrumuturi concesionale, finanțare guvernamentală sau o combinație a acestora.

Pe scurt, premisa modelului hibrid PPP este de a combina diverse surse de finanțare în moduri care va:

- atrage mai multă finanțare și mobilizează investițiile private;
- reduce riscul pentru investitorii privați;



IFC | International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

- scade costul total al finanțării și, prin urmare, costul pentru guvern sau utilizatori;
- menține beneficiile cheie ale unui model PPP (transferul de risc, stimularea inovării, calendarul de implementare a proiectelor, costul pe toată durata de viață).

Rezultatele modelării financiare pentru această opțiune sunt ilustrate mai jos sub forma unui interval în care plățile cu cea mai mică disponibilitate presupun o contingență de 15% din toate costurile de investiție, în timp ce plățile cu cea mai mare disponibilitate presupun una de 30% din toate costurile de investiție.

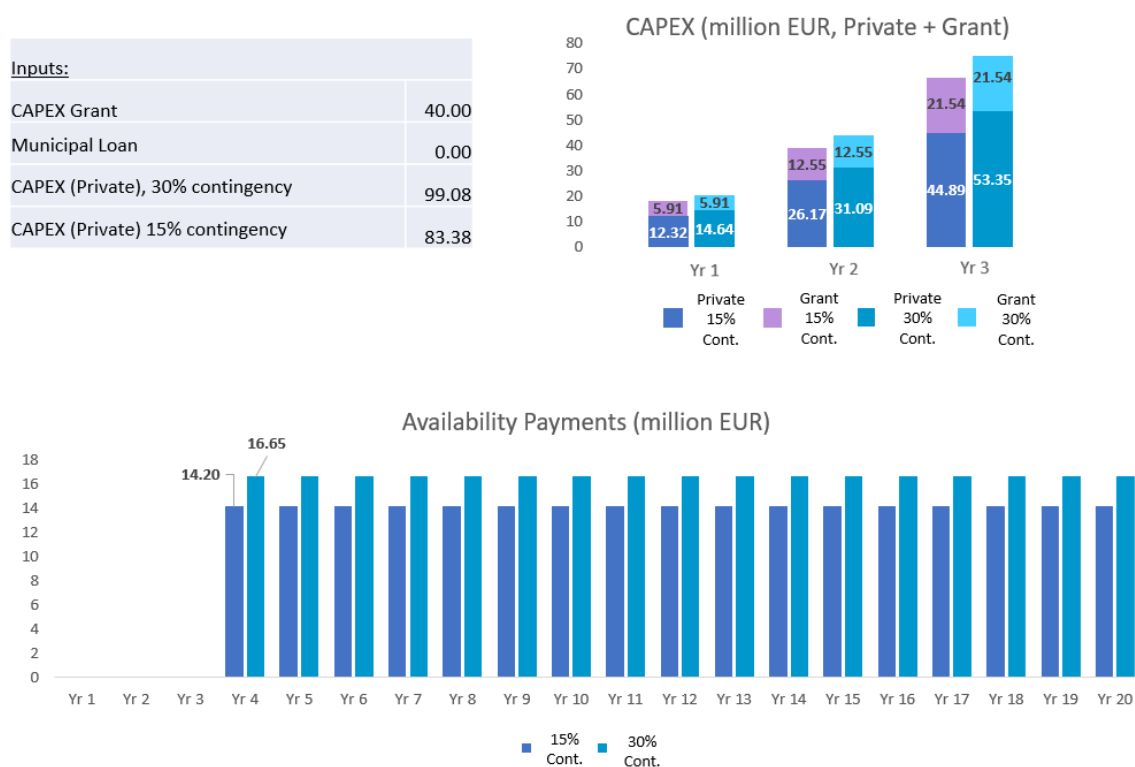


Figura 42: Rezultatele modelării financiare pentru opțiunea de finanțare 2

c) Opțiunea de finanțare 3 (PPP hibrid cu un împrumut municipal)

În ceea ce privește a treia opțiune de finanțare, care este o variație a unui PPP hibrid așa cum este descris mai sus, s-a presupus că MT va primi un împrumut municipal pentru a cofinanța costul investiției proiectului. Această opțiune ar avea totuși ca rezultat reducerea riscului pentru investitorul privat, dar și economii bugetare față de opțiunea de finanțare 1 în care proiectul este finanțat de către MT în întregime prin Plățile de Disponibilitate.

Rezultatele modelării financiare pentru această opțiune sunt ilustrate mai jos, ca și în cazul opțiunilor de finanțare 1 și 2, sub forma unui interval în care cele mai mici plăți de disponibilitate presupun o contingență de 15% din toate costurile de investiție, în timp ce cele mai mari plăți de disponibilitate presupun o contingență de 30% la toate costurile de investiție.



IFC | International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Inputs:	
CAPEX Grant	0.00
Municipal Loan	40.00
CAPEX (Private), 30% contingency	99.08
CAPEX (Private) 15% contingency	83.38

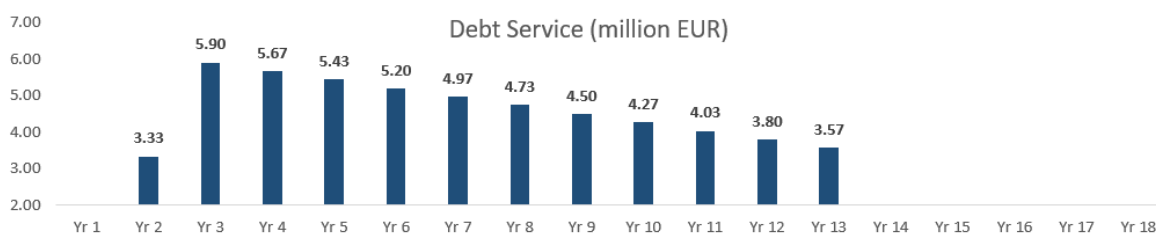
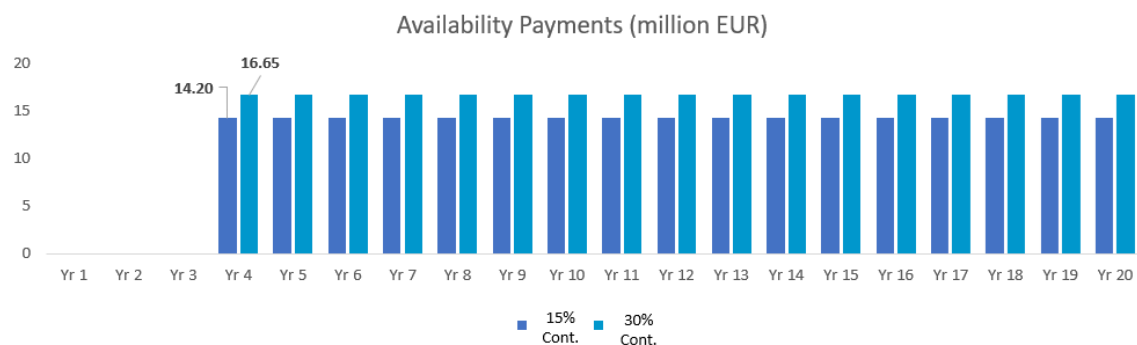
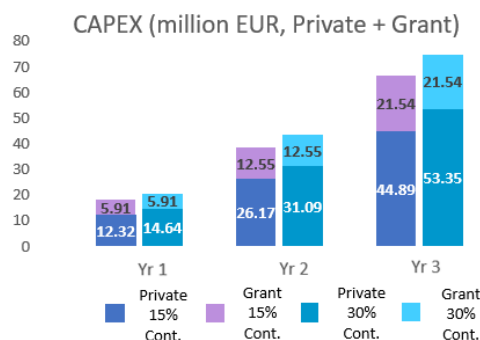


Figura 43: Rezultatele modelării financiare pentru opțiunea de finanțare 3

Această opțiune include și plățile care sunt datorate pentru rambursarea împrumutului municipal, prezentate în figura de mai sus.

După cum se poate vedea, utilizarea unui model hibrid poate ajuta MT să reducă costul total al proiectului și să implementeze proiectul menținând toate beneficiile cheie ale PPP. Într-un PPP hibrid, este important ca acea contribuție a sectorului privat să rămână substanțială (cel puțin 50% sau mai mult) pentru a menține interesul partenerului privat („skin in the game”) și pentru a asigura stimulentele pentru a furniza infrastructură și echipamente de calitate și pentru a le menține până la sfârșitul duratei de viață a proiectului.



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

4. Soluții fezabile pentru implementarea proiectului de parteneriat public-privat/concesiune

4.1 Propunerea unui număr limitat de scenarii/opțiuni dintre cele identificate care vor fi analizate la faza de studiu de fezabilitate

Clădirile existente ale SCMUT sunt în mare parte vechi și nepotrivite și nu se recomandă renovarea acestor clădiri ca modalitate optimă de a continua să fie furnizate servicii medicale în cadrul aceluiași facilități. Mai mult, se recomandă dezvoltarea unui singur spital consolidat, fără a reproduce paternul existent de mai multe clădiri de spital în mai multe locații.

Sugerăm următoarele 3 scenarii funcționale pentru proiect, care sunt detaliate în secțiunea 3.2.1 și care urmează să fie analizate în continuare în etapa Studiului de fezabilitate:

- Scenariul 1: o unitate cu aproximativ 300 de paturi;
- Scenariul 2: o unitate cu aproximativ 350 de paturi;
- Scenariul 3: o unitate cu aproximativ 400 de paturi.

4.2 Identificarea surselor potențiale de finanțare a proiectului de parteneriat public-privat/concesiune

Punctul de start în analiză este acela că veniturile curente ale SCMUT acoperă în prezent cheltuielile operaționale (în 2023, veniturile încasate de la CNAS din județul Timiș au fost de 248,289,738 lei, în timp ce cheltuielile operaționale, care includ consumabile sanitare, reparații și întreținere clădiri, utilități, etc.) au fost de 164,847,000 lei. Sursele potențiale de finanțare a proiectului PPP (în acest caz, finanțarea proiectării, construcției și operării viitorului spital PPP) vor proveni din fonduri proprii, împrumuturi bancare, alocații de la bugetul de stat și bugetele locale, împrumuturi externe garantate sau contractate de stat, fonduri externe nerambursabile, și/sau alte surse legal constituite (în măsura în care acestea sunt disponibile în această etapă)⁷⁴.

Prevederi suplimentare privind sursele potențiale de finanțare sunt prevăzute de Ordonanța PPP, cu modificările și completările ulterioare (art. 10); astfel, finanțarea investițiilor realizate în cadrul contractelor PPP poate fi asigurată integral din resurse financiare asigurate de partenerul privat din surse proprii sau atrase de partenerul privat de la finanțatori; din resurse financiare asigurate de partenerul privat împreună cu partenerul public; din resurse financiare asigurate de fonduri suverane de dezvoltare și investiții, fonduri de pensii administrate privat, fonduri de investiții și firme de investiții; prin emiterea de obligațiuni corporative de către compania de proiect în scopul implementării PPP.⁷⁵

La prima vedere, veniturile obținute de SCMUT nu vor constitui o resursă de finanțare suficientă pentru derularea⁷⁶ proiectului NSMT în regim PPP.

⁷⁴ Hotărârea Guvernului nr. 907/2016, Anexa 3^{A1}, Conținutul-cadru al studiului de fezabilitate

⁷⁵ Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 39/2018 (aprobată cu modificări prin Legea nr. 7/2024), art. 10

⁷⁶ În prezentul raport, termenul „finanțare” se referă, în general, la sursa de bani necesară pentru a respecta obligațiile de plată. În contextul unui PPP, acesta se referă la sursa de bani pe termen lung pentru a plăti partenerului privat al PPP pentru investițiile, costurile de exploatare și costurile de întreținere ale proiectului (în conformitate cu Ghidul de certificare a



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

Cu toate acestea, bilanțul și conturile de rezultat patrimonial ale Municipiului Timișoara reflectă o evoluție pozitivă în ultimii trei ani (2021-2023), indicând un excedent de venituri proprii de 118,430,212 lei în anul 2021, 150,224,681 lei în anul 2022 și 150,805,422 lei în anul 2023. Sumele echivalente în euro (folosind valorile medii anuale ale cursului de schimb valutar) sunt de 24,06 mil. euro în 2021, 30,46 mil. euro în 2022 și, respectiv, 30,48 mil. euro în 2023. În consecință, un plafon maxim de aproximativ 30 de milioane de euro ar putea fi folosit de Municipiul Timișoara ca indicator principal al suportabilității proiectului (care acoperă plățile viitoare de disponibilitate care urmează să fie plătite pe baza performanței partenerului privat) și al capacității sale de finanțare pe durata de viață a proiectului.

Contribuțiile potențiale de la bugetul de stat (eventual prin intermediul Ministerului de Finanțe, de la Ministerul Dezvoltării, Lucrărilor Publice și Administrației) pentru a acoperi parțial cheltuielile de capital legate de faza de construcție ar îmbunătăți și mai mult suportabilitatea proiectului, deoarece finanțarea privată redusă a proiectului PPP ar permite un nivel redus al plăților viitoare de disponibilitate.

În prezent, nu există informații disponibile detaliate cu privire la utilizarea potențială a *împrumuturilor bancare* (pentru a fi utilizate de MT sau de potențiali viitori parteneri privați interesați de proiect). Observația noastră este că băncile comerciale din România și-au exprimat în mod constant dorința de a participa la procesul de obținere a finanțării pentru proiecte PPP în trecut și așteptarea este ca acestea să fie în continuare interesate de un proces PPP bine structurat.

Fondurile UE (care acoperă finanțarea „tradițională” a UE în cadrul programelor operaționale, precum și finanțarea în cadrul Mecanismului de Redresare și de Reziliență) intră în mare parte în categoria *fondurilor externe nerambursabile*.

Finanțarea UE la nivel național pentru regiunile mai dezvoltate (mai exact, finanțarea din Fondul European de Dezvoltare Regională (FEDR) aferentă sectorului de sănătate, conform ultimei versiuni aprobate a Programului „Sănătate”⁷⁷) este de 58,719,156 euro pentru întreaga perioadă de programare financiară 2021-2027. Valoarea contribuției naționale respective este de 102,817,591 de euro (la o rată de cofinanțare de aproximativ 35,36% pentru acest tip de regiune). În comparație, pentru regiunile mai puțin dezvoltate, pentru care Municipiul Timișoara nu este eligibil, finanțarea FEDR în cadrul acestui program este de 1,565,489,789 euro, cu o contribuție națională de 1,840,138,826 euro (rata de cofinanțare fiind de aproximativ 45,96%)⁷⁸.

Spre deosebire de perspectiva pe termen mediu oferită de finanțarea FEDR în cadrul programului „Sănătate” (care beneficiază de regula N+3, prelungind astfel perioada de implementare cu trei ani suplimentari), plățile pentru reformele și proiectele de investiții publice aferente finanțării disponibile în cadrul Planului Național de Redresare și Reziliență (PNRR) în cadrul componentei C12 (Sănătate) trebuie efectuate până la sfârșitul anului 2026⁷⁹. Din lista inițială de 49 de investiții propuse de noi

parteneriatelor public-privat (PPP) al APMG, elaborat prin implicarea Băncii Asiatice de Dezvoltare (ADB), Băncii Europene pentru Reconstrucție și Dezvoltare (BERD), Băncii Interamericane de Dezvoltare (BID), Băncii Islamice de Dezvoltare (BISD), Fondului multilateral de investiții (MIF) și a Grupului Băncii Mondiale (WBG), finanțat parțial prin intermediul Facilității de consultanță pentru infrastructuri publice-privat (PPIAF), pag. 92)

⁷⁷ Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene, Programul „Sănătate” pentru sprijin din Fondul European de Dezvoltare Regională și Fondul Social European Plus, Tabelul 11 (credite financiare pe fond și pe cofinanțare națională), 29 aprilie 2024, pag. 125

⁷⁸ Ibidem

⁷⁹ <https://mfe.gov.ro/pnrr/>



IFC
International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists

infrastructuri publice de sănătate (așa-numita țintă 377), Ministerul Sănătății a aprobat 27 de obiective de investiții. Construcția și dotarea unei noi maternități în cadrul Spitalului Clinic Municipal de Urgență din Timișoara (cu o valoare totală a investiției de aproximativ 131,69 mil. euro)⁸⁰ a fost trecută pe lista de rezervă pentru finanțare în anul 2022. În prezent, municipalitatea nu are acces la alte surse de finanțare în cadrul PNRR care ar putea fi utilizate pentru viitorul spital PPP.

4.3 Concluzii

Scenariile propuse au fost elaborate ținând cont de mai mulți factori:

- Suportabilitatea proiectului pentru bugetul municipal. Deși s-a ținut cont de spațiul fiscal actual al orașului, este important de asemenea să se țină cont de faptul că, dacă va fi implementat, noul spital va fi primul spital PPP din România. Investitorii vor fi atenți atunci când se vor angaja într-un contract pe termen lung bazat pe performanță pe o piață nouă, cu o municipalitate care acționează ca partener public. Suportabilitatea proiectului de către municipalitate va fi unul dintre considerentele cheie care vor fi luate în considerare de către piață.
- Selectarea facilităților SCMUT care ar trebui consolidate într-o unitate multi-profil din punct de vedere clinic, pe baza profilurilor clinice ale acestor unități (pacienți cu afecțiuni multiple și comorbidități care necesită servicii de mai multe tipuri de îngrijiri medicale) și a serviciilor clinice oferite în prezent în aceste unități, precum și a serviciilor care ar trebui să fie oferite într-un spital modern multi-profil.
- Gestionarea procesului de consolidare a spitalelor și dimensiunea: consolidarea mai multor spitale va fi un exercițiu complex care va necesita un proces bine planificat și cuprinzător pentru a asigura furnizarea continuă a serviciilor și un impact minim asupra pacienților.

Dimensiunea noului spital va fi determinată și evaluată în continuare în cursul pregătirii Studiului de fezabilitate și fundamentare.

4.4 Recomandări privind dezvoltarea scenariilor/opțiunilor tehnico-economice fezabile selectate pentru a fi studiate ulterior în cadrul studiului de fezabilitate

Scenariile luate în considerare în acest Studiu de fezabilitate ar trebui să fie evaluate în continuare ca parte a pregătirii Studiului de fezabilitate și fundamentare a proiectului. Dimensiunea noului spital va fi studiată în detaliu în cadrul acestora pentru a defini mai departe configurația noului spital, parametri tehnici și arhitecturali, precum și alte detalii, conform cerințelor legislației.

În scopul Studiului de fezabilitate, sprijinul financiar extern a fost luat în considerare doar ca parte a scenariilor de sensibilitate. Ca parte a studiului de fezabilitate și fundamentare a proiectului, IFC și Consultanții vor evalua diverse opțiuni de finanțare care se adaugă la bugetul municipal, cum ar fi contribuția inițială sub formă de granturi de la bugetul de stat, de la UE sau din alte surse, precum și posibilitatea MT de a obține un împrumut municipal pentru a reduce costul total al proiectului.

⁸⁰ <https://ms.ro/media/documents/OBIECTIVELE-DE-INVESTITII-DE-REZERVA- C12-MS-I2.1.pdf>



IFC

International
Finance Corporation
WORLD BANK GROUP

conceptrealisation
business advisors • ppp strategists