

Studiu asupra situației medicale din zona Comunei Berliște, județul Caraș-Severin



CREȘTEREA CALITĂȚII SERVICIILOR MEDICALE PENTRU
COMUNITĂȚILE TRANSFRONTALIERE
RORS-448

[https://primariaberliste.ro/
monitorul-oficial-local](https://primariaberliste.ro/monitorul-oficial-local)

Studiu asupra situației medicale din zona Comunei Berliște, județul Caraș-Severin

Studiul este realizat în cadrul proiectului finanțat prin Programul Interreg-IPA de Cooperare Transfrontalieră România-Serbia „Creșterea calității serviciilor medicale pentru comunitățile transfrontaliere” cu număr de referință: eMS RORS448, și se intitulează “Studiu asupra situației medicale din zonă și recomandări”, elaborat de către S.C. M-Profilaxis S.R.L., reprezentată de dr. Dana Mihaela Paica.

ABREVIERI

A.N.M.D.M	Agencia Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale
C.N.A.S.	Casa Națională de Asigurări de Sănătate
C.J.A.S.	Casa Județeană de Asigurări de Sănătate
C.N.E.P.S.	Centrul Național de Evaluare și Promovare a Stării de Sănătate
D.S.P.	Direcția de Sănătate Publică
D.G.A.S.P.	Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului
EUROSTAT	Eurostat Regional Yearbook
E.C.H.I.	Euro Health Consumer Index
I.N.S.P.	Institutul Național de Sănătate Publică
I.N.S.	Institutul Național de Statistică
O.N.G.	Organizație Non Guvernamentală
P.I.B.	Produsul Intern Brut
SMURD	Serviciul Mobil de Urgență Reanimare și Descarcerare
U.E.	Uniunea Europeană

CAPITOLUL I. CONSIDERAȚII INTRODUCTIVE

Principalul scop al politicilor de sănătate este asigurarea unui nivel ridicat de sănătate a populației, cu realizarea distribuirii echitabile a serviciilor de asistență medicală. Creșterea accesului la servicii calitative de sănătate este un obiectiv important pentru toate țările UE și nu numai. Reformele în sistemul de sănătate au vizat creșterea eficienței cu resursele existente și menținerea eficienței costurilor pentru serviciile prestate. S-a urmărit reducerea cheltuielilor, fără a reduce însă calitatea serviciilor și accesul la acestea.

Atât în țările vestice, cât și în cele din estul Europei, una din temele majore ale dezbaterilor o reprezintă politicile sanitare. Procesul de analiză și reformă este condiționat atât de urgența controlării cheltuielilor sanitare, ce cresc în ritm rapid, cât și de necesitatea ca politicile și sistemele sanitare să răspundă nevoilor celor ce le utilizează.

Majoritatea statelor dezvoltate economic și-au elaborat politicile medicale pe bazele unor principii comune, diferite fiind doar modalitățile de punere în practică a acestor principii. Structura și organizarea serviciilor de sănătate în țările din estul Europei au fost relativ similare, motiv pentru care și dificultățile cu care acestea s-au confruntat au fost asemănătoare. Principalele probleme cu care s-au confruntat aceste țări au fost precaritatea stării de sănătate a populației și calitatea scăzută a asistenței medicale.

Legislația Uniunii Europene are consecințe profunde asupra organizării sistemelor naționale de sănătate. Un raport recent al Comisiei Europene a sugerat că regulile interne ale pieței trebuie să aibă în considerare interesele pacienților și ale serviciilor de sănătate, și nu numai interesele pur economice. S-a recomandat, de asemenea, reformularea competențelor Uniunii Europene în sectorul sanitar, cu scopul de a trece toate atribuțiile legate de sănătate într-un singur articol de convenție care ar clarifica rolurile și responsabilitățile. Pentru realizarea acestor obiective este necesar să fie utilizat mai eficient noul sistem de coordonare deschisă a politicilor sociale naționale. Un astfel de sistem, care a stabilit oficial mecanisme de însușire a experienței altor state, ținând cont de particularitățile lor naționale, oferă oportunitatea promovării celor mai bune soluții practice, prin sporirea schimbului de informații despre posibilitățile reale și condițiile specifice de aplicare a respectivelor soluții.

De asemenea este necesar ca Uniunea Europeană să stabilească, cât mai curând posibil, un sistem de monitorizare a impactului actual pe care legea promulgată de acest forum internațional îl are asupra sistemelor de îngrijiri de sănătate și să propună soluții pentru remedierea eventualelor efecte neprevăzute.

S-a dovedit existența unei strânse corelații între PIB și cheltuielile pentru asistența sanitară. Cu cât o țară este mai bogată, cu atât cheltuie mai mult pentru sistemul sanitar. Ar trebui menționat că, pentru o țară, nu nivelul veniturilor este cel mai bun predictor al stării de sănătate, ci diferențele de venituri între diferitele grupe sociale, o distribuție echitabilă a bogăției naționale fiind asociată cu o mai mare longevitate. Acest aspect sugerează că în perioada de tranziție la economia de piață, starea de sănătate s-ar putea înrăutăți, din cauza creșterii sărăciei în rândul anumitor grupuri vulnerabile, motiv pentru care politicile sociale și sanitare capătă o importanță sporită în această etapă.

România este una din țările europene cu cele mai înalte niveluri ale sărăciei. Circa 35,7% din populația României se află în risc de sărăcie și excluziune socială, nivel depășit în U.E. doar de Bulgaria (38,9%). La nivel național s-a înregistrat însă o tendință de scădere acestui procentaj, de la 47% în anul 2007 și 44,2% în anul 2008 la 38, 8% în 2016, ajungând în anul 2017 la nivelul de 35,7%. (Eurostat, 2017).

Statisticile arată că în România, în anul 2018 produsul intern brut a crescut cu 4,1% comparativ cu anul 2017. De asemenea, comparativ cu anul 2018, în anul 2019 câștigul salarial mediu nominal net a crescut cu 17,9%. În ultimul trimestru al anului 2018 veniturile totale ale populației, medii lunare pe o gospodărie au fost de 4608 lei, iar cheltuielile totale au fost, în medie de 3981 lei lunar pe o gospodărie. (INS, 2019)

Rata sărăciei relative a atins 23,6% în scădere față de anul 2016 (25,3%), după ce a avut o evoluție relativ stabilă în perioada 2014-2016. Rata riscului de sărăcie sau

excluziune socială este în anul 2017 de 35,7%, cunoscând o scădere progresivă începând cu anul 2007, când se situa la nivelul de 47%. (INS, TEMPO online 2018).

Conform statisticilor INS, în România populația stabilă a scăzut substanțial în perioada 2002-2017 (de la 21,6 mil. la 19,6 mil. locuitori), pe fondul unei tendințe de îmbătrânire a populației. Acest lucru a fost cauzat în principal de migrația externă a populației tinere. Speranța de viață la naștere a avut o evoluție pozitivă în ultimele două decade la ambele sexe, astfel încât s-a atins 71,7 ani la bărbații și 79,1 ani la femei, la nivelul anului 2017. Durata medie a vieții este mai mare în urban decât în rural. (Eurostat Regional Yearbook, 2017)

Conform Eurostat, un sistem de sănătate eficient trebuie să răspundă nevoilor beneficiarilor. În România, procentul auto-raportat al *nevoilor de asistență medicală nesatisfăcute* la nivelul întregii populații este de 4,7% în 2017 (comparativ cu 0,41% în Spania și Olanda, 0,4% în Germania, 11,8% în Estonia și 10% în Grecia). După speranța de viață la naștere (75,3 ani) România este plasată pe penultimul loc în UE, pe ultimele locuri situându-se Bulgaria, Lituania și Letonia (74,9 ani). (Eurostat Regional Yearbook, 2017)

Raportul Euro Health Consumer Index (EHCI) 2018 arată că România întâmpină probleme în gestionarea întregului sector public, în asistența medicală, discriminarea grupurilor minoritare precum roma (3½ - 4% din populație), deținând locul 34 din cele 35 de țări UE, ultimul loc în acest clasament revenind Albaniei. De asemenea, Albania, România și Bulgaria suferă de o structură veche de sănătate, cu un raport ridicat și costisitor al îngrijirii pacienților în ceea ce privește asistența medicală externă (Euro Health Consumer Index, 2018, 19).

România are una dintre ratele de acoperire cu personal medical cele mai scăzute la 1000 locuitori, cu 2,5 medici și 5,8 asistenți medicali 1000 locuitori, comparativ cu media europeană de 3,4 medici și 8,0 asistenți medicali la 1000 locuitori. Lipsa personalului medical este accentuată și de rata ridicată de emigrare a medicilor și asistenților medicali. (European Observatory on Health Systems and Policy, Health System in Transition, Romania Health System Review, Vol 18 No. 4 1016). Începând cu anul 2010 numărul medicilor și al personalului sanitar mediu în sistemul de stat a cunoscut o scădere progresivă, până în anul 2016 când a început să se înregistreze o creștere ușoară, ajungând ca la nivelul anului 2017 să se înregistreze un număr de 36.788 medici, din care 844 medici de familie și 93.512 personal sanitar mediu. Nu aceeași evoluție a avut numărul medicilor și personalului sanitar mediu în sectorul privat, în sensul că s-a înregistrat o creștere a numărului acestora începând cu anul 2010, astfel că în anul 2017 se înregistra un număr de 21.795 medici, din care 11.341 medici de familie și 48.591 personal sanitar mediu. (INS, TEMPO online, 2018)

Deși se consideră că există suficienți medici de familie pentru a acoperi nevoile generale ale populației, aceștia sunt repartizați neuniform între mediul rural și cel urban, ceea ce face ca accesul populației din zonele rurale la medic să fie dificil. Există disparități în asigurarea serviciilor de sănătate în România, atât în privința asistenței primare cât și secundare, precum și între diferitele Reguni de dezvoltare și județe, sau între zonele rurale și urbane. (Romanian Ministry of Health, Regional Health Services Plans, November 2016)

Mortalitatea infantilă (0-1 ani), un barometru sensibil al inegalității în starea de sănătate, scade cu 0,4 în anul 2016, față de anul 2015, continuând trendul de scădere din ultimii ani. Mortalitatea infantilă este semnificativ mai mică în urban (5,9% de născuți vii) decât în rural (9,0% de nou născuți vii), cu toate că în mediul rural mortalitatea infantilă a scăzut cu 0,5% în anul 2016. Mortalitatea infantilă înregistrează discrepanțe geografice importante (între județe/regiuni și medii). Astfel, s-a înregistrat o creștere în anul 2016 față de anul 2015 în județele Brăila (de la 5,4% la 10,6% în 2016), Giurgiu (de la 6,2% în 2015 la 10,5% în 2016), Galați (de la 5,5% în 2015 la 9,7% în 2016) și o scădere în județele Dolj (de la 9,7% în 2015 la 6,0% în 2016), Ilfov (de la 6,3% în 2015 la 3,5% în 2016), Tulcea (de la 14,4% în 2015 la 11,8% în 2016). (INSS, 2016)

Conform anchetei bugetelor de familie (ABF) din 2018, în trimestrul trei al anului, cheltuielile familiilor cu sănătatea au reprezentat 4,7% din totalul cheltuielilor familiei, situându-se după cheltuielile alimentare, îmbrăcăminte/încălțăminte, recreere și cultură, dar devansând cheltuielile cu educația.

România se plasează pe penultimul loc din Europa, conform raportului EHCI 2018 din perspectiva consumatorului de servicii de sănătate, corelat cu nivelul alocării financiare pentru sănătate pe cap de locuitor. Scoruri mai crescute au fost acordate capitolelor care vizează drepturile și informarea pacienților și accesibilitatea și mai scăzute în ceea ce privește rezultatele, prevenția și gama serviciilor.

România alocă în prezent sub 6% din PIB pentru sănătate, comparativ cu media europeană de 9,8%. (Romanian Ministry of Health, Regional Health Services Plans, November 2016). Sistemul național de asigurări sociale de sănătate acordă populației un "pachet de servicii de bază" comprehensiv. Deși asigurările de sănătate sunt în principiu obligatorii, în practică doar aproximativ 86% din populație este asigurată. Persoanele neasigurate au dreptul la un "pachet minimal de servicii", care acoperă doar urgențele, bolile cu potențial epidemic, asistența în timpul sarcinii și perinatală. (European Observatory on Health Systems and Policy, Health System in Transition, Romania Health System Review, Vol 18 No. 4 1016)

Serviciile de sănătate din România sunt caracterizate printr-o supradimensionare a asistenței specializate în regim de internare și de o sub-utilizare a asistenței primare și comunitare. Se constată o alocare a resurselor financiare predominant către spitale (45,11%), un procent mic fiind destinat asistenței extraspitalicești (plățile pentru serviciile medicale în ambulatoriu 14,96%, plățile pentru îngrijiri la domiciliu 0,24%, plățile pentru servicii de urgență prespitalicești și transport sanitar 0,16%). (CNAS, 2017).

„Utilizarea crescută a serviciilor spitalicești este atribuită capacității reduse a sectorului extraspitalicesc și în principal eșecului în asigurarea rolului de *"gate-keeping"* al asistenței primare, în timp ce nivelurile sub-optimale ale unor indicatori cheie ai eficacității programelor de sănătate publică pot fi atribuite eșecului asistenței primare în rolul său de vector al intervențiilor de sănătate publică și medicină preventivă”. (Strategia Națională de Sănătate 2014-2020, 2014, 27).

CAPITOLUL II. METODOLOGIA CERCETĂRII

Obiectivul general al proiectului vizează creșterea stării de sănătate a populației din Comuna Berliște prin îmbunătățirea serviciilor medicale în comunitate, a creșterii accesibilității și a calității acestora.

Obiectivele specifice pe care proiectul le propune sunt:

-îmbunătățirea stării de sănătate a populației din Comuna Berliște prin furnizarea de servicii medicale în cadrul dispensarului medical din comuna, considerate a fi servicii esențiale pentru populația comunei

-scaderea numărului de pacienți redirectionați spre alte unități sanitare

Îmbunătățirea condițiilor de trai din Comuna Berliște cu toate localitățile ei

-creșterea nivelului socioeconomic al Comunei Berliște prin stimularea menținerii populației din mediul rural pe această zonă, mai cu seamă a populației tinere

-creșterea natalității prin accesul direct la serviciile medicale din cadrul dispensarului

Prin proiect se propune realizarea unui dispensar medical local care să cuprindă două entități medicale distincte, una de medicina generală adulți și una de stomatologie, sala de tratamente adulți, cabinet medical copii cu sala de tratamente pentru copii, punct farmaceutic pentru dispozitive medicale și medicamente, camera tehnică și utilitățile aferente.

Unitatea medicală din cadrul dispensarului va trebui să facă față unui aflux de pacienți egal cu populația comunei și la nevoie chiar pacienți din satele și comunele învecinate.

Pentru unitatea de dispensarizare a medicului generalist s-a estimat anual un program de 20 consulturi zilnice în 6 ore de program timp de 280 zile pe an, ceea ce înseamnă circa 5600 consultații pentru adulți și pentru copii pe an.

Dispensarul, în forma reabilitată va consta din :

- două cabinete unul de medicina generală adulți și unul de stomatologie
- sala de tratamente pentru adulți
- sala de consultații pentru copii și sala de tratament pentru copii
- punct farmaceutic
- loialitatea serviciilor și dependentele aferente
- boiler termic
- subsol tehnic

Echipamentul medical care se achiziționează este unul de necesitate elementară pentru un dispensar rural și care să permită totuși un diagnostic de acuratețe în caz de urgență. Luând în considerare că distanța până la unitatea de primire a urgențelor la Reșița este de 100km și că drumurile de acces către Berliște sunt precare, existența unui echipament medical adecvat, care să permită stabilirea unui diagnostic, poate fi

esențială pentru diagnosticul corect de primă instanță și administrarea unui tratament până la momentul când pacientul ajunge într-o unitate spitalicească.

Studiul conține o analiză a situației medicale curente în zona și este menit să furnizeze linii directoare pentru capacitatea și cooperarea instituțională în zona țintă a proiectului.

Studiul situației medicale din zonă va fi baza pentru dezvoltarea și îmbunătățirea stării de sănătate a populației și va trasa conexiuni clare și concrete cu privire la ceea ce doresc acești oameni.

Documentarea studiului s-a făcut prin studierea literaturii de specialitate, rapoarte, studii, cercetări anterioare din domeniu, legislație, modele de bună practică.

Cercetarea cantitativă a fost efectuată în perioada aprilie 2021 - decembrie 2021 fiind îngreunată foarte mult de situația dată de pandemie și măsurile de precauție sporită impuse de existența acesteia.

Deoarece sistemul de raportare a consultațiilor și a tuturor datelor medicale este centralizat și marea majoritate a medicilor de familie din România raportează către Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin programul ICMED (cei care nu au acest program lucrează în sistemul SIUI care este la fel în privința aceasta a datelor centralizate), ar fi fost extrem de util ca rezultatele cercetării cantitative, prin chestionare, să fie confruntate cu datele extrase de la medicul de familie din programul de raportare. Confidențialitatea contractuală împiedică furnizarea de informații cu privire la raportările medicilor de familie de către contractant CNAS, aceste date urmându-se a fi regăsite în statistici.

Cercetarea calitativă întrucât aceasta are menirea de a analiza în profunzime subiectul abordat, astfel încât, datele culese să fie relevante pentru studiu, s-a bazat pe documente cu relevanță specifică asupra subiectului.

S-a pus accent pe analiza Strategiei Naționale de Sănătate 2014 - 2020 care a stat la baza lansării programelor și proiectelor din domeniul sănătății, inclusiv a acestuia prezent, încadrarea Comunei Berliște ca zonă geografică și populațională în hărțile și graficele statistice luate în considerare în ceea ce privește furnizarea serviciilor de sănătate la nivel național, în zona de Vest a țării, în județul Caraș Severin, în perioada premergătoare pandemiei.

Accesul populației la serviciile de sănătate pentru un stat sau pentru o zonă geografică sunt principalul furnizor de date în aprecierea stării de sănătate a populației pentru statul sau zona respectivă. Această apreciere se face prin analizarea consumului de servicii de sănătate de către populație, aici intrând inclusiv serviciile farmaceutice nu numai serviciile medicale per se, în prezent nefiind medic de familie în comună.

Se vorbește despre EHCI adică Euro Health Consumer Index, ca principal indicator al stării de sănătate a populației luat în studiu. Valoarea minimă admisă a acestuia este de 333, ca și scor de nivel național.

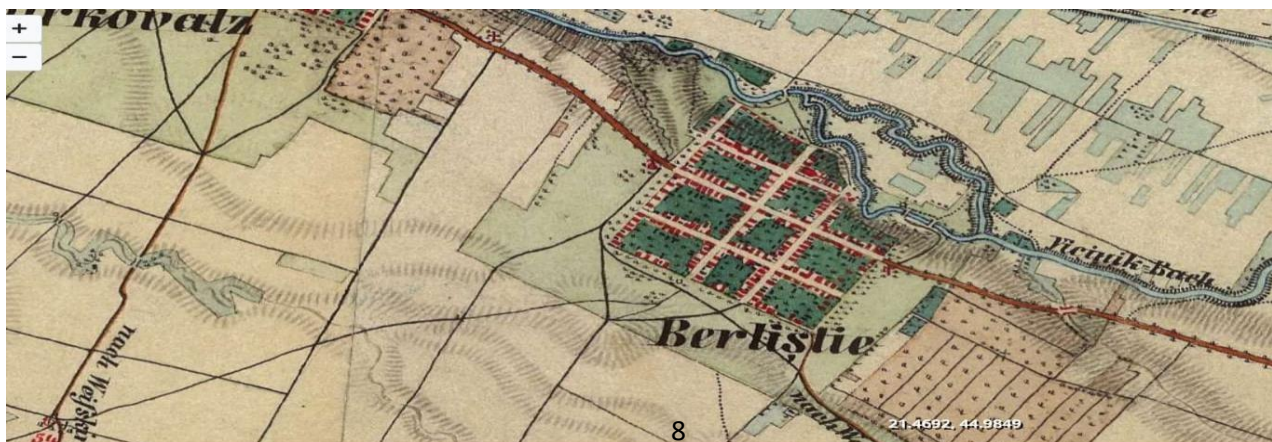
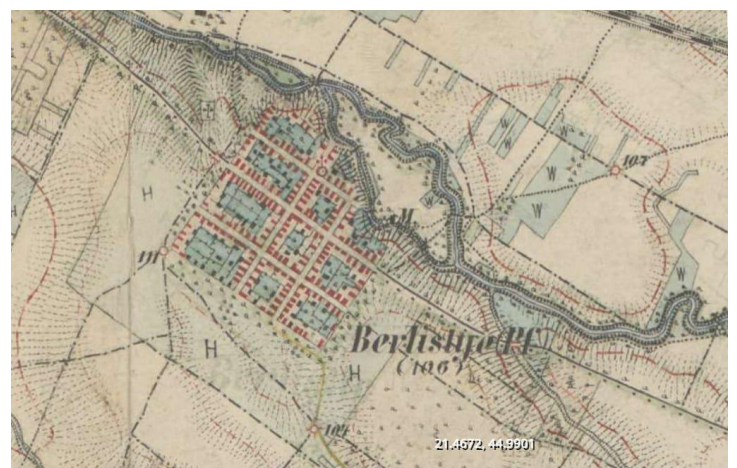
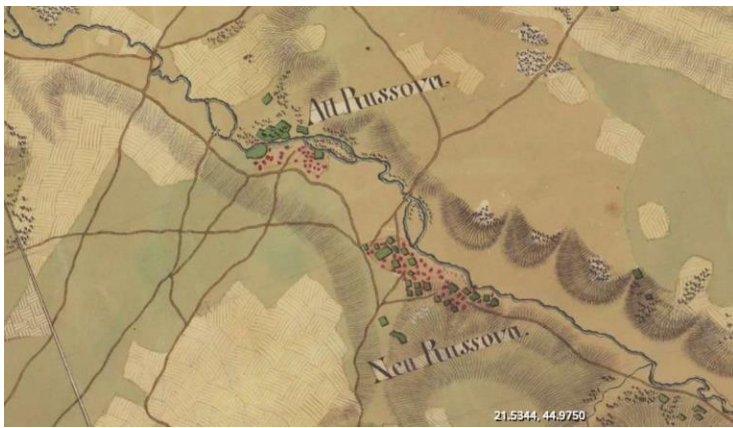
În anul 2017 România se afla pe locul 34 în statele europene cu un EHCI de 439 puncte.

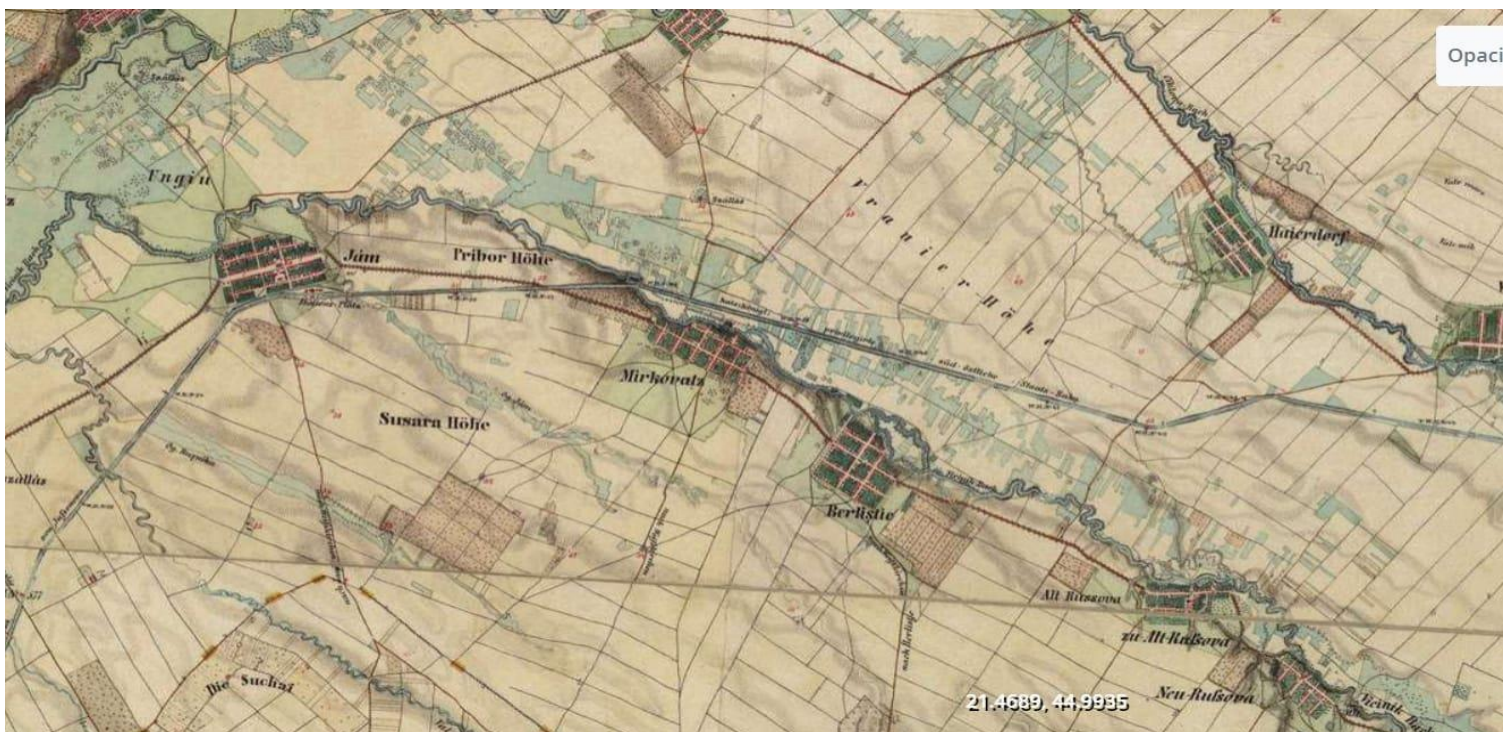
Accesul la serviciile de sănătate pentru populația din zona Comunei Berliște este foarte redus, consumul de servicii de sănătate de asemenea. Nu se cunosc și nu se accesează programe de prevenție, de screening, nu se încurajează profilaxia.

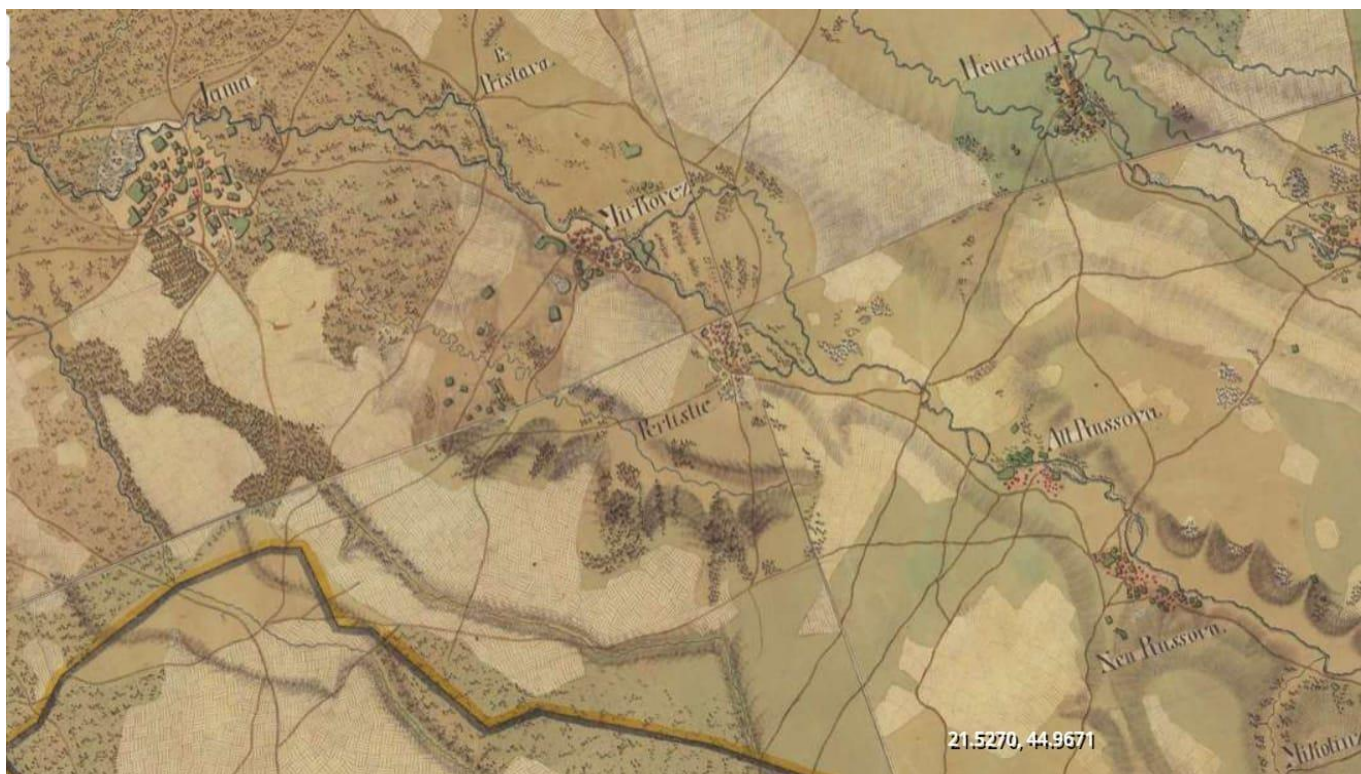
Este cunoscut faptul că în Județul Caraș Severin exista exploatare miniere de metale grele și radioactive, zăcămintele fiind în exploatare de sute de ani unele, iar prezenta acestora în sol precum și munca în minele respective au dus la patologii în rândul populației, considerate endemice, precum și la modificări ireversibile ale florei și habitatului. Din hărțile pe care le-am consultat, de la prima ridicare topografică din Imperiul Austro-ungar, 1764 Ridicarea Iosefină, până la hărți militare ulterior elaborate și la coordonatele accesibile pe programul Google Earth, se vede clar că Zona Comunei Berliște excede acestui areal minier, vatra satelor nu s-a modificat (cum a fost în cazul altor sate/commune) deci nu se află în zona cu patologii endemice.

Populația Comunei Berliște s-a ocupat cu agricultura și zootehnia, fiind cunoscuți printre crescătorii de animale de povară și de carne în târgurile mari ale Europei.









CAPITOLUL III. REZULTATELE CERCETĂRII

Analiza Strategiei de Sănătate 2014-2020 și a Planului de acțiune aferent

Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 își propune să îmbunătățească starea de sănătate a populației României, prin dezvoltarea serviciilor comunitare de sănătate care să răspundă nevoilor grupurilor vulnerabile și dezavantajate, în paralel cu întărirea rolului serviciilor de medicină primară de ambulator, a îngrijirilor folosite în special de persoanele vârstnice, dar și cu creșterea calității și eficienței prin soluții care țin de investițiile în tehnologii de E-sănătate, resursă umană și infrastructură. Astfel, strategia are în vedere 3 arii strategice pentru sectorul de sănătate:

- Sănătatea publică;
- Serviciile de sănătate;
- Măsurile transversale.

Aria strategică 1, privind sănătatea publică are în vedere: îmbunătățirea sănătății mamei și copilului; combaterea eficientă a epidemiilor și supravegherea bolilor transmisibile și a celor netransmisibile, sănătatea în relație cu mediul și conștientizarea și educarea populației privind prevenția.

Aria strategică 2, privind serviciile de sănătate, presupune: dezvoltarea unui sistem de servicii de asistență comunitară de bază pentru grupurile vulnerabile, diversificarea serviciilor de asistență medicală primară și a serviciilor furnizate în ambulatorul de specialitate, creșterea gradului de siguranță a populației prin

consolidarea sistemului integrat de urgență și asigurarea accesibilității la asistența medicală de urgență, concentrarea asistenței medicale spitalicești și creșterea accesului la servicii de reabilitare, paliativ și de îngrijiri pe termen lung.

Aria strategică 3, privind măsurile transversale, are în vedere: întărirea capacității administrative la nivel național, regional și local, implementarea unei politici sustenabile de asigurare a resurselor umane și financiare în sănătate, accesul echitabil și sustenabil la medicația bazată pe dovezi a populației, promovarea cercetării și inovării în sănătate, colaborarea intersectorială în special a grupurilor vulnerabile și eficientizarea sistemului de sănătate.

Cadrul general de dezvoltare a politicilor de sănătate pentru perioada 2014-2020 ține cont de măsurile de reformă propuse în „Analiza funcțională a sectorului de sănătate în România” realizată de experții Băncii Mondiale, direcțiile strategice negociate cu reprezentanții organismelor financiare internaționale și ale Comisiei Europene.

Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 este văzută de către Ministerul Sănătății ca un document catalizator care are menirea de a stimula progresul și dezvoltarea în sistemul de sănătate românesc, în domeniile prioritare.

Valorile esențiale care au stat la baza elaborării Strategiei se referă la:

- plasarea pacientului - a cetățeanului în general - în centrul sistemului de sănătate;
- comunicarea și transparența în ceea ce privește prioritățile naționale de sănătate și dezvoltarea serviciilor de sănătate;
- ancorarea politicilor publice din sector în evidențe cu asigurarea valorii adăugate pentru banii investiți;
- echitatea, în sensul creșterii accesului la serviciile de sănătate de bază pentru toți, în special pentru cei vulnerabili și dezavantajați;
- accentul crescut pe calitate - la nivelul structurilor, proceselor și rezultatelor serviciilor de sănătate, dar și în privința managementului și a informației din sănătate folosită pentru fundamentarea și luarea deciziei;
- descentralizarea în sănătate, dar și responsabilizarea și implicarea comunității în utilizarea cât mai eficace a resurselor disponibile serviciilor de sănătate;
- valorizarea, recompensarea și formarea adecvată a personalului;
- conștientizarea populației privind măsurile cu caracter preventiv și responsabilizarea individului în a adopta comportamente sănătoase, care pot contribui la menținerea unei cât mai bune stări de sănătate pe parcursul vieții.

Se dorește o consolidare a sistemului de sănătate astfel încât să răspundă echitabil nevoilor de sănătate ale populației, în condiții de eficacitate și eficiență optimizate. Realizarea acestui obiectiv presupune o schimbare a mecanismelor decizionale și responsabilizarea actorilor implicați, astfel încât să fie asigurată o mai bună adecvare la nevoile de sănătate ale populației, concomitent cu responsabilizarea directă a decidenților de la nivelul comunității.

În Strategia Națională de Sănătate restructurarea sistemului serviciilor de sănătate este prevăzută pe niveluri de îngrijiri, promovând descentralizarea și regionalizarea asistenței medicale. Schimbările preconizate vizează:

- dezvoltarea de servicii de sănătate minimale și de bază, accesibile tuturor, de calitate și cost-eficace, cu accent pe prevenție;
- mai buna integrare a asistenței medicale prin consolidarea serviciilor clinice ambulatorii pentru creșterea ponderii afecțiunilor rezolvate în ambulatoriul despecialitate și reducerea numărului de cazuri de spitalizare continuă;
- reorganizarea serviciilor spitalicești și asigurarea continuității îngrijirilor.

În prezent, în România se pune accentul pe serviciile de sănătate acordate direct în spital și mai puțin pe serviciile furnizate în comunitate (ex. servicii de asigurare a sănătății mamei și copilului, servicii de îngrijiri la domiciliu pentru pacienții dependenți, servicii de monitorizare a pacienților cu diabet, etc), bazându-se pe o piramidă a serviciilor medicale care are la bază îngrijirile spitalicești, iar la vârf serviciile de asistență comunitară.

În vederea reducerii spitalizării ar trebui oferită o mai mare importanță serviciilor medicale din ambulatoriu. Viziunea pentru perioada 2014-2020 este de a răsturna această piramidă viciată a serviciilor - moștenită și ineficientă și de a asigura gradual o acoperire mai mare a nevoilor de sănătate ale populației prin serviciile de la baza sistemului (servicii de asistență comunitară, servicii de asistență acordate de medicul de familie și de ambulatoriul de specialitate).

Această viziune este pe deplin susținută de noul pachet de servicii de sănătate, pachet care a urmărit aplicarea condițiilor legate de medicina bazată pe dovezi și furnizare a serviciilor medicale în condiții cost-eficacitate la nivelul cel de jos al sistemului care poate rezolva corect o problemă de sănătate (Strategia Națională de Sănătate 2014-2020, 2014, 23-24).

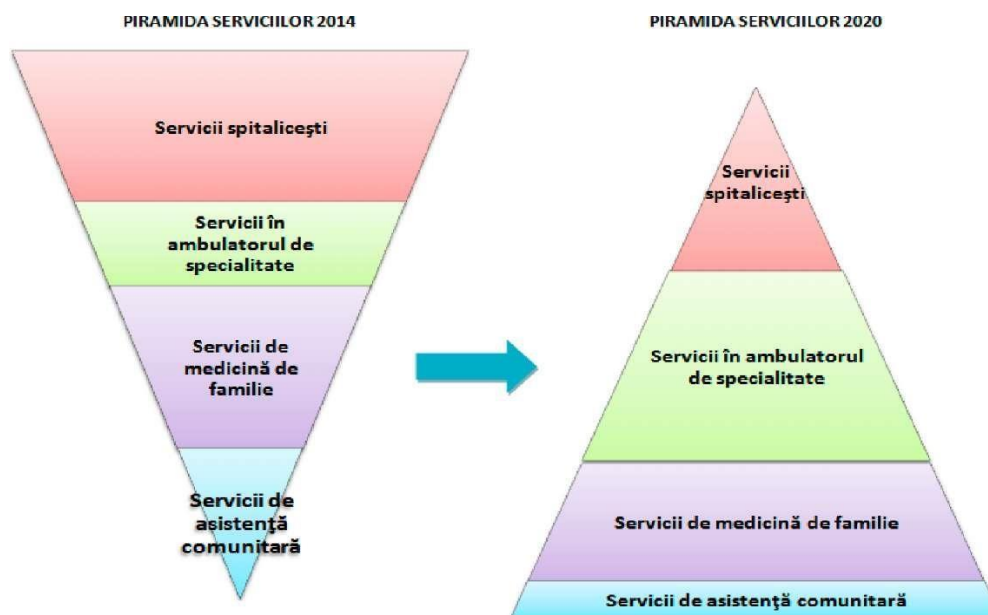


Figura nr.1 Consumul de servicii de sănătate - evoluții anticipate

Sursa: Strategia Națională de Sănătate 2014-2020

Sistemul serviciilor de sănătate din România necesită o reformă reală la nivelul structurii sale, să poată asigura tuturor cetățenilor, în special grupurilor vulnerabile, un acces echitabil la servicii de sănătate calitative.

Strategia Națională de Sănătate s-a transpus într-un Plan de acțiuni concrete, vizând fiecare dintre ariile strategice de intervenție mai sus menționate, direcțiile generale propuse la nivelul fiecăreia dintre acestea fiind:

SĂNĂTATE PUBLICĂ:

O.G.1 Îmbunătățirea stării de sănătate a femeii și copilului, cu două obiective specifice:

O.S.1.1. Îmbunătățirea stării de sănătate și nutriție a mamei și copilului și reducerea riscului de deces matern și infantil;

O.S.1.2. Reducerea numărului de sarcini nedorite, a incidenței avortului lacerare și a ratei mortalității materne prin avort;

O.G.2 Reducerea morbidității și mortalității prin boli transmisibile, a impactului lor la nivel de individ și societate, cu șase obiective specifice, după cum urmează:

O.S.2.1. Întărirea capacității sistemului național de supraveghere a bolilor transmisibile prioritare, de alertare rapidă și răspuns coordonat;

O.S.2.2. Protejarea sănătății populației împotriva principalelor boli care pot fi prevenite prin vaccinare;

O.S.2.3. Reducerea morbidității și mortalității prin TB și menținerea unor rate adecvate de depistare și de succes terapeutic;

O.S.2.4. Reducerea incidenței bolilor transmisibile prioritare - HIV/SIDA și asigurarea accesului pacienților la tratamente antivirale;

O.S.2.5. Reducerea incidenței bolilor transmisibile prioritare: hepatite B și C - și asigurarea accesului pacienților la tratamente antivirale;

O.S.2.6. Asigurarea necesarului de sânge și componente sanguine, în condiții de maximă siguranță și cost eficientă.

O.G.3 Diminuarea ritmului de creștere a morbidității și mortalității prin boli netransmisibile și reducerea poverii lor în populație prin programe naționale, regionale și locale de sănătate cu caracter preventiv, având 5 obiective specifice:

O.S.3.1. Creșterea eficacității și rolului promovării sănătății în reducerea poverii bolii în populație în domeniile prioritare;

O.S.3.2. Reducerea poverii cancerului în populație prin depistarea în faze incipiente de boală și reducerea pe termen mediu-lung a mortalității specifice prin intervenții de screening organizat;

O.S.3.3. Îmbunătățirea stării de sănătate mintală a populației;

O.S.3.4. Protejarea sănătății populației împotriva riscurilor legate de mediu;

*O.S.3.5. Asigurarea accesului populației afectate la servicii de diagnostic și/ sau tratament pentru patologii speciale: Secțiunea **Boli rare** și Secțiunea **Transplant**.*

SERVICII DE SĂNĂTATE

O.G.4 Asigurarea accesului echitabil la servicii de sănătate de calitate și cost eficace, în special pentru grupurile vulnerabile, cu un număr de 7 obiective specifice:

O.S.4.1. Dezvoltarea serviciilor de asistență comunitară, integrate și comprehensive, destinate în principal populației din mediul rural și grupurilor vulnerabile, inclusiv Roma;

O.S.4.2: Creșterea eficacității și diversificarea serviciilor în asistență medicală primară;

O.S.4.3. Consolidarea serviciilor ambulatorii de specialitate pentru creșterea ponderii afecțiunilor rezolvate în ambulatorul de specialitate și reducerea poverii prin spitalizare continuă;

O.S.4.4. Îmbunătățirea accesului populației la servicii medicale de urgență prin consolidarea sistemului integrat de urgență și continuarea dezvoltării acestuia;

O.S.4.5. Îmbunătățirea performanței și calității serviciilor de sănătate prin regionalizarea/concentrarea asistenței medicale spitalicești;

O.S.4.6. Creșterea accesului la servicii de calitate de reabilitare, paliative și de îngrijiri pe termen lung, adaptate fenomenului demografic de îmbătrânire a populației și profilului epidemiologic al morbidității;

O.S.4.7. Crearea de rețele de furnizori de asistență medicală la nivel local, județean și regional.

MĂSURI TRANSVERSALE PENTRU UN SISTEM DE SĂNĂTATE SUSTENABIL ȘI PREDICTIBIL:

O.G.5 Un sistem de sănătate inclusiv, sustenabil și predictibil prin implementarea de politici și programe transversale prioritare, având șapte obiective specifice:

O.S.5.1. Întărirea capacității administrative la nivel național, regional și local și comunicarea schimbării;

O.S.5.2. Implementarea unei politici sustenabile de asigurare a resurselor umane în sănătate;

O.S.5.3 Implementarea unei politici sustenabile de asigurare a resurselor financiare în sănătate, asigurarea controlului costurilor și a protecției financiare a populației;

O.S.5.4. Asigurarea și monitorizarea calității serviciilor de sănătate publice și private;

O.S.5.5. Dezvoltarea și implementarea unei politici a medicamentului bazată pe dovezi, care să asigure accesul echitabil și sustenabil al populației la medicație;

O.S.5.6. Promovarea cercetării și inovării în sănătate;

O.S.5.7. Colaborare intersectorială pentru o stare de sănătate mai bună a populației, în special a grupurilor vulnerabile.

O.G.6. Eficientizarea sistemului de sănătate prin accelerarea utilizării tehnologiei informației și comunicațiilor moderne (E- sănătate), cu două obiective specifice:

O.S.6.1. Dezvoltarea unui sistem informatic integrat în domeniul sănătății prin implementarea de soluții sustenabile de e-sănătate;

O.S.6.2. Creșterea accesului la servicii de sănătate prin utilizarea serviciilor de telemedicină.

O.G.7. Dezvoltarea infrastructurii la nivel național, regional și local, în vederea reducerii inechității accesului la serviciile de sănătate:

O.S.7.1. Îmbunătățirea infrastructurii spitalicești în condițiile necesarei remodelări a rețelei spitalicești prin restructurare și raționalizare;

O.S.7.2. Îmbunătățirea infrastructurii serviciilor de sănătate oferite în regim ambulatoriu prin asistența medicală comunitară, medicina de familie și ambulatorul de specialitate;

O.S.7.3. Dezvoltarea infrastructurii serviciilor integrate de urgență;

O.S.7.4. Îmbunătățirea infrastructurii serviciilor de sănătate publică.

Situația serviciilor de sănătate publică la nivel național în perioada 2015-2017

În baza datelor primite de la Institutul Național de Sănătate Publică din București pentru perioada 2015 - 2017, la nivel național, au fost selectate pentru acest studiu următoarele:

I. indicatorul de morbiditate spitalizată și durata medie de spitalizare din toate județele țării și Municipiul București, în perioada 2015 - 2017, pentru bolile infecțioase și parazitare, tumori și bolile endocrine, de nutriție și metabolism. Au fost selectate aceste 3 tipuri de boli, întrucât predomină în fiecare regiune studiată.

II. Indicatorul de cheltuieli medicamente/pat de spitalizare continuă, în perioada 2015-2017, pentru următoarele specialități medicale: nefrologie, gastroenterologie, boli infecțioase, A.T.I., oncologie medical, hematologie, neurologie, chirurgie cardiovasculară, cardiologie, imunologie clinic și alergologie, chirurgie general, toxicologie, urologie, chirurgie plastic și reparatorie (arși), neurochirurgie, chirurgie toracică, pediatrie, medicină internă, pneumologie, ortopedie și traumatologie, recuperare neuropsihomotorie, medicină generală, neonatologie și premature, oftalmologie, geriatrie și gerontologie, obstetrică-ginecologie, cronici, dermatovenerologie, ginecologie, chirurgie pediatrică, O.R.L., endocrinologie, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, chirurgie maxilo-facială, obstetrică, chirurgie toracică-tbc, reumatologie, Tbc osteoarticular, recuperare pediatrică, psihiatrie acuti, psihiatrie cronici, psihiatrie, recuperare medicină fizică și balneologie, boli profesionale, pneumologie-tbc, recuperare medical și altele.

III. Indicatorul de natalitate (născuți vii la 1.000 locuitori) și indicatorul de mortalitate infantilă (decedați sub un an la 1.000 de născuți vii), în perioada 2015 - 2017, în toate județele țării.

Pentru analiza indicatorilor de la punctual I și III, județele au fost reprezentate în cadrul a 7 regiuni:

a) Regiunea Nord - Vest: județul Bihor, Bistrița - Năsăud, Cluj, Maramureș, Satu-Mare și Sălaj;

b) Regiunea Nord - Est: județul Bacău, Botoșani, Iași, Neamț, Suceava și Vaslui;

c) Regiunea Sud - Est: Brăila, Buzău, Constanța, Galați, Tulcea și Vrancea;

d) Regiunea Sud: Argeș, Călărași, Dâmbovița, Giurgiu, Ialomița, Ilfov, Prahova, Teleorman și Municipiul București;

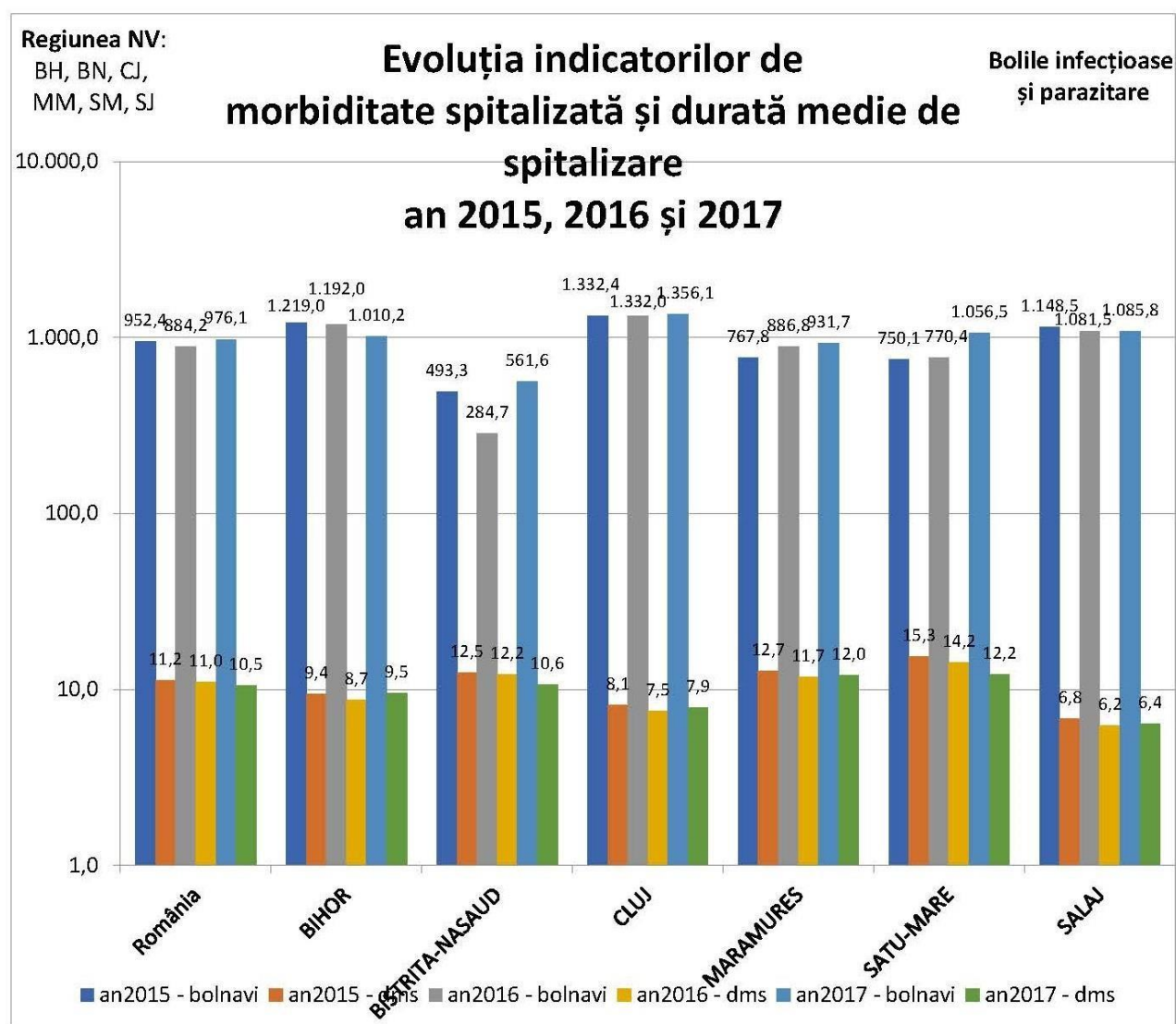
e) Regiunea Sud-Vest: Dolj, Gorj, Mehedinți, Olt și Vâlcea;

f) Regiunea Vest: Arad, Caraș-Severin, Hunedoara și Timiș;

g) Regiunea Centru: Alba, Brașov, Covasna, Harghita, Mureș și Sibiu.

I. Analiza indicatorului de morbiditate spitalizată și durata medie de spitalizare din toate județele țării și Municipiul București, în perioada 2015 - 2017, pentru bolile infecțioase și parazitare, tumori și bolile endocrine, de nutriție și metabolism a fost realizată distinct pentru cele 7 regiuni ale țării: Nord - Vest, Nord - Est, Sud - Est, Sud, Sud - Vest, Vest și Centru.

I.a) Analiza indicatorului de morbiditate spitalizată și durata medie de spitalizare la nivel național reprezentat în 7 regiuni, în perioada 2015 - 2017, pentru bolile infecțioase și parazitare.



Grafic 1: Regiunea Nord - Vest, bolile infecțioase și parazitare, în perioada 2015 - 2017, evoluția indicatorilor de morbiditate spitalizată și durată medie de spitalizare.

În graficul 1 este reprezentat evoluția indicatorilor de morbiditate și durată medie de spitalizare pentru bolile infecțioase și parazitare, în anii 2015, 2016 și 2017 pentru România (media la nivel național) și regiunea Nord - Vest: județul Bihor, Bistrița - Năsăud, Cluj, Maramureș, Satu-Mare și Sălaj.

În anul 2015 se înregistrează o creștere a indicatorului de morbiditate față de media la nivel național de 952,4, în județul Bihor 1.290,0, Cluj 1.332,4, Sălaj 1.148,5 și o scădere în județul Bistrița-Năsăud 493,3, Maramureș 767,8 și Satu-Mare 750,1.

În anul 2016, se înregistrează o creștere a indicatorului de morbiditate față de media la nivel național de 884,2, în județul Bihor 1.192,0, Cluj 1.332,0, Maramureș 886,8, Sălaj 1.081,5 și o scădere în județul Bistrița-Năsăud 284,7 și Satu-Mare 770,4.

În anul 2017, indicatorul de morbiditate este în creștere față de media la nivel național de 976,1, în județul Bihor 1.010,2, Cluj 1.056,1, Satu-Mare 1.056,5, Sălaj 1.085,8 și în scădere în județul Bistrița-Năsăud 561,6 și Maramureș 931,7.

Durata medie de spitalizare pentru bolile infecțioase și parazitare, a fost în anul 2015 în creștere față de media la nivel național de 11,2, în județul Bistrița-Năsăud 12,5, Maramureș 12,7, Satu-Mare 15,3 și în scădere în județul Bihor 9,4, Cluj 8,1 și Sălaj 6,8. În anul 2016, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 11,0, în județul Bistrița-Năsăud 12,2, Maramureș 11,7, Satu-Mare 14,2 și în scădere în județul Bihor 8,7, Cluj 7,5 și Sălaj 6,2.

În anul 2017, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 10,5, în județul Bistrița-Năsăud 10,6, Maramureș 12,0, Satu-Mare 12,2 și în scădere în județul Bihor 9,5, Cluj 7,9 și Sălaj 6,4.

Concluzii:

În anii 2015, 2016 și 2017 indicatorul de morbiditate a fost în creștere față de media la nivel național în județul Bihor, Cluj și Sălaj, în timp ce durata medie de spitalizare a fost în scădere față de media la nivel național în județul Bihor, Cluj și Sălaj.

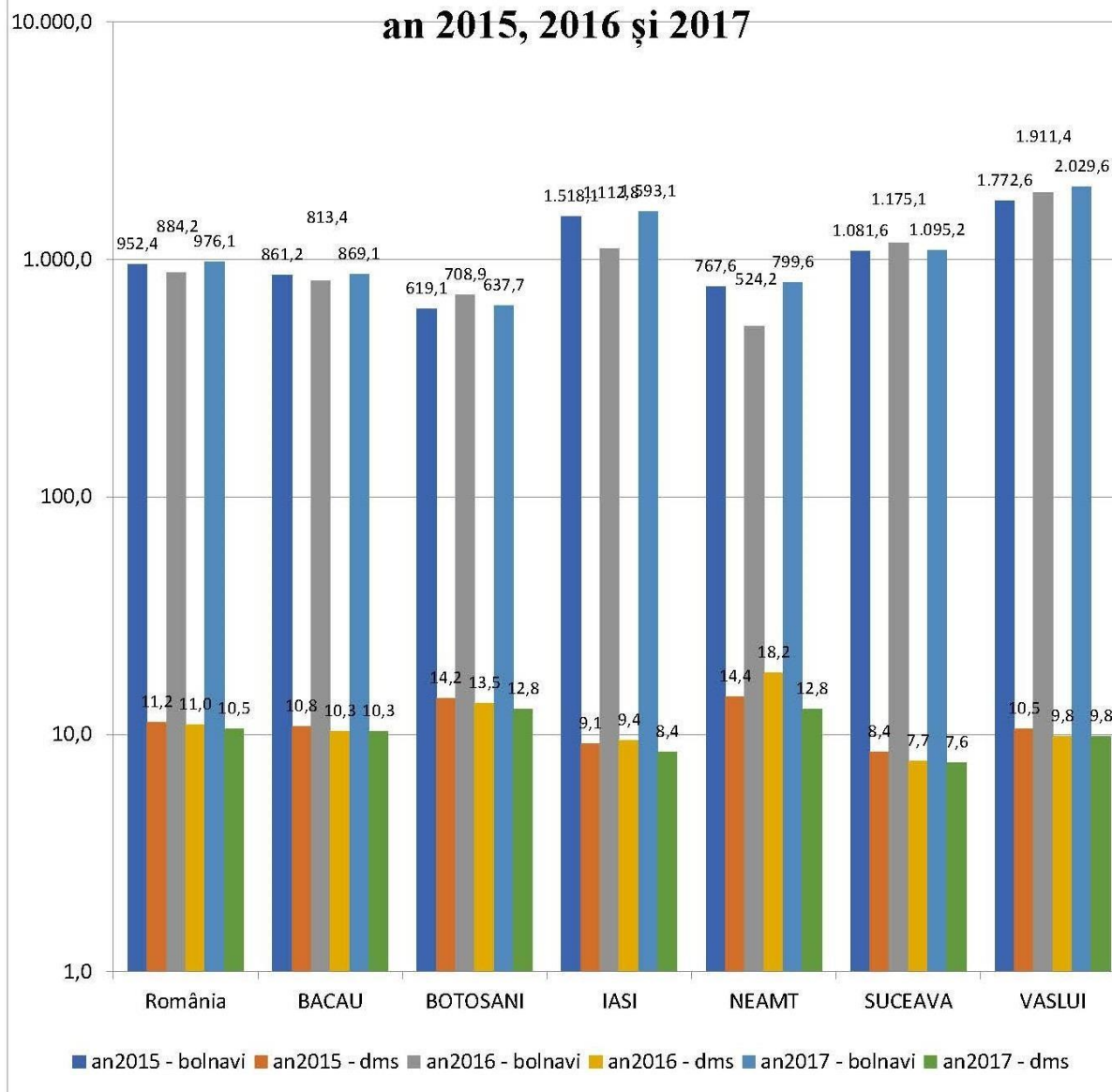
În perioada 2015 - 2017, indicatorul de morbiditate a fost în scădere față de media la nivel național în județul Bistrița-Năsăud, Maramureș și Satu-Mare, în timp ce durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național în județul Bistrița-Năsăud, Maramureș și Satu-Mare.

Regiunea NE:

BC, BT, IS,
NT, SV, VS

Evoluția indicatorilor de morbiditate spitalizată și durată medie de spitalizare an 2015, 2016 și 2017

Bolile infecțioase
și parazitare



Grafic 2: Regiunea Nord - Est, bolile infecțioase și parazitare, în perioada 2015 - 2017, evoluția indicatorilor de morbiditate spitalizată și durată medie de spitalizare.

În graficul 2 este reprezentat evoluția indicatorilor de morbiditate și durată medie de spitalizare pentru bolile infecțioase și parazitare, în anii 2015, 2016 și 2017 pentru România (media la nivel național) și regiunea Nord - Est: Bacău, Botoșani, Iași, Neamț, Suceava și Vaslui.

În anul 2015 se înregistrează o creștere a indicatorului de morbiditate față de media la nivel național de 952,4, în județul Iași 1.518,1, Suceava 1.081,6, Vaslui 1.772,6 și o scădere în județul Bacău 861,2, Botoșani 619,1 și Neamț 767,6.

În anul 2016 se înregistrează o creștere a indicatorului de morbiditate față de media la nivel național de 884,2 în județul Iași 1.112,8, Suceava 1.175,1, Vaslui 1.911,4 și o scădere în județul Bacău 813,4, Botoșani 708,9 și Neamț 524,2.

În anul 2017, indicatorul de morbiditate spitalizată este în creștere față de media la nivel național de 976,1, în județul Iași 1.593,1, Suceava 1.095,2 și Vaslui 2.029,6, iar în scădere în județul Bacău 869,1, Botoșani 637,7 și Neamț 799,6.

Durata medie de spitalizare pentru bolile infecțioase și parazitare, a fost în anul 2015 în creștere față de media la nivel național de 11,2 în județul Botoșani 14,2, Neamț 14,4 și în scădere în județul Bacău 10,8, Iași 9,1, Suceava 8,4 și Vaslui 10,5.

În anul 2016, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 11,0 în județul Botoșani 13,5, Neamț 18,2 și în scădere în județul Bacău 10,3, Iași 9,4, Suceava 7,7 și Vaslui 9,8.

În anul 2017, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 10,5, în județul Botoșani 12,8, Neamț 12,8 și în scădere în județul Bacău 10,3, Iași 8,4, Suceava 7,6 și Vaslui 9,8.

Concluzii:

În anii 2015, 2016 și 2017 indicatorul de morbiditate a fost în creștere față de media la nivel național în județul Iași, Suceava și Vaslui, în timp ce durata medie de spitalizare a fost în scădere față de media la nivel național în județul Iași, Suceava și Vaslui.

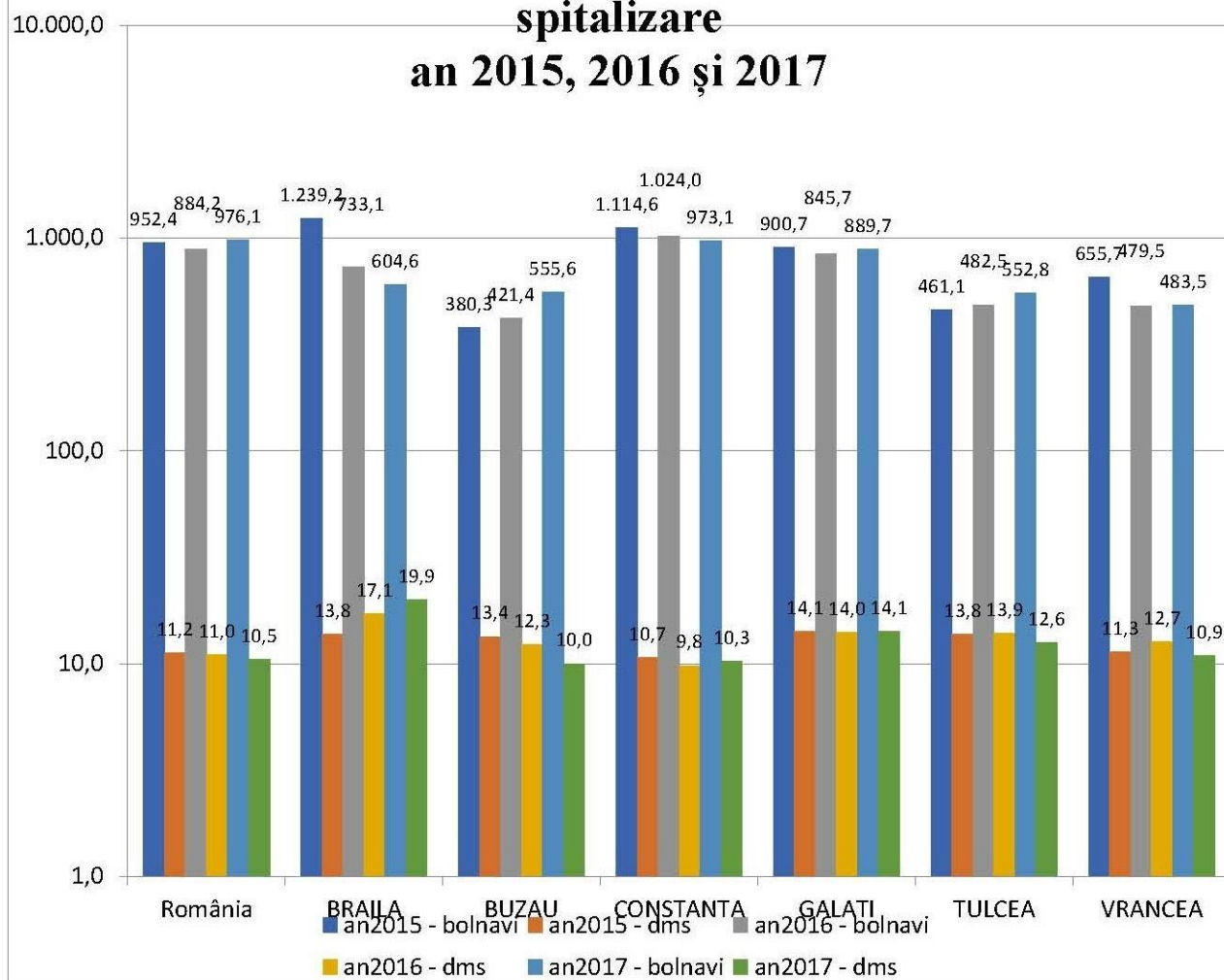
În perioada 2015 - 2017, indicatorul de morbiditate a fost în scădere față de media la nivel național în județul Bacău, Botoșani și Neamț, în timp ce durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național în județul Botoșani și Neamț.

Regiunea SE:

BR, BZ, CT,
GL, TL, VN

Evoluția indicatorilor de morbiditate spitalizată și durată medie de spitalizare an 2015, 2016 și 2017

Bolile infecțioase
și parazitare



Grafic 3: Regiunea Sud - Est, bolile infecțioase și parazitare, în perioada 2015 - 2017, evoluția indicatorilor de morbiditate spitalizată și durată medie de spitalizare.

În graficul 3 este reprezentat de evoluția indicatorilor de morbiditate și durata medie de spitalizare pentru bolile infecțioase și parazitare, în anii 2015, 2016 și 2017 pentru România (media la nivel național) și regiunea Sud - Est: Brăila, Buzău, Constanța, Galați, Tulcea și Vrancea.

În anul 2015 se înregistrează o creștere a indicatorului de morbiditate spitalizată față de media la nivel național de 952,4, în județul Brăila 1.232,9, Constanța 1.114,6 și în scădere în județul Buzău 380,3, Galați 900,7, Tulcea 461,1 și Vrancea 655,7.

În anul 2016, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în creștere față de media la nivel național de 884,2, în județul Constanța 1.024,0 și în scădere în județul Brăila 604,6, Buzău 421,4, Galați 845,7, Tulcea 482,5 și Vrancea 479,5.

În anul 2017, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în scădere față de media la nivel național de 976,1 în județul Brăila 604,6, Buzău 555,6, Constanța 973,1, Galați 889,7, Tulcea 552,8 și Vrancea 483,5.

În anul 2015, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 11,2, în regiunea Sud-Est, pentru bolile infecțioase și parazitare în județul Brăila 13,8, Buzău 13,4, Galați 14,1, Tulcea 13,8, Vrancea 11,3 și în scădere în județul Constanța 10,7.

În anul 2016, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 11,0 în județul Brăila 17,1, Buzău 12,3, Galați 14,0, Tulcea 13,9, Vrancea 12,7 și în scădere în județul Constanța 9,8. Iar în anul 2017, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 10,5 în județul Brăila 19,9, Galați 14,1, Tulcea 12,6, Vrancea 10,9 și în scădere în județul Buzău 10,0 și Constanța 10,3.

Concluzii:

În anul 2017, indicatorul de morbiditate spitalizată pentru bolile infecțioase și parazitare a fost în scădere față de media la nivel național de 976,1 în toate județele din regiunea de Sud-Est, respectiv în județul Brăila, Buzău, Constanța, Galați, Tulcea și Vrancea.

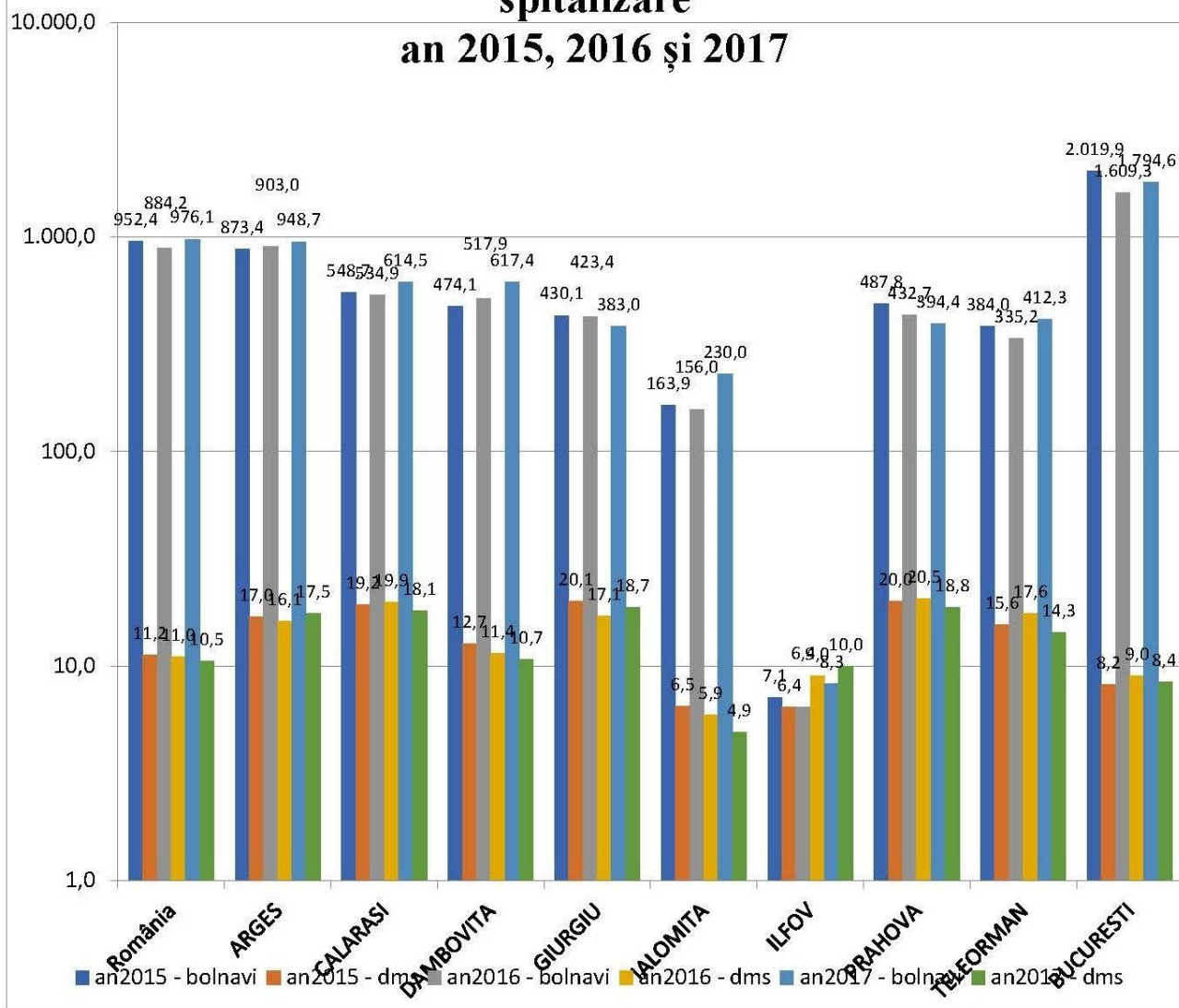
În perioada 2015 - 2017, durata medie de spitalizare a fost în scădere față de media la nivel național, în județul Constanța pentru bolile infecțioase și parazitare.

Regiunea Sud:

AG, BZ, CL,
DB, GR, IL, IF,
PH, TR, B

Evoluția indicatorilor de morbiditate spitalizată și durată medie de spitalizare an 2015, 2016 și 2017

**Bolile infecțioase
și parazitare**



Grafic 4: Regiunea Sud, bolile infecțioase și parazitare, în perioada 2015 - 2017, evoluția indicatorilor de morbiditate spitalizată și durată medie de spitalizare.

În graficul 4 este reprezentată evoluția indicatorilor de morbiditate și durata medie de spitalizare pentru bolile infecțioase și parazitare, în anii 2015, 2016 și 2017 pentru România (media la nivel național) și regiunea Sud: Argeș, Călărași, Dâmbovița, Giurgiu, Ialomița, Ilfov, Prahova, Teleorman și Municipiul București.

În anul 2015 se înregistrează o creștere a indicatorului de morbiditate spitalizată față de media la nivel național de 952,4, în Municipiul București 2.019,9 și în scădere în

județul Argeș 873,4, Călărași 548,7, Dâmbovița 474,1, Giurgiu 430,1, Ialomița 163,9, Ilfov 7,1, Prahova 487,8 și Teleorman 384,0.

În anul 2016, indicatorul de morbiditate spitalizată este în creștere față de media la nivel național de 884,2, în județul Argeș 903,0 și Municipiul București 1.609,3, indicatorul de morbiditate spitalizată este în scădere în județul Călărași 534,9, Dâmbovița 517,9, Giurgiu 423,4, Ialomița 156,0, Ilfov 6,4, Prahova 432,7 și Teleorman 335,2.

În anul 2017, indicatorul de morbiditate spitalizată este în scădere față de media la nivel național de 976,1 în județul Argeș 948,7, Călărași 614,5, Dâmbovița 617,4, Giurgiu 383,0, Ialomița 230,0, Ilfov 10,0, Prahova 394,4, Teleorman 412,3 și Municipiul București 794,6.

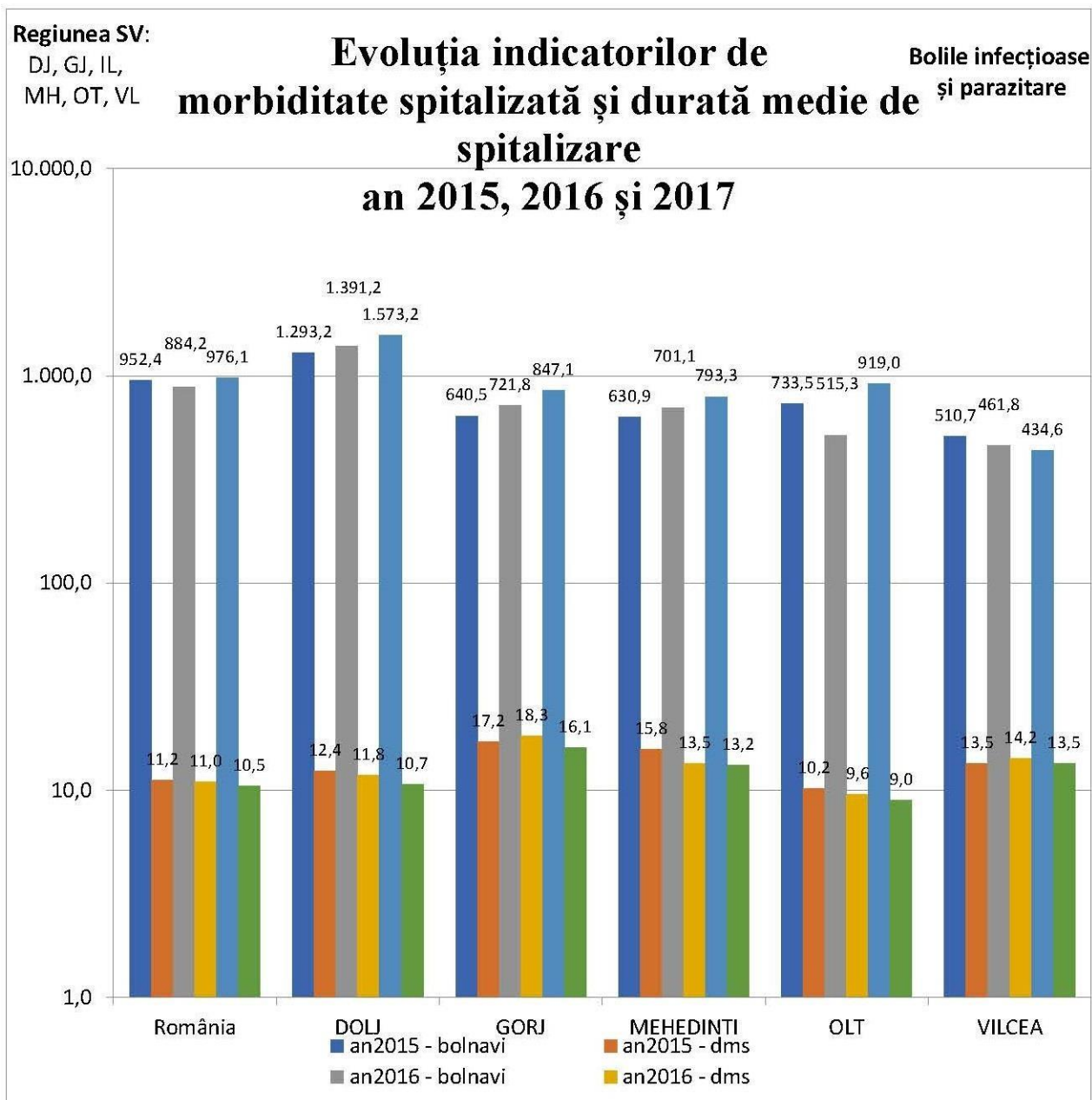
Durata medie de spitalizare a fost în creștere în anul 2015, față de media la nivel național de 11,2, în regiunea Sud, pentru bolile infecțioase și parazitare în județul Argeș 17,0, Călărași 19,2, Dâmbovița 12,7, Giurgiu 20,1, Prahova 20,0, Teleorman 15,6 și în scădere în județul Ialomița 6,5, Ilfov 6,4 și Municipiul București 8,2.

În anul 2016, durata medie de spitalizare a crescut față de media la nivel național de 11,0 în județul Argeș 16,1, Călărași 19,9, Dâmbovița 11,4, Giurgiu 17,1, Prahova 20,5, Teleorman 17,6 și a scăzut în județul Ialomița 5,9, Ilfov 9,0 și Municipiul București 9,0. În anul 2017, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 10,5 în județul Argeș 17,5, Călărași 18,1, Dâmbovița 10,7, Giurgiu 18,7, Prahova 18,8, Teleorman 14,3 și în scădere în județul Ialomița 4,9, Ilfov 10,0 și în Municipiul București 8,4.

Concluzii:

În perioada 2015 - 2017, în regiunea Sud, pentru bolile infecțioase și parazitare, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în creștere față de media la nivel național în Municipiul București, în timp ce durata medie de spitalizare a fost în scădere față de media la nivel național în Municipiul București.

În anul 2017, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în scădere față de media la nivel național de 976,1 în toate județele din regiunea Sud, respectiv în Argeș, Călărași, Dâmbovița, Giurgiu, Ialomița, Ilfov, Prahova, Teleorman și Municipiul București.



Grafic 5: Regiunea Sud - Vest, bolile infecțioase și parazitare, în perioada 2015 - 2017, evoluția indicatorilor de morbiditate spitalizată și durată medie de spitalizare.

În graficul 5 este reprezentată evoluția indicatorilor de morbiditate și durata medie de spitalizare pentru bolile infecțioase și parazitare, în anii 2015, 2016 și 2017 pentru România (media la nivel național) și regiunea Sud-Vest: Dolj, Gorj, Mehedinți, Oltși Vâlcea. În anul 2015 se înregistrează o creștere a indicatorului de morbiditate spitalizată față de media la nivel național de 952,4, în județul Dolj 1.293,2 și o scădere în județul Gorj 640,5, Mehedinți 630,9, Olt 733,5, Vâlcea 510,7.

În anul 2016, indicatorul de morbiditate spitalizată a înregistrat o creștere față de media la nivel național de 884,2 în județul Dolj 1.391,2 și o scădere în județul Gorj 721,8, Mehedinți 701,1, Olt 515,3 și Vâlcea 461,8. În anul 2017, indicatorul de morbiditate spitalizată a înregistrat o creștere față de media la nivel național de 976,1 în județul Dolj 1.573,2 și o scădere în județul Gorj 847,1, Mehedinți 793,3, Olt 919,0 și Vâlcea 434,6.

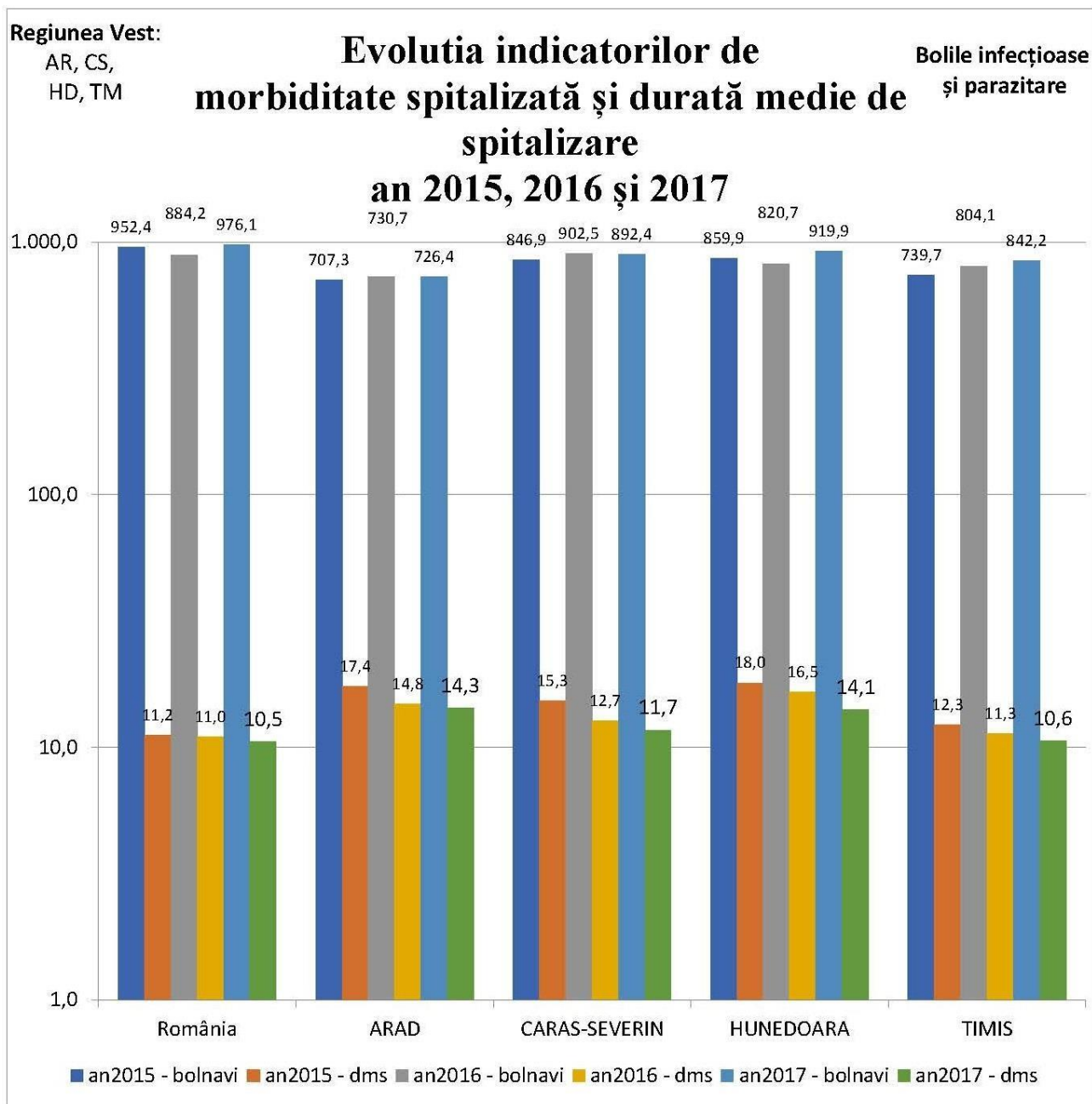
Durata medie de spitalizare a fost în creștere în anul 2015, față de media la nivel național de 11,2, în regiunea Sud-Vest, pentru bolile infecțioase și parazitare în județul Dolj 12,4, Gorj 17,2, Mehedinți 15,8, Vâlcea 13,5 și în scădere în județul Olt 10,2. În anul 2016, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 11,0 în Dolj 11,8, Gorj 18,3, Mehedinți 13,5, Vâlcea 14,2 și în scădere în județul Olt 9,6.

În anul 2017, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 10,5 în județul Dolj 10,7, Gorj 16,1, Mehedinți 13,2, Vâlcea 13,5 și în scădere în județul Olt 9,0.

Concluzii:

În perioada 2015 - 2017, în regiunea de Sud-Vest, pentru bolile infecțioase și parazitare, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în creștere față de media la nivel național în județul Dolj și în scădere în județul Gorj, Mehedinți și Vâlcea.

Durata medie de spitalizare în perioada 2015 - 2017, în regiunea Sud-Vest, pentru bolile infecțioase și parazitare a fost în creștere față de media la nivel național în județul Dolj, Gorj, Mehedinți și Vâlcea, iar în scădere în județul Olt.



Grafic 6: Regiunea Vest, bolile infecțioase și parazitare, în perioada 2015 - 2017, evoluția indicatorilor de morbiditate spitalizată și durată medie de spitalizare.

În graficul 6 este reprezentată evoluția indicatorilor de morbiditate și durata medie de spitalizare pentru bolile infecțioase și parazitare, în anii 2015, 2016 și 2017 pentru România (media la nivel național) și regiunea Vest: Arad, Caraș-Severin, Hunedoara și Timiș.

În anul 2015 se înregistrează o scădere a indicatorului de morbiditate spitalizată față de media la nivel național de 952,4, în județul Arad 707,3, Caraș-Severin 846,9, Hunedoara 859,9 și Timiș 739,7.

În anul 2016, indicatorul de morbiditate spitalizată este în scădere față de media la nivel național de 884,2, în județul Arad 730,7, Hunedoara 820,7 și Timiș 804,1, iar în creștere în județul Caraș - Severin 902,5.

În anul 2017, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în scădere față de media la nivel național de 976,1, în județul Arad 726,4, Caraș-Severin 892,4 și Timiș 842,2, iar în creștere în județul Hunedoara 919,9.

Durata medie de spitalizare a fost în creștere în anul 2015, față de media la nivel național de 11,2, în regiunea Vest, pentru bolile infecțioase și parazitare în județul Arad 14,8, Caraș-Severin 12,7, Hunedoara 16,5 și Timiș 11,3.

În anul 2016, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 11,0, în județul Arad 14,8, Caraș-Severin 12,7, Hunedoara 16,5 și Timiș 11,3. În anul 2017, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 10,5 în județul Arad 14,3, Caraș-Severin 11,7, Hunedoara 14,1 și Timiș 10,6.

Concluzii:

În perioada 2015 - 2017, în regiunea de Vest, pentru bolile infecțioase și parazitare, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în scădere față de media la nivel național, în creștere avem în anul 2016 în județul Caraș-Severin și în anul 2017 în județul Hunedoara.

Durata medie de spitalizare în perioada 2015 - 2017, pentru bolile infecțioase și parazitare a fost în creștere față de media la nivel național în toate județele din regiunea Vest: Arad, Caraș-Severin, Hunedoara și Timiș.

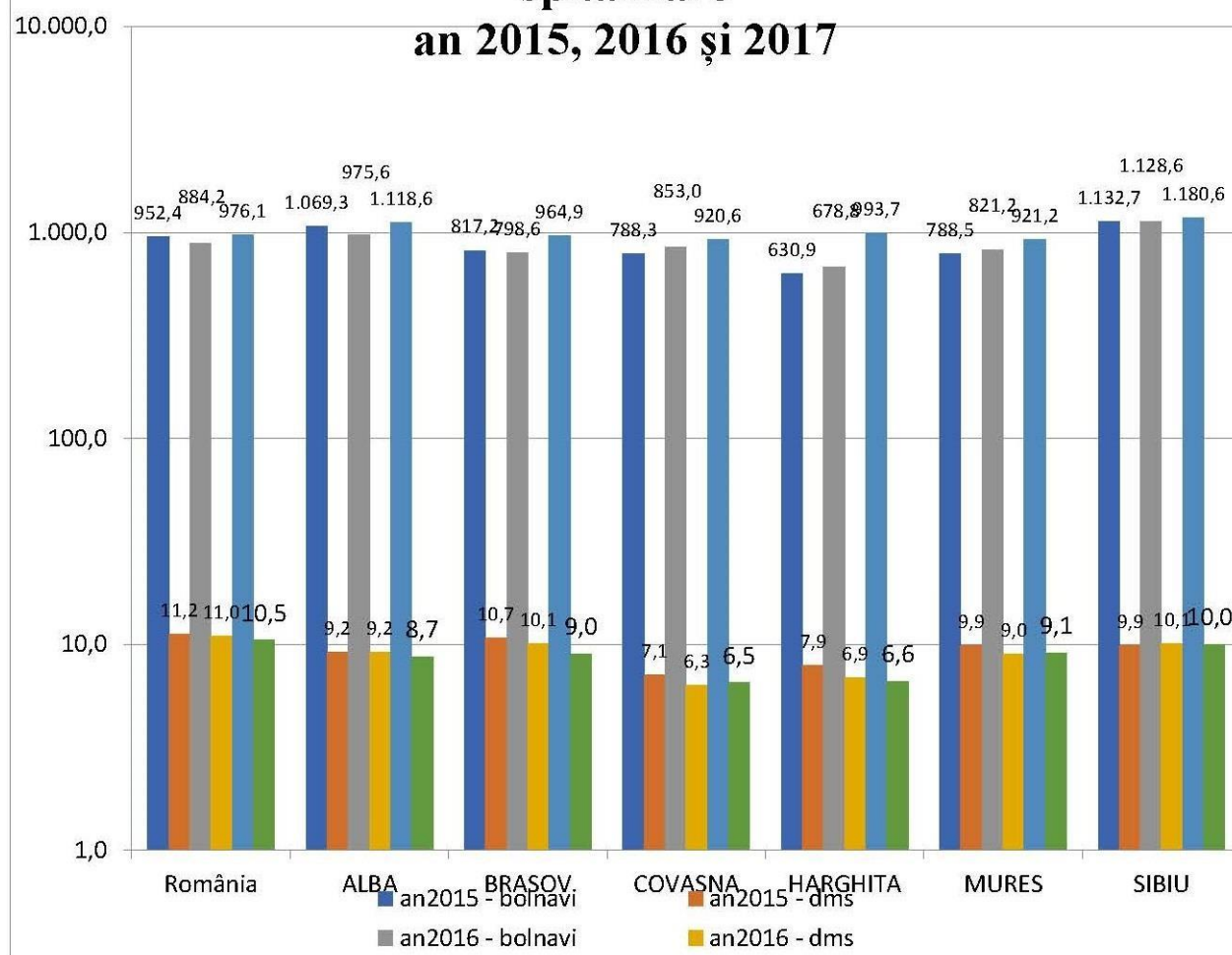
Regiunea Centru:

AB, BV, CV

HR, MS, SB

Evolutia indicatorilor de morbiditate spitalizată și durată medie de spitalizare an 2015, 2016 și 2017

Bolile infecțioase
și parazitare



Grafic 7: Regiunea Centru, bolile infecțioase și parazitare, în perioada 2015 - 2017, evoluția indicatorilor de morbiditate spitalizată și durată medie de spitalizare.

În graficul 7 este reprezentată evoluția indicatorilor de morbiditate și durata medie de spitalizare pentru bolile infecțioase și parazitare, în anii 2015, 2016 și 2017 pentru România (media la nivel național) și regiunea Centru: Alba, Brașov, Covasna, Harghita, Mureș și Sibiu.

În anul 2015 se înregistrează o scădere a indicatorului de morbiditate spitalizată față de media la nivel național de 952,4, în județul Brașov 817,2, Covasna 788,3, Harghita 630,9, Mureș 788,5 și o creștere în județul Alba 1.069,3 și Sibiu 1.132,7.

În anul 2016, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în scădere față de media la nivel național de 884,2, în județul Brașov 798,6, Covasna 853,0, Harghita 678,8 și Mureș 821,2, iar în creștere în județul Alba 975,6.

În anul 2017, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în scădere față de media la nivel național de 976,1 în județul Brașov 964,9, Covasna 920,6, Mureș 921,2 și în creștere în județul Alba 1.118,6 și Sibiu 1.180,6.

Durata medie de spitalizare a fost în scădere în anul 2015, față de media la nivel național de 11,2, în regiunea Centru, pentru bolile infecțioase și parazitare în județul Alba 9,2, Brașov 10,7, Covasna 7,1, Harghita 7,9, Mureș 9,9 și Sibiu 9,9.

În anul 2016, durata medie de spitalizare a fost în scădere față de media la nivel național de 11,0 în județul Alba 9,2, Brașov 10,1, Covasna 6,3, Harghita 6,9, Mureș 9,0 și Sibiu 10,1.

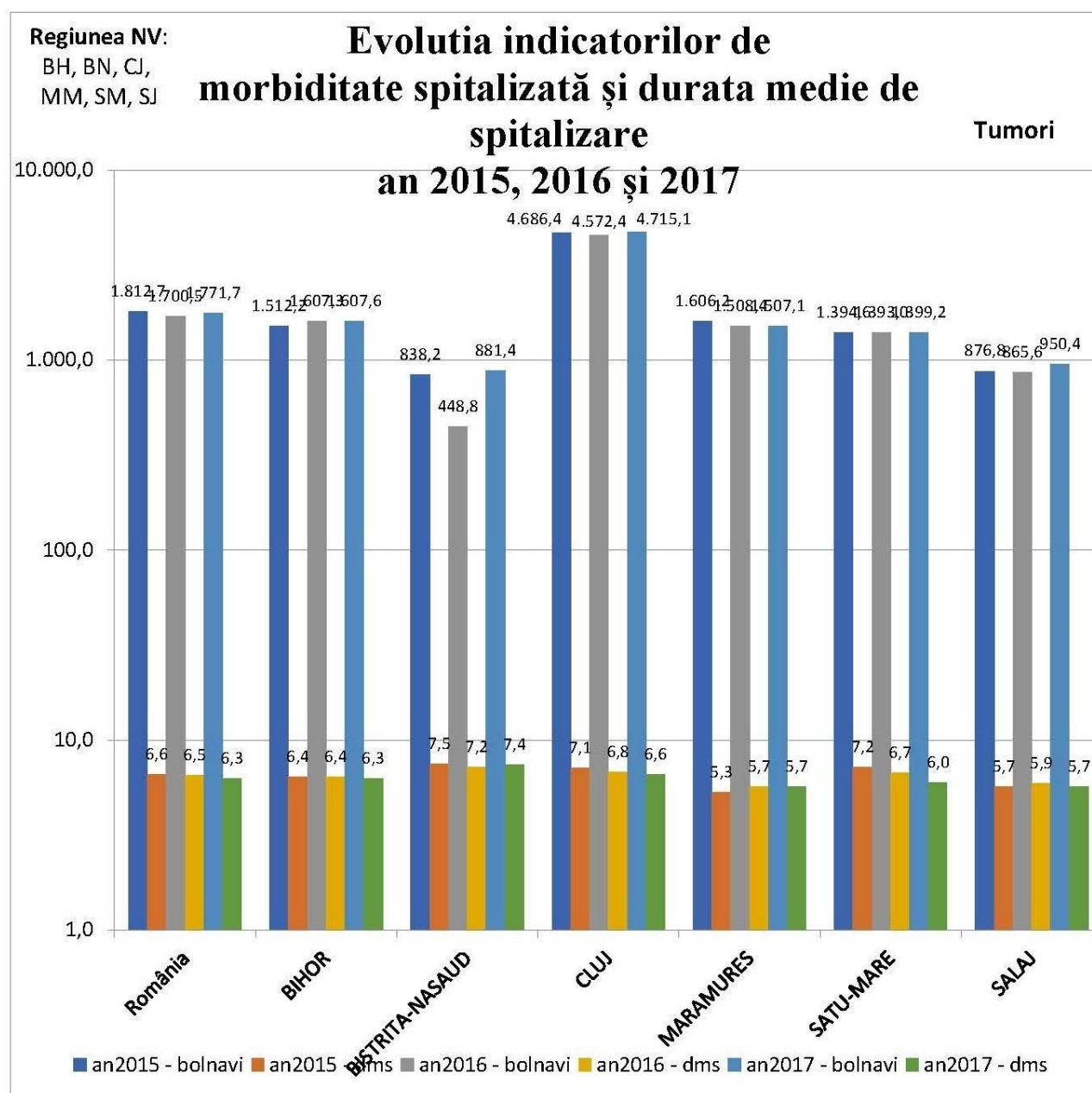
În anul 2017, durata medie de spitalizare a fost în scădere față de media la nivel național de 10,5, în județul Alba 8,7, Brașov 9,0, Covasna 6,5, Harghita 6,6, Mureș 9,1 și Sibiu 10,0.

Concluzii:

În perioada 2015 - 2017, în regiunea de Centru, pentru bolile infecțioase și parazitare, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în creștere față de media la nivel național în județul Alba și Sibiu, iar în scădere în Brașov, Covasna și Mureș.

Durata medie de spitalizare în perioada 2015 - 2017 pentru bolile infecțioase și parazitare a fost în scădere față de media la nivel național în toate județele din regiunea Centru: Alba, Brașov, Covasna, Harghita, Mureș și Sibiu.

I.b) Analiza indicatorului de morbiditate spitalizată și durata medie de spitalizare la nivel național reprezentată în 7 regiuni, în perioada 2015 - 2017, pentru tumori.



Grafic 8: Regiunea Nord - Vest, pentru tumori, în perioada 2015 - 2017, evoluția indicatorilor de morbiditate spitalizată și durată medie de spitalizare.

În graficul 8 este reprezentată evoluția indicatorilor de morbiditate și durata medie de spitalizare pentru tumori, în anii 2015, 2016 și 2017 pentru România (media la nivel național) și regiunea Nord - Vest: județul Bihor, Bistrița - Năsăud, Cluj, Maramureș, Satu-Mare și Sălaj.

În anul 2015 se înregistrează o creștere a indicatorului de morbiditate spitalizată față de media la nivel național de 1.812,7, în județul Cluj 4.686,2 și o scădere în județul Bihor 1.512,2, Bistrița-Năsăud 838,2, Maramureș 1.606,2, Satu-Mare 1.394,6 și Sălaj 876,8.

În anul 2016, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în creștere față de media la nivel național de 1.700,5, în județul Cluj 4.572,4 și în scădere în județul Bihor 1.607,3, Bistrița-Năsăud 448,8, Maramureș 1.508,4, Satu-Mare 1.393,0 și Sălaj 865,6.

În anul 2017, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în creștere față de media la nivel național de 1.771,7 în județul Cluj 4.715,1 și în scădere în județul Bihor 1.607,6, Bistrița-Năsăud 881,4, Maramureș 1.507,1, Satu-Mare 1.399,2 și Sălaj 950,4.

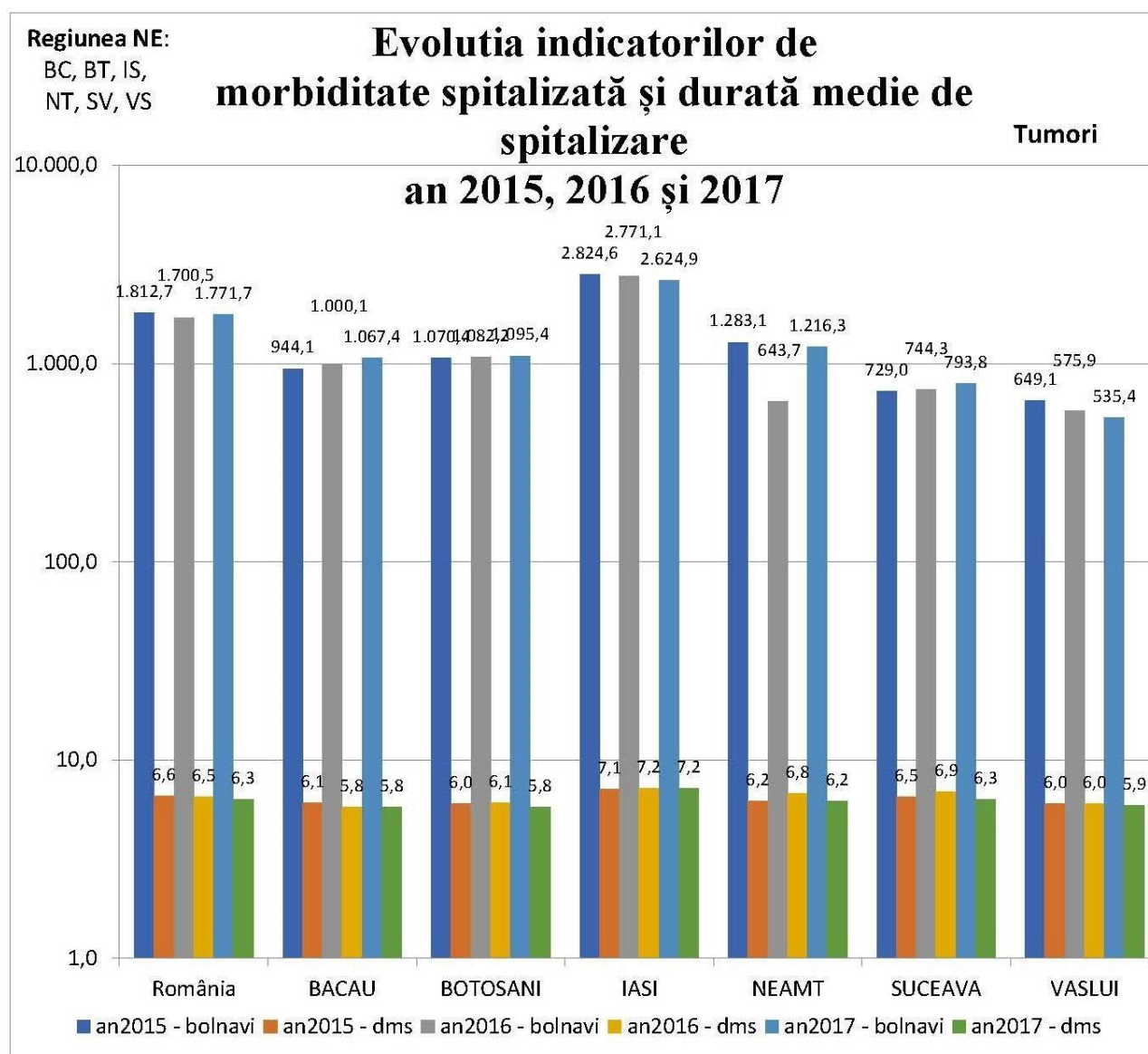
În anul 2015, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 6,6, în județul Bistrița-Năsăud 7,5, Cluj 7,1 și Satu-Mare 7,2, iar în scădere în județul Bihor 6,4, Maramureș 5,3 și Sălaj 5,7.

În anul 2016, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 6,5, în județul Bistrița-Năsăud 7,2, Cluj 6,8, Satu-Mare 6,7 și în scădere în județul Bihor 6,4, Maramureș 5,7 și Sălaj 5,9.

În anul 2017, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 6,3, în județul Bistrița-Năsăud 7,4, în Cluj 6,6 și în scădere în Maramureș 5,7, Satu-Mare 6,0 și Sălaj 5,7.

Concluzii:

În perioada 2015-2017, în regiunea Nord-Vest, pentru tumori morbiditatea spitalizată a fost în creștere în județul Cluj și în scădere în județul Bihor, Bistrița-Năsăud, Maramureș, Satu-Mare și Sălaj. Durata medie de spitalizare, în perioada 2015-2017, în regiunea Nord-Vest a fost în creștere în județul Cluj și în scădere în Maramureș și Sălaj.



Grafic 9: Regiunea Nord - Est, pentru tumori, în perioada 2015 - 2017, evoluția indicatorilor de morbiditate spitalizată și durată medie de spitalizare.

În graficul 9 este reprezentată evoluția indicatorilor de morbiditate și durata medie de spitalizare pentru tumori, în anii 2015, 2016 și 2017 pentru România (media la nivel național) și regiunea Nord - Est: Bacău, Botoșani, Iași, Neamț, Suceava și Vaslui.

În anul 2015 se înregistrează o creștere a indicatorului de morbiditate spitalizată față de media la nivel național de 1.812,7, în județul Iași 2.824,6 și o scădere în județul Bacău 944,1, Botoșani 1.070,4, Neamț 1.283,1, Suceava 729,0 și Vaslui 649,1.

În anul 2016, indicatorul de morbiditate spitalizată este în creștere față de media la nivel național de 1.700,5, în județul Iași 2.771,1 și în scădere în județul Bacău 1.000,1, Botoșani 1.082,2, Neamț 643,7, Suceava 744,3 și Vaslui 575,9.

În anul 2017, indicatorul de morbiditate spitalizată este în creștere față de media la nivel național de 1.771,7 în județul Iași 2.624,9 și în scădere în județul Bacău 1.067,4, Botoșani 1.095,4, Neamț 1.216,3, Suceava 793,8 și Vaslui 535,4.

În anul 2015, în regiunea Nord-Est, pentru tumori, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 6,6 în județul Iași 7,1 și în scădere în județul Bacău 6,1, Botoșani 6,0, Neamț 6,2, Suceava 6,5 și Vaslui 6,0.

În anul 2016, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 6,5 în județul Iași 7,2, Neamț 6,8, Suceava 6,9 și în scădere în județul Bacău 5,8, Botoșani 6,1 și Vaslui 6,0.

În anul 2017, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 6,3 în județul Iași 7,2 și în scădere în județul Bacău 5,8, Botoșani 5,8, Neamț 6,2, Suceava 6,3 și Vaslui 5,9.

Concluzii:

În perioada 2015 - 2017, în regiunea Nord-Est, pentru tumori, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în creștere față de media la nivel național, în județul Iași și în scădere în județul Bacău, Botoșani, Neamț, Suceava și Vaslui. Durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național, în perioada 2015-2017, în regiunea Nord-Est pentru tumori în județul Iași și în scădere în județul Bacău, Botoșani și Vaslui.

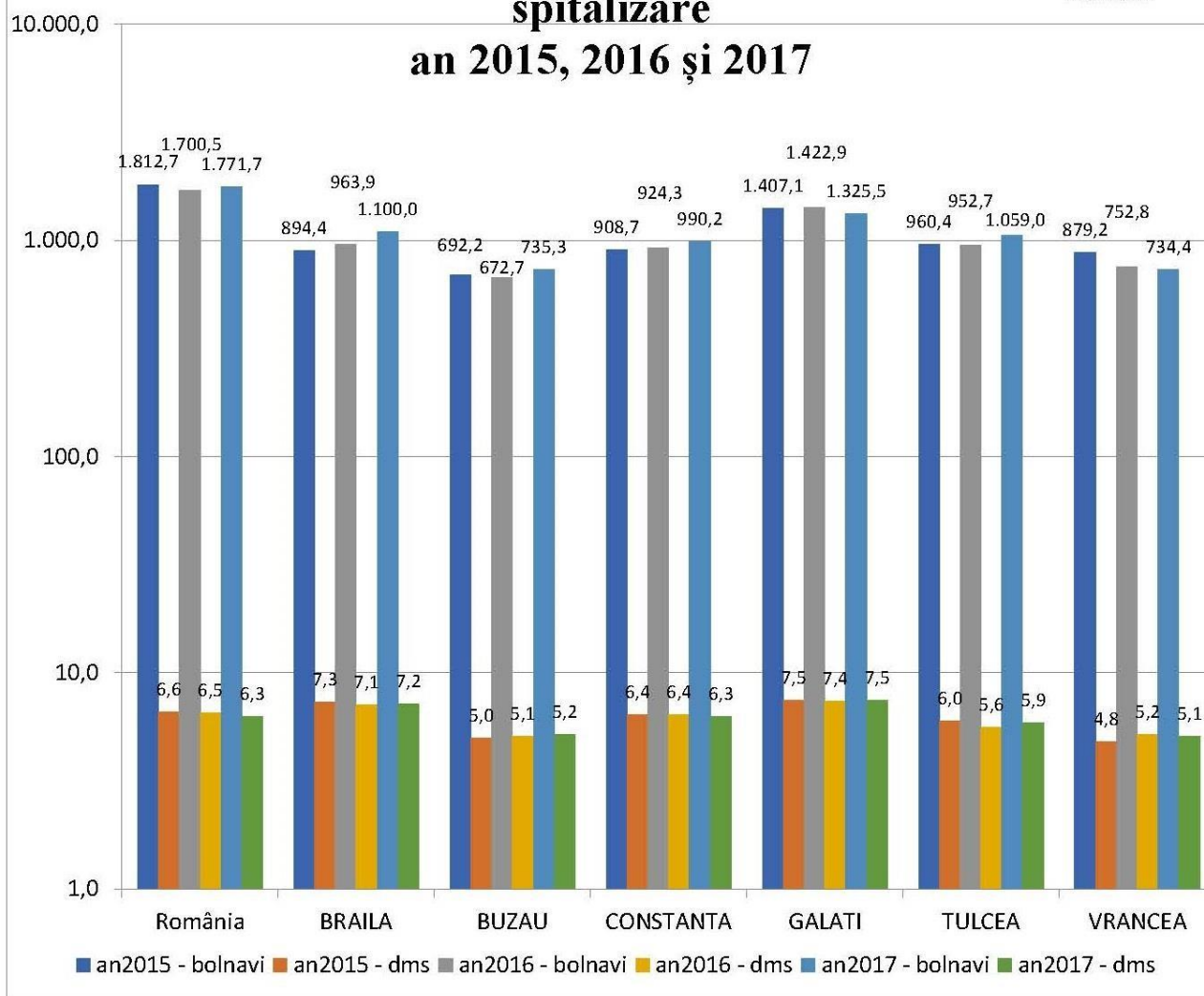
Regiunea SE:

BR, BZ, CT,

GL, TL, VN

Evoluția indicatorilor de morbiditate spitalizată și durată medie de spitalizare an 2015, 2016 și 2017

Tumori



Grafic 10: Regiunea Sud - Est, pentru tumori, în perioada 2015 - 2017, evoluția indicatorilor de morbiditate spitalizată și durată medie de spitalizare.

În graficul 10 este reprezentată evoluția indicatorilor de morbiditate și durata medie de spitalizare pentru tumori, în anii 2015, 2016 și 2017 pentru România (media la nivel național) și regiunea Sud - Est: Brăila, Buzău, Constanța, Galați, Tulcea și Vrancea.

În anul 2015 se înregistrează o scădere a indicatorului de morbiditate spitalizată față de media la nivel național de 1.812,7, în județul Brăila 894,4, Buzău 692,2, Constanța 908,7, Galați 1.407,1, Tulcea 960,4 și Vrancea 879,2.

În anul 2016, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în scădere față de media la nivel național de 1.700,5 în județul Brăila 963,9, Buzău 672,7, Constanța 924,3, Galați 1.422,9, Tulcea 952,7 și Vrancea 752,8.

În anul 2017, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în scădere față de media la nivel național de 1.771,7 în județul Brăila 1.100,0, Buzău 735,3, Constanța 990,2, Galați 1.325,5, Tulcea 1.059,0 și Vrancea 734,4.

În anul 2015, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 6,6, în județul Brăila 7,3, Galați 7,5 și în scădere în județul Buzău 5,0, Constanța 6,4, Tulcea 6,0 și Vrancea 4,8.

În anul 2016, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 6,5, în județul Brăila 7,1, Galați 7,4 și în scădere în județul Buzău 5,1, Constanța 6,4, Tulcea 5,6 și Vrancea 5,2.

În anul 2017, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 6,3, în județul Brăila 7,2, Galați 7,5 și în scădere în județul Buzău 5,2, Tulcea 5,9 și Vrancea 5,1.

Concluzii:

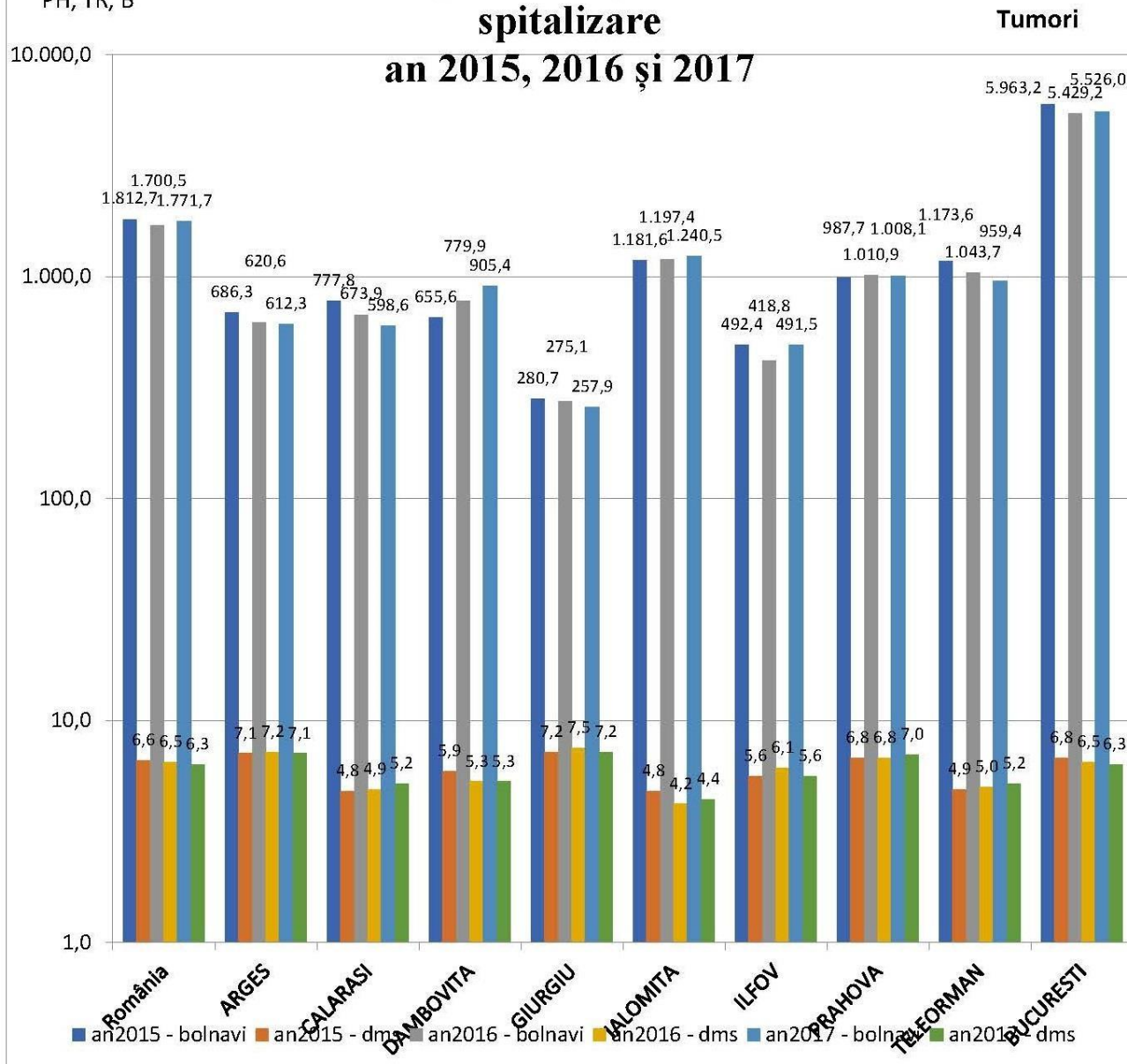
În perioada 2015 - 2017, în regiunea Sud - Est, pentru tumori, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în scădere față de media la nivel național în toate județele, respectiv: Brăila, Buzău, Constanța, Galați, Tulcea și Vrancea.

Durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național, în perioada 2015 - 2017, în județul Brăila, Galați și în scădere în Buzău, Tulcea și Vrancea.

Regiunea Sud:

AG, BZ, CL,
DB, GR, IL, IF,
PH, TR, B

Evolutia indicatorilor de morbiditate spitalizată și durată medie de spitalizare an 2015, 2016 și 2017



Grafic 11: Regiunea Sud, pentru tumori, în perioada 2015 - 2017, evoluția indicatorilor de morbiditate spitalizată și durată medie de spitalizare.

În graficul 11 este reprezentată evoluția indicatorilor de morbiditate și durata medie de spitalizare pentru tumori, în anii 2015, 2016 și 2017 pentru România (media la nivel național) și regiunea Sud: Argeș, Călărași, Dâmbovița, Giurgiu, Ialomița, Ilfov, Prahova, Teleorman și Municipiul București.

În anul 2015 se înregistrează o creștere a indicatorului de morbiditate spitalizată față de media la nivel național de 1.812,7 în Municipiul București 5.963,2 și o scădere în

județul Argeș 686,3, Călărași 777,8, Dâmbovița 655,6, Giurgiu 280,7, Ialomița 1.181,6, Ilfov 492,4, Prahova 987,7 și Teleorman 1.173,6.

În anul 2016, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în creștere față de media la nivel național de 1.700,5, în Municipiul București 5.429,2 și în scădere în județul Argeș 620,6, Călărași 673,9, Dâmbovița 779,9, Giurgiu 275,1, Ialomița 1.197,4, Ilfov 418,8, Prahova 1.010,9 și Teleorman 1.043,7.

În anul 2017, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în creștere față de media la nivel național de 1.771,7, în Municipiul București 5.526,0 și în scădere în județul Argeș 612,3, Călărași 598,6, Dâmbovița 905,4, Giurgiu 257,9, Ialomița 1.240,5, Ilfov 491,5, Prahova 1.008,1 și Teleorman 959,4.

În anul 2015, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 6,6 în județul Argeș 7,1, Giurgiu 7,2, Prahova 6,8, Municipiul București 6,8 și în scădere în județul Călărași 4,8, Dâmbovița 5,9, Ialomița 4,8, Ilfov 5,6 și Teleorman 4,9.

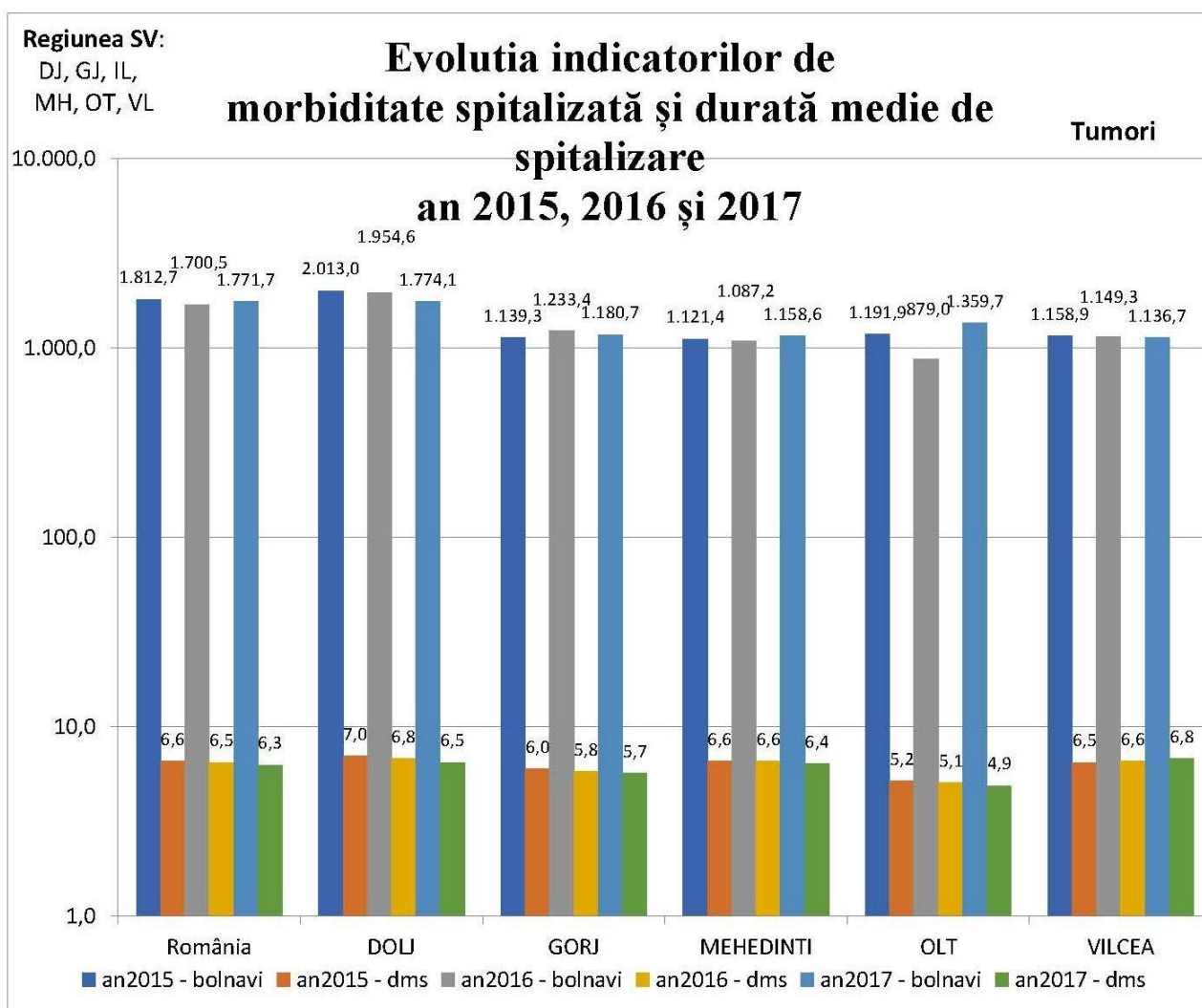
În anul 2016, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 6,5, în județul Argeș 7,2, Giurgiu 7,5 și Prahova 6,8, iar în scădere în județul Călărași 4,9, Dâmbovița 5,3, Ialomița 4,2, Ilfov 6,1, Teleorman 5,0, în timp ce în Municipiul București 6,5 a avut aceeași valoare cu media la nivel național de 6,5.

În anul 2017, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 6,3 în județul Argeș 7,1, Giurgiu 7,2, Prahova 7,0 și în scădere în județul Călărași 5,2, Dâmbovița 5,3, Ialomița 4,4, Ilfov 5,6, Teleorman 5,2, în timp ce în Municipiul București 6,3 a avut aceeași valoare cu media la nivel național de 6,3.

Concluzii:

În perioada 2015 - 2017, în regiunea Sud, pentru tumori se înregistrează o creștere a morbidității spitalizate față de media la nivel național în Municipiul București și o scădere în județul Argeș, Călărași, Dâmbovița, Giurgiu, Ialomița, Ilfov, Prahova și Teleorman.

Durata medie de spitalizare, în perioada 2015 - 2017, pentru tumori a fost în creștere față de media la nivel național în județul Argeș, Giurgiu, Prahova și în scădere în județul Călărași, Dâmbovița, Ialomița, Ilfov și Teleorman.



Grafic 12: Regiunea Sud - Vest, pentru tumori, în perioada 2015 - 2017, evoluția indicatorilor de morbiditate spitalizată și durată medie de spitalizare.

În graficul 12 este reprezentată evoluția indicatorilor de morbiditate și durata medie de spitalizare pentru tumori, în anii 2015, 2016 și 2017 pentru România (media la nivel național) și regiunea Sud-Vest: Dolj, Gorj, Mehedinți, Olt și Vâlcea.

În anul 2015 se înregistrează o creștere a indicatorului de morbiditate spitalizată față de media la nivel național de 1.812,7, în județul Dolj 2.013,0 și o scădere în județul Gorj 1.139,3, Mehedinți 1.121,4, Olt 1.191,9 și Vâlcea 1.158,9.

În anul 2016, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în creștere față de media la nivel național de 1.700,5 în județul Dolj 1.954,6 și în scădere în județul Gorj 1.233,4, Mehedinți 1.087,2, Olt 879,0 și Vâlcea 1.149,3.

În anul 2017, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în creștere față de media la nivel național de 1.771,7 în județul Dolj 1.774,1 și în scădere în județul Mehedinți 1.158,6, Olt 1.359,7 și Vâlcea 1.136,7.

Durata medie de spitalizare în anul 2015, a fost în creștere față de media la nivel național de 6,6 în județul Dolj 7,0 și în scădere în județul Gorj 6,0, Olt 5,2, Vâlcea 6,5, iar în județul Mehedinți 6,6, a avut aceeași valoare ca media la nivel național de 6,6.

În anul 2016, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 6,5, în județul Dolj 6,8, Mehedinți 6,6, Vâlcea 6,6, iar în scădere în județul Gorj 5,8 și Olt 5,1.

În anul 2017, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 6,3 în județul Dolj 6,5, Mehedinți 6,4, Vâlcea 6,8 și în scădere în județul Gorj 5,7 și Olt 4,9.

Concluzii:

În perioada 2015-2017, în regiunea Sud-Vest, pentru tumori, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în creștere față de media la nivel național în județul Dolj și în scădere în județul Gorj, Mehedinți, Olt și Vâlcea.

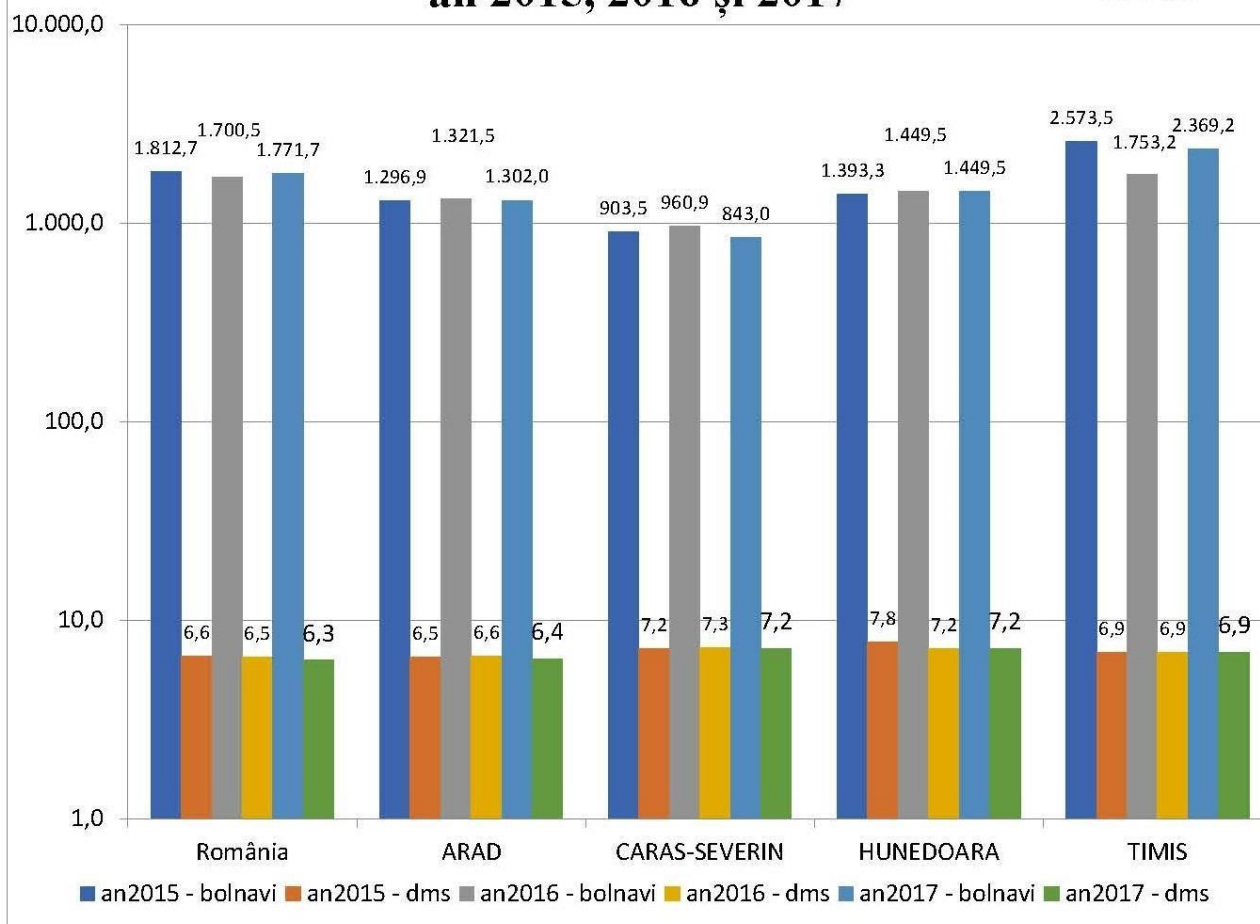
Durata medie de spitalizare în perioada 2015 - 2017, în regiunea Sud-Vest, pentru tumori a fost în creștere față de media la nivel național în județul Dolj și în scădere în Gorj, Olt și Vâlcea.

Regiunea Vest:

AR, CS,
HD, TM

Evoluția indicatorilor de morbiditate spitalizată și durată medie de spitalizare an 2015, 2016 și 2017

Tumori



Grafic 13: Regiunea Vest, pentru tumori, în perioada 2015 - 2017, evoluția indicatorilor de morbiditate spitalizată și durată medie de spitalizare.

În graficul 13 este reprezentată evoluția indicatorilor de morbiditate și durata medie de spitalizare pentru tumori, în anii 2015, 2016 și 2017 pentru România (media la nivel național) și regiunea Vest: Arad, Caraș-Severin, Hunedoara și Timiș.

În anul 2015 se înregistrează o creștere a indicatorului de morbiditate spitalizată față de media la nivel național de 1.812,7 în județul Timiș 2.573,5 și o scădere în județul Arad 1.296,9, Caraș - Severin 903,5 și Hunedoara 1.393,3.

În anul 2016, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în creștere față de media la nivel național de 1.700,5, în județul Timiș 1.753,2 și în scădere în județul Arad 1.321,5, Caraș-Severin 960,9 și Hunedoara 1.449,5.

În anul 2017, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în creștere față de media la nivel național de 1.771,7 în județul Timiș 2.369,2 și în scădere în județul Arad 1.302,0, Caraș-Severin 843,0 și Hunedoara 1.449,5.

Durata medie de spitalizare în anul 2015, a fost în creștere față de media la nivel național de 6,6, în județul Caraș-Severin 7,2, Hunedoara 7,8, Timiș 6,9 și în scădere în județul Arad 6,5.

În anul 2016, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 6,5 în județul Arad 6,6, Caraș-Severin 7,3, Hunedoara 7,2 și Timiș 6,9.

În anul 2017, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 6,3, în județul Arad 6,4, Caraș-Severin 7,2, Hunedoara 7,2 și Timiș 6,9.

Concluzii:

În perioada 2015-2017, în regiunea Vest, pentru tumori, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în creștere față de media la nivel național în județul Timiș și în scădere în Arad, Caraș-Severin și Hunedoara.

Durata medie de spitalizare, în perioada 2015-2017, pentru tumori, în regiunea Vest, a fost în creștere față de media la nivel național în județul Caraș-Severin, Hunedoara și Timiș, iar în scădere în județul Arad, în anul 2015 și 2017.

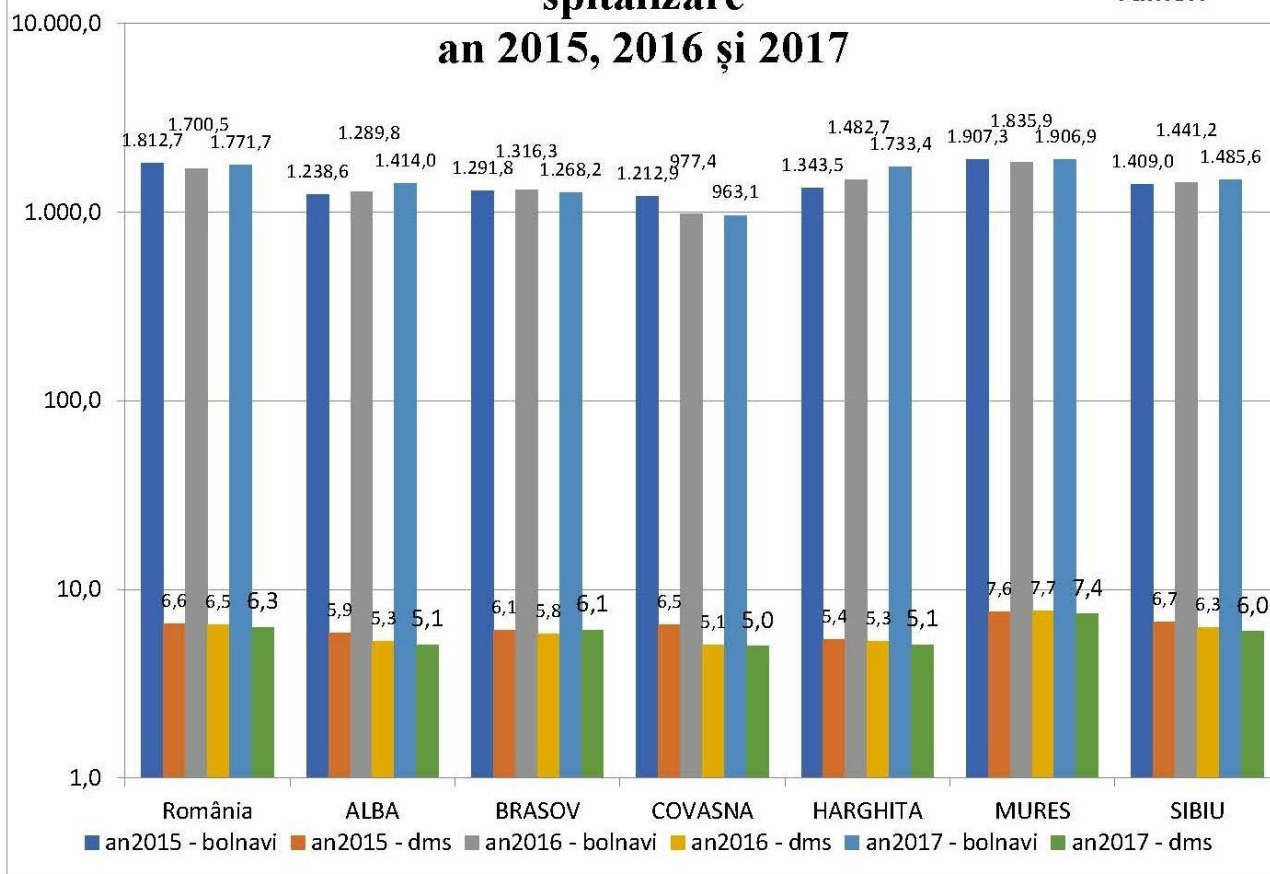
Regiunea Centru:

AB, BV, CV

HR, MS, SB

Evoluția indicatorilor de morbiditate spitalizată și durată medie de spitalizare an 2015, 2016 și 2017

Tumori



Grafic 14: Regiunea Nord - Vest, pentru tumori, în perioada 2015 - 2017, evoluția indicatorilor de morbiditate spitalizată și durată medie de spitalizare.

În graficul 14 este reprezentată evoluția indicatorilor de morbiditate și durata medie de spitalizare pentru tumori, în anii 2015, 2016 și 2017 pentru România (media la nivel național) și regiunea Centru: Alba, Brașov, Covasna, Harghita, Mureș și Sibiu.

În anul 2015 se înregistrează o creștere a indicatorului de morbiditate spitalizată față de media la nivel național de 1.812,7, în județul Mureș 1.907,3 și în scădere în județul Alba 1.238,6, Brașov 1.291,8, Covasna 1.212,9, Harghita 1.343,5 și Sibiu 1.409,0.

În anul 2016, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în scădere față de media la nivel național de 1.700,5 în județul Alba 1.289,8, Brașov 1.316,3, Covasna 977,4, Harghita 1.482,7 și Sibiu 1.441,2.

În anul 2017, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în creștere față de media la nivel național de 1.771,7 în județul Mureș 1.906,9 și în scădere în județul Alba 1.414,0, Brașov 1.268,2, Covasna 963,1, Harghita 1.733,4 și Sibiu 1.485,6.

În anul 2015, durata medie de spitalizare în regiunea Centru, pentru tumori a fost în creștere față de media la nivel național de 6,6 în județul Mureș 7,6 și Sibiu 6,7, iar în scădere în județul Alba 5,9, Brașov 6,1, Covasna 6,5 și Harghita 5,4.

În anul 2016, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 6,5 în județul Mureș 7,7 și în scădere în județul Alba 5,3, Brașov 5,8, Covasna 5,1, Harghita 5,3 și Sibiu 6,3.

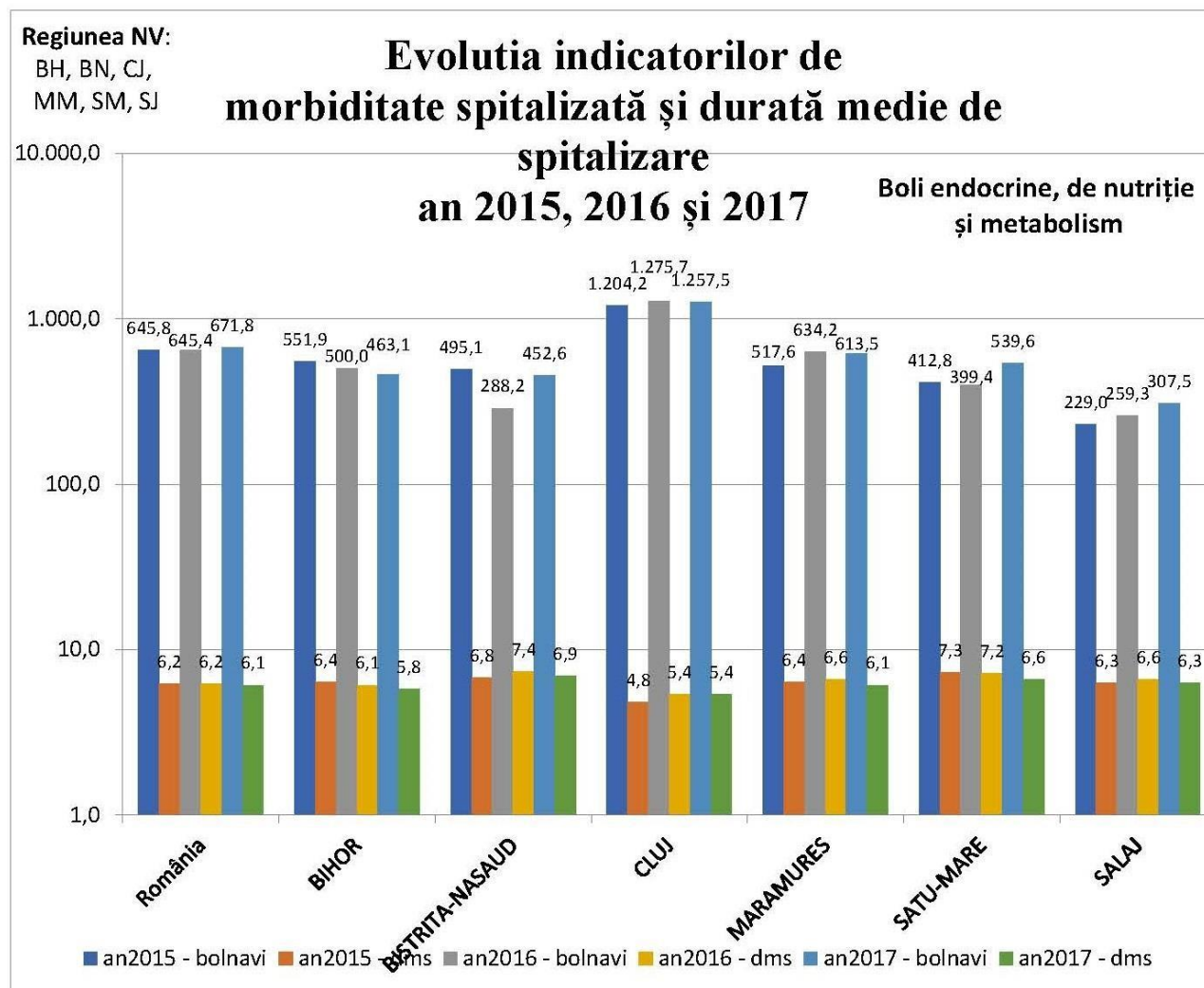
În anul 2017, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 6,3 în județul Mureș 7,4 și în scădere în județul Alba 5,1, Brașov 6,1, Covasna 5,0, Harghita 5,1 și Sibiu 6,0.

Concluzii:

În perioada 2015 - 2017, în regiunea Centru, pentru tumori, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în creștere față de media la nivel național în județul Mureș și în scădere în județul Alba, Brașov, Covasna, Harghita și Sibiu.

Durata medie de spitalizare în perioada 2015 - 2017, în regiunea Centru, pentru tumori a fost în creștere față de media la nivel național în județul Mureș și în scădere în județul Alba, Brașov, Covasna, Harghita și Sibiu în anul 2016 și 2017.

I.c) Analiza indicatorului de morbiditate spitalizată și durata medie de spitalizare la nivel național reprezentată în 7 regiuni ale țării, în perioada 2015 - 2017, pentru bolile endocrine, de nutriție și metabolism.



Grafic 15: Regiunea Nord - Vest, bolile endocrine, de nutriție și metabolism, în perioada 2015 - 2017, evoluția indicatorilor de morbiditate spitalizată și durată medie de spitalizare.

În graficul 15 este reprezentată evoluția indicatorilor de morbiditate și durata medie de spitalizare pentru endocrine, de nutriție și metabolism, în anii 2015, 2016 și 2017 pentru România (media la nivel național) și regiunea Nord - Vest: județul Bihor, Bistrița - Năsăud, Cluj, Maramureș, Satu-Mare și Sălaj.

În anul 2015 se înregistrează o creștere a indicatorului de morbiditate spitalizată față de media la nivel național de 645,8, în județul Cluj 1.204,2 și o scădere în județul Bihor 551,9, Bistrița - Năsăud 495,1, Maramureș 517,6, Satu-Mare 412,8 și Sălaj 229,0.

În anul 2016, indicatorul de morbiditate spitalizată a înregistrat o creștere față de media la nivel național de 645,4 în județul Cluj 1.275,7 și o scădere în județul Bihor 500,0, Bistrița - Năsăud 288,2, Maramureș 634,2, Satu-Mare 399,0 și Sălaj 259,3.

În anul 2017, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în creștere față de media la nivel național de 671,8 în județul Cluj 1.257,5 și în scădere în județul Bihor 463,1, Bistrița - Năsăud 452,6, Maramureș 613,5, Satu - Mare 539,6 și Sălaj 307,5.

Durata medie de spitalizare în anul 2015, a fost în creștere față de media la nivel național de 6,2, în județul Bihor 6,4, Bistrița - Năsăud 6,8, Maramureș 6,4, Satu - Mare 7,3 și Sălaj 6,3, iar în scădere în județul Cluj 4,8.

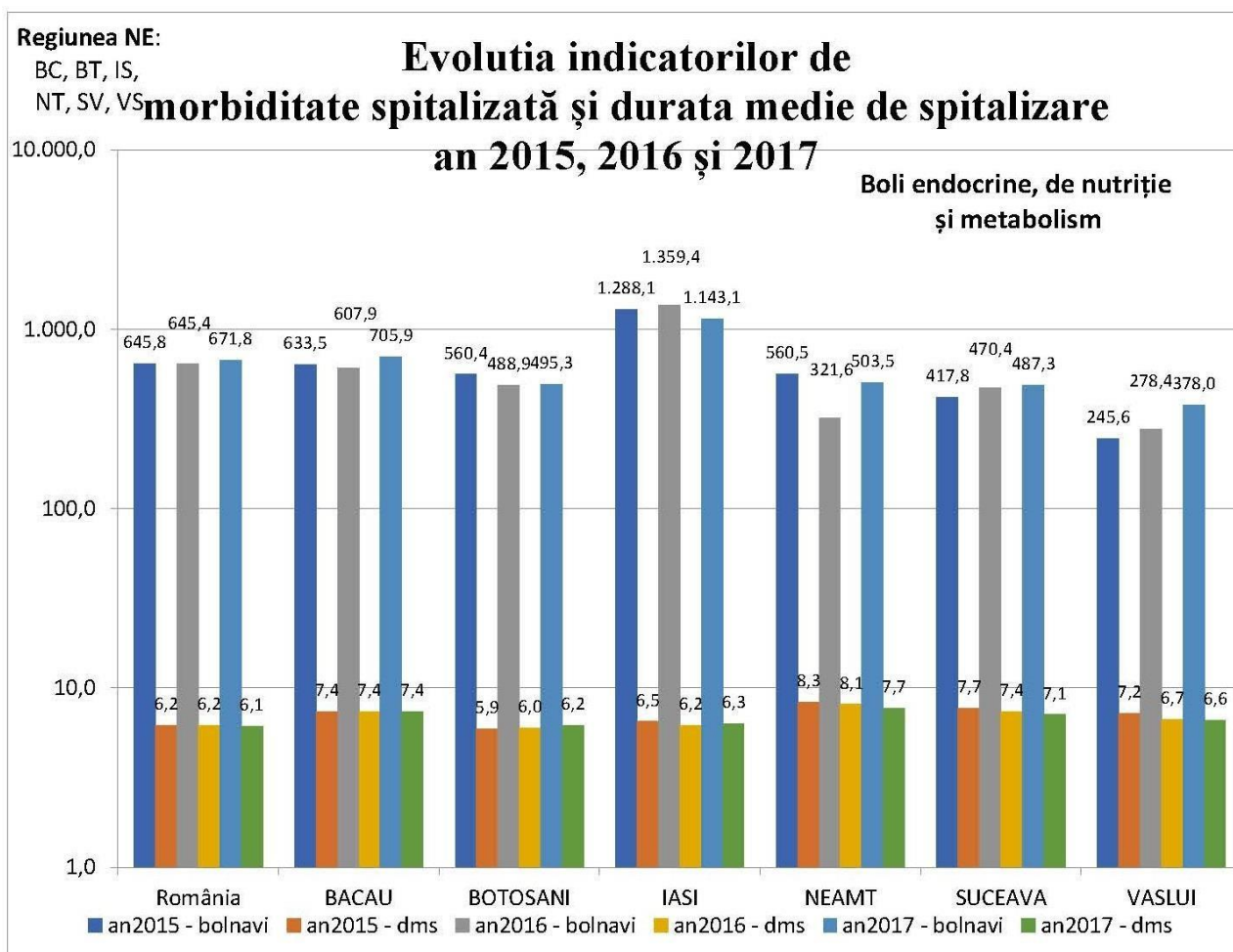
În anul 2016, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 6,2, în județul Bistrița - Năsăud 7,4, Maramureș 6,6, Satu - Mare 7,2 și Sălaj 6,6, iar în scădere în județul Bihor 6,1 și Cluj 5,4.

În anul 2017, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 6,1, în județul Bistrița - Năsăud 6,9, Satu - Mare 6,6 și Sălaj 6,3, iar în scădere în județul Bihor 5,8, Cluj 5,4 și în Maramureș a avut aceeași valoare ca media la nivel național de 6,1.

Concluzii:

În perioada 2015 - 2017, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în creștere față de media la nivel național în județul Cluj și o scădere în județul Bihor, Bistrița - Năsăud, Maramureș, Satu - Mare și Sălaj.

În perioada 2015 - 2017, durata medie de spitalizare pentru bolile endocrine, de nutriție și metabolism a fost în scădere față de media la nivel național în județul Cluj și în creștere în județul Bistrița - Năsăud, Satu - Mare și Sălaj.



Grafic 16: Regiunea Nord - Est, bolile endocrine, de nutriție și metabolism, în perioada 2015 - 2017, evoluția indicatorilor de morbiditate spitalizată și duratamedie de spitalizare.

În graficul 16 este reprezentată evoluția indicatorilor de morbiditate și durata medie de spitalizare pentru bolile endocrine, de nutriție și metabolism, în anii 2015, 2016 și 2017 pentru România (media la nivel național) și regiunea Nord - Est: Bacău, Botoșani, Iași, Neamț, Suceava și Vaslui.

În anul 2015 se înregistrează o creștere a indicatorului de morbiditate spitalizată față de media la nivel național de 645,8, în județul Iași 1.288,1 și o scădere în județul Bacău 633,5, Botoșani 560,4, Neamț 560,5, Suceava 417,8 și Vaslui 245,6.

În anul 2016, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în creștere față de media la nivel național 645,4 în județul Iași 1.359,4 și în scădere în județul Bacău 607,9, Botoșani 488,9, Neamț 321,6, Suceava 470,4 și Vaslui 278,4.

În anul 2017, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în creștere față de media la nivel național de 671,8 în județul Iași 1.359,4 și în scădere în județul Bacău 607,9, Botoșani 488,9, Neamț 321,6, Suceava 321,6 și Vaslui 278,4.

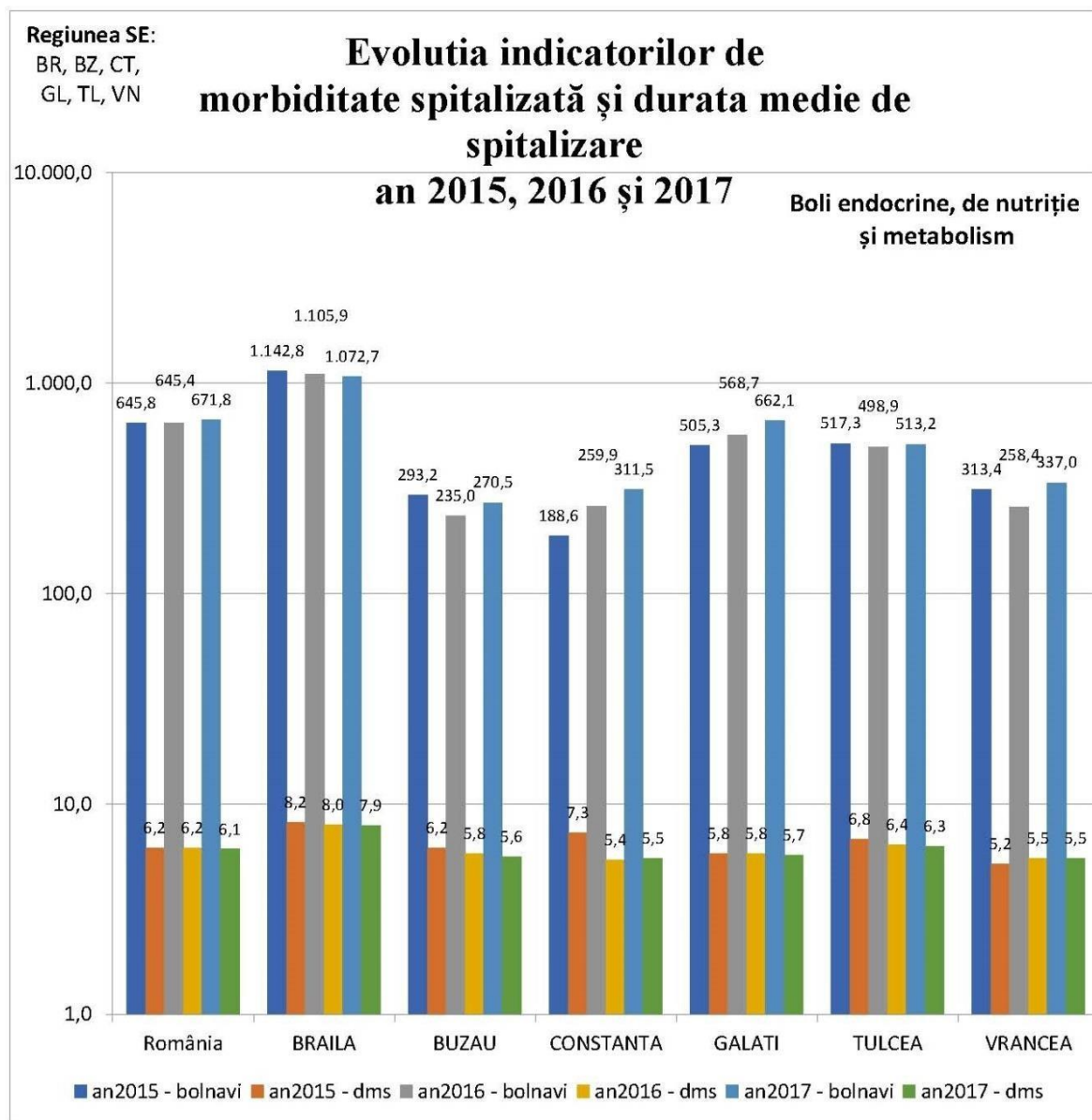
Durata medie de spitalizare în anul 2015, pentru bolile endocrine, de nutriție și metabolism a fost în creștere față de media la nivel național de 6,2 în județul Bacău 7,4, Iași 6,5, Neamț 8,3, Suceava 7,7 și Vaslui 7,2, iar în scădere în județul Botoșani 5,9.

În anul 2016, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 6,2 în județul Bacău 7,4, Neamț 8,1, Suceava 7,4 și Vaslui 6,7. În anul 2017, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 6,1 în județul Bacău 7,4, Neamț 7,7, Suceava 7,1 și Vaslui 6,6.

Concluzii:

În perioada 2015 - 2017, în regiunea Nord-Est, pentru bolile endocrine, de nutriție și metabolism, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în creștere față de media la nivel național, în județul Iași și în scădere în județul Botoșani, Neamț, Suceava și Vaslui.

Durata medie de spitalizare pentru bolile endocrine, de nutriție și metabolism, în perioada 2015 și 2017, a fost în creștere față de media la nivel național, în toate județele din regiunea de Nord-Est, respectiv în județul Bacău, Botoșani, Iași, Neamț, Suceava și Vaslui.



Grafic 17: Regiunea Sud - Est, bolile endocrine, de nutriție și metabolism, în perioada 2015 - 2017, evoluția indicatorilor de morbiditate spitalizată și durată medie de spitalizare.

În graficul 17 este reprezentată evoluția indicatorilor de morbiditate și durata medie de spitalizare pentru bolile endocrine, de nutriție și metabolism, în anii 2015, 2016 și 2017 pentru România (media la nivel național) și regiunea Sud - Est: Brăila, Buzău, Constanța, Galați, Tulcea și Vrancea.

În anul 2015 se înregistrează o creștere a indicatorului de morbiditate spitalizată față de media la nivel național de 645,8 în județul Brăila 1.142,8 și o scădere în județul Buzău 293,2, Constanța 188,6, Galați 505,3, Tulcea 517,3 și Vrancea 313,4.

În anul 2016, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în creștere față de media la nivel național de 645,4 în județul Brăila 1.105,9 și în scădere în județul Buzău 235,0, Constanța 259,9, Galați 568,7, Tulcea 498,9 și Vrancea 258,4.

În anul 2017, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în creștere față de media la nivel național de 671,8 în județul Brăila 1.072,7 și în scădere în județul Buzău 270,5, Constanța 311,5, Galați 662,1, Tulcea 513,2 și Vrancea 337,0.

Durata medie de spitalizare, în anul 2015 pentru bolile endocrine, de nutriție și metabolism a fost în creștere față de media la nivel național de 6,2, în județul Brăila 8,2, Constanța 7,3, Tulcea 6,8 și în scădere în județul Galați 5,8 și Vrancea 5,2.

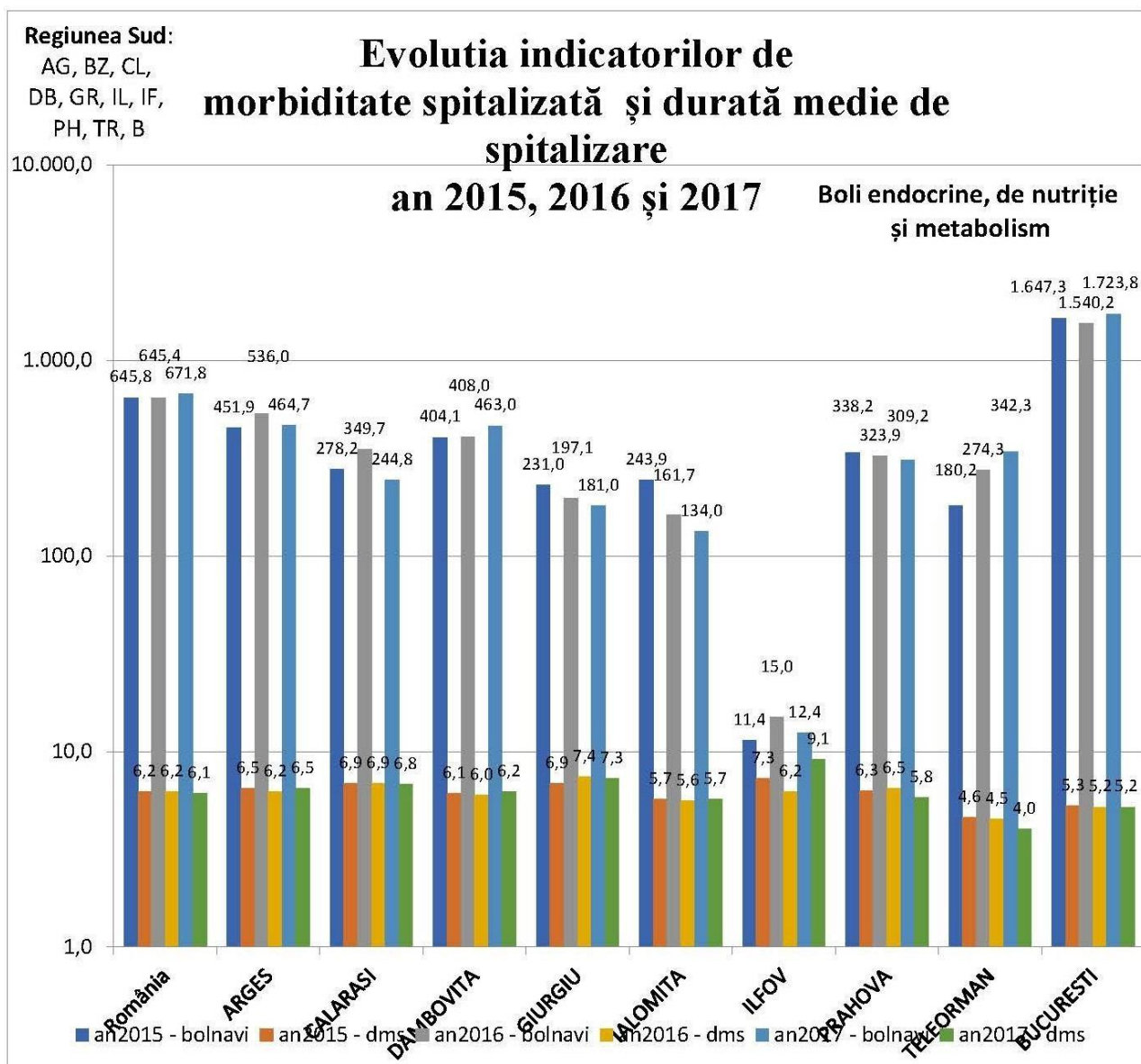
În anul 2016, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 6,2, în județul Brăila, Tulcea 6,4 și în scădere în județul Buzău 5,8, Constanța 5,4, Galați 5,8 și Vrancea 5,5.

În anul 2017, durata medie de spitalizare a fost în creștere față de media la nivel național de 6,1 în județul Brăila 7,9, Tulcea 6,3 și în scădere în județul Buzău 5,6, Constanța 5,5, Galați 5,7 și Vrancea 5,5.

Concluzii:

În perioada 2015-2017, în regiunea Sud-Est, pentru bolile endocrine, de nutriție și metabolism, indicatorul de morbiditate spitalizată a fost în creștere față de media la nivel național în județul Brăila și în scădere în județul Buzău, Constanța, Galați, Tulcea și Vrancea.

Durata medie de spitalizare, în perioada 2015 - 2017, a fost în creștere față de media la nivel național în județul Brăila, Tulcea și în scădere în Galați și Vrancea.



Grafic 18: Regiunea Sud, bolile endocrine, de nutriție și metabolism, în perioada 2015 - 2017, evoluția indicatorilor de morbiditate spitalizată și durată medie de spitalizare.

În graficul 18 este reprezentată evoluția indicatorilor de morbiditate și durată medie de spitalizare pentru bolile endocrine, de nutriție și metabolism, în anii 2015, 2016 și 2017 pentru România (media la nivel național) și regiunea Sud: Argeș, Călărași, Dâmbovița, Giurgiu, Ialomița, Ilfov, Prahova, Teleorman și Municipiul București.

În anul 2015 se înregistrează o creștere a indicatorului de morbiditate spitalizată față de media la nivel național de 645,8 în Municipiul București 1.647,3 și în scădere în județul Argeș 451,9, Călărași 278,2, Dâmbovița 404,1, Giurgiu 231,0, Ialomița 243,9, Ilfov 11,4, Prahova 338,2 și Teleorman 180,2.

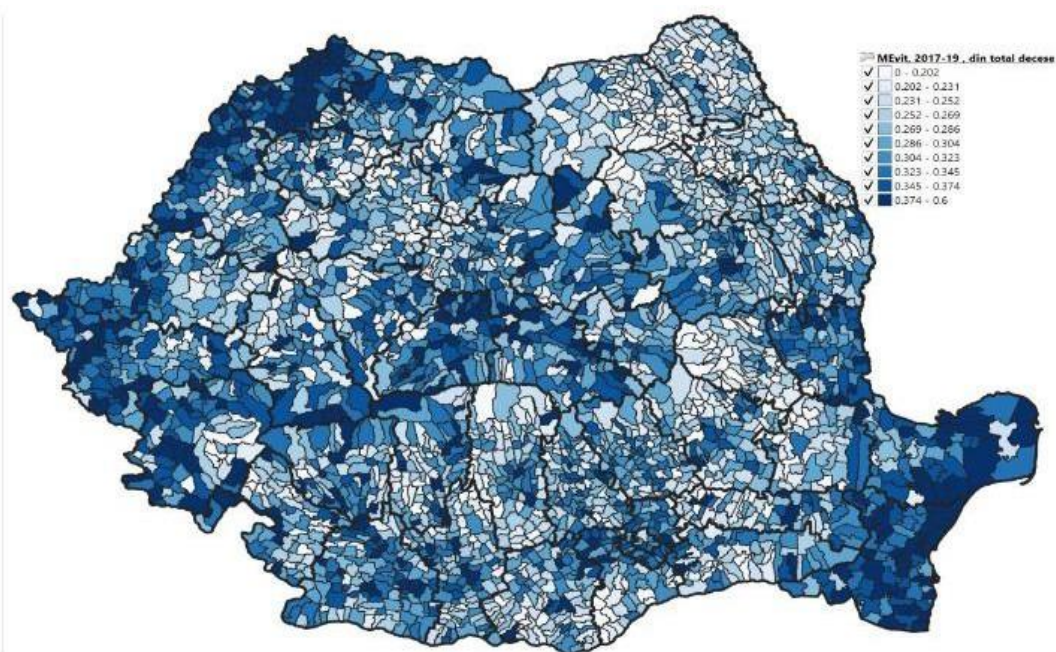


Fig.4 Ponderea deceselor evitabile în total decese, după domiciliul pacientului, 2017-2019, Sursa INSP-CNSISP

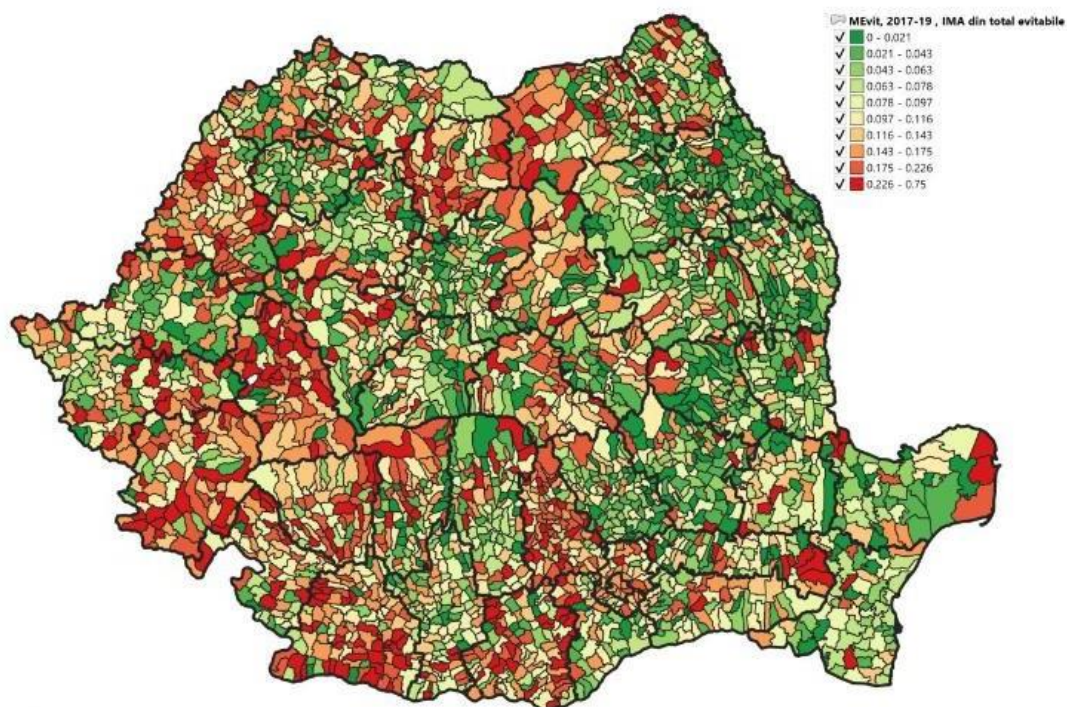


Fig. 5 Ponderea deceselor evitabile cauzate de Infarct Miocardic Acut in total decese evitabile, după domiciliul pacientului, 2017-2019, Sursa INSP-CNSISP

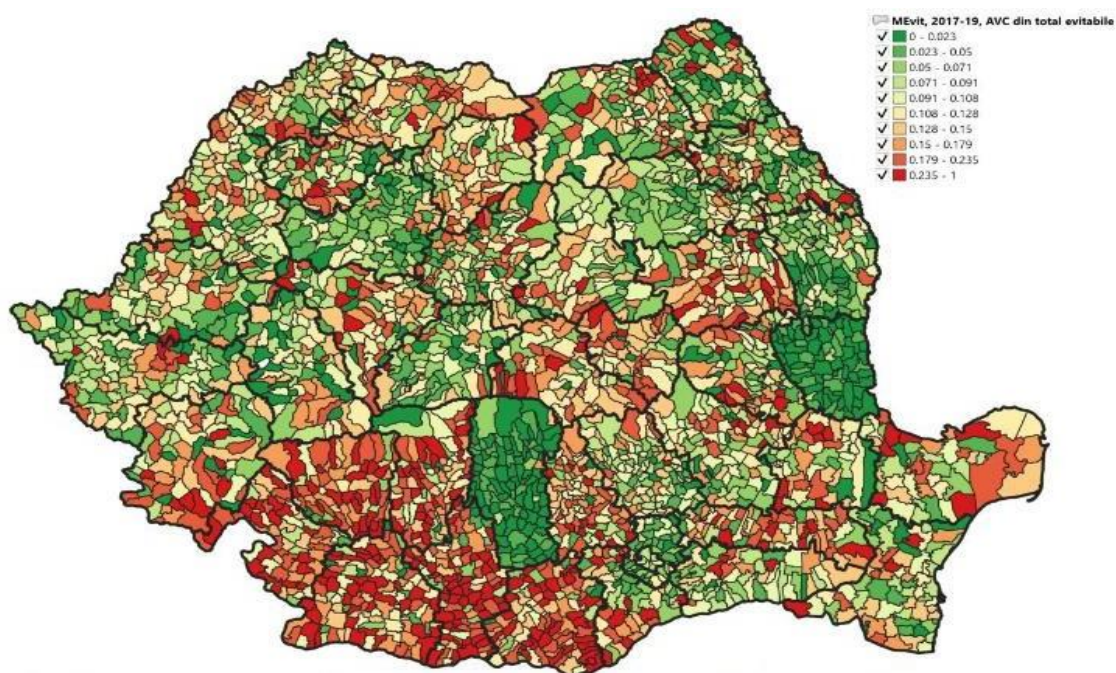


Fig. 6 Ponderea deceselor evitabile cauzate de Accident Vascular Cerebral in total decese evitabile, după domiciliul pacientului, 2017-2019, Sursa INSP-CNSISP

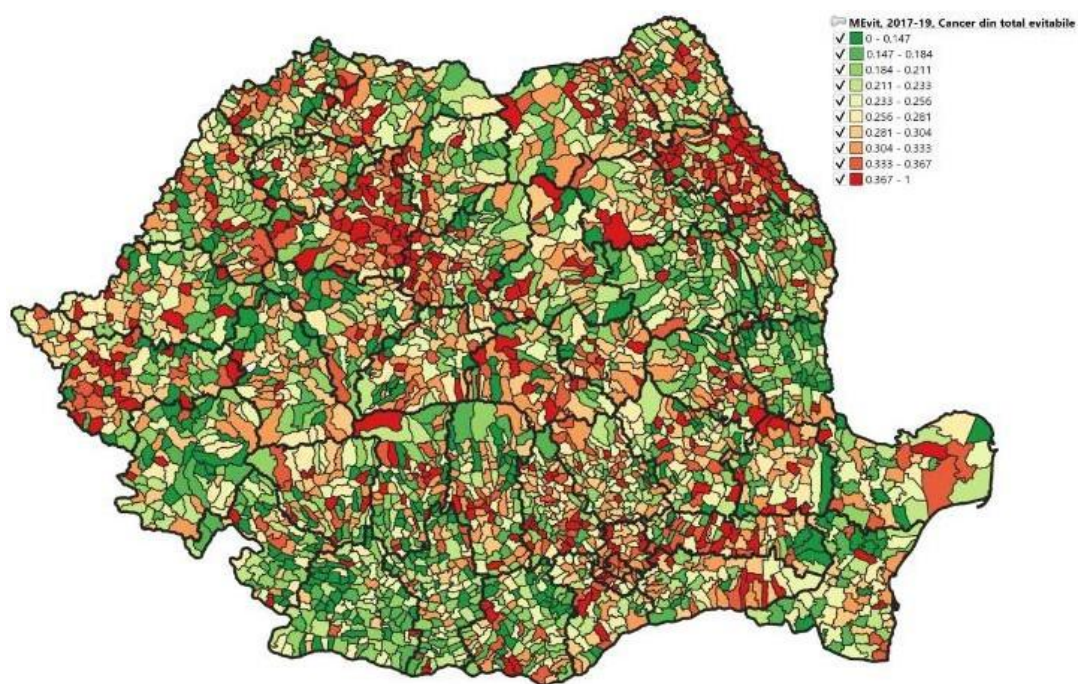


Fig. 7 Ponderea deceselor evitabile cauzate de Cancer in total decese evitabile, după domiciliul pacientului, 2017-2019, Sursa INSP-CNSISP

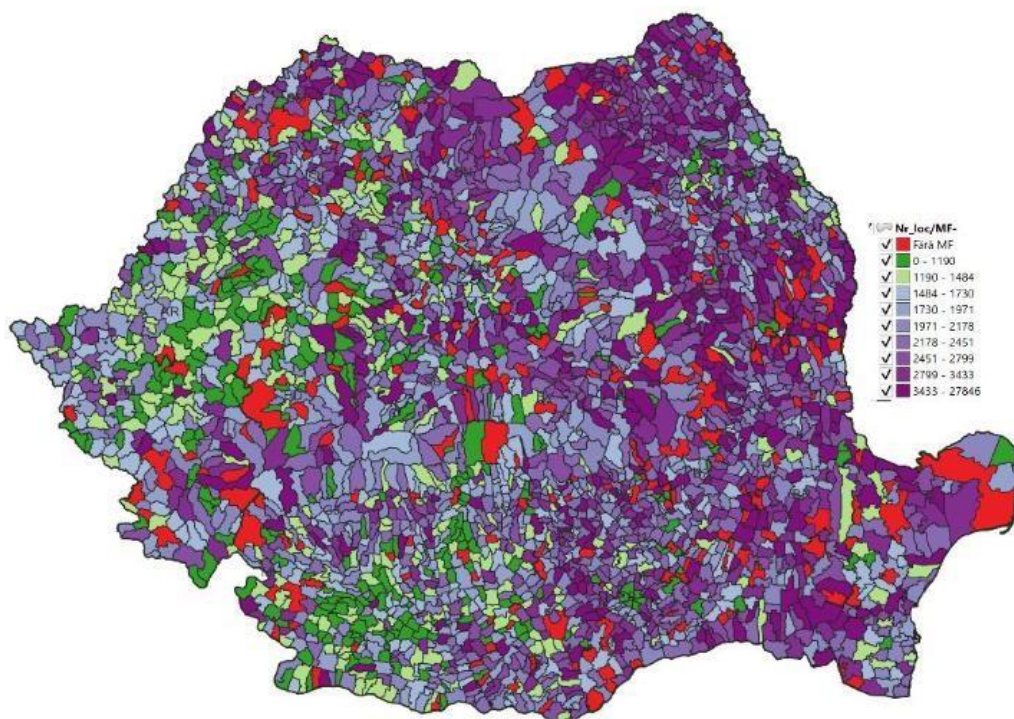


Figura 11 - Distribuția teritorială a numărului de locuitori la un medic de familie la nivel de localitate, 2019 Sursa: INS

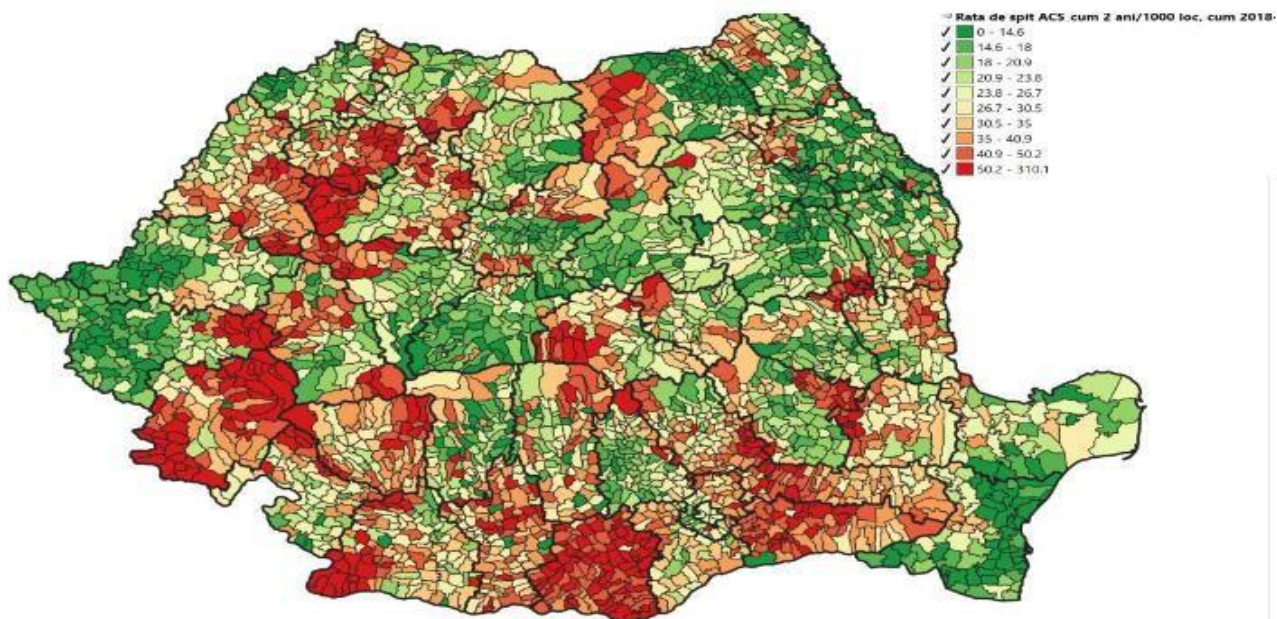


Fig. 13 Rata de spitalizare a episoadelor de spitalizare evitabile(ACS), după domiciliul pacientului, cumulate pe perioada 2018-2019, (secț. ii de acut. i). Sursa: INSP-CNSISP

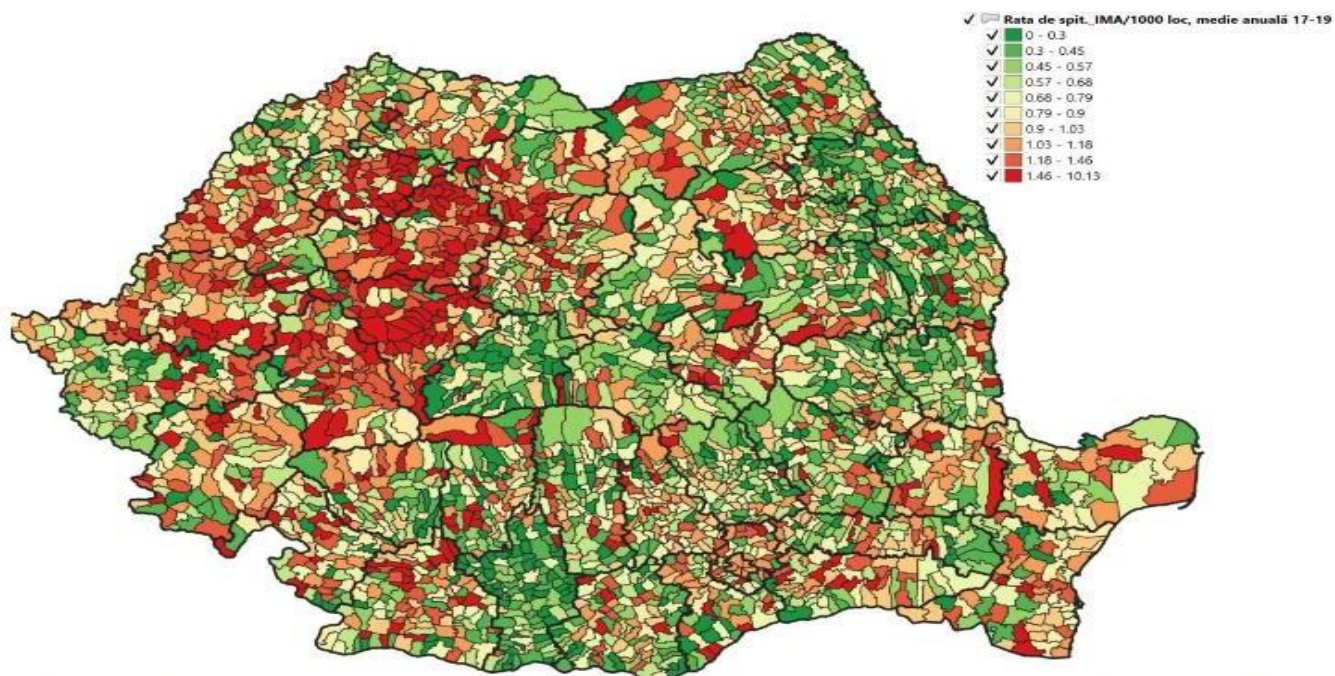


Fig. 14 Rata de spitalizare pentru Infarct Miocardic Acut, după domiciliul pacientului, media anuală 2017-2019. Sursa: INSP-CNSISP

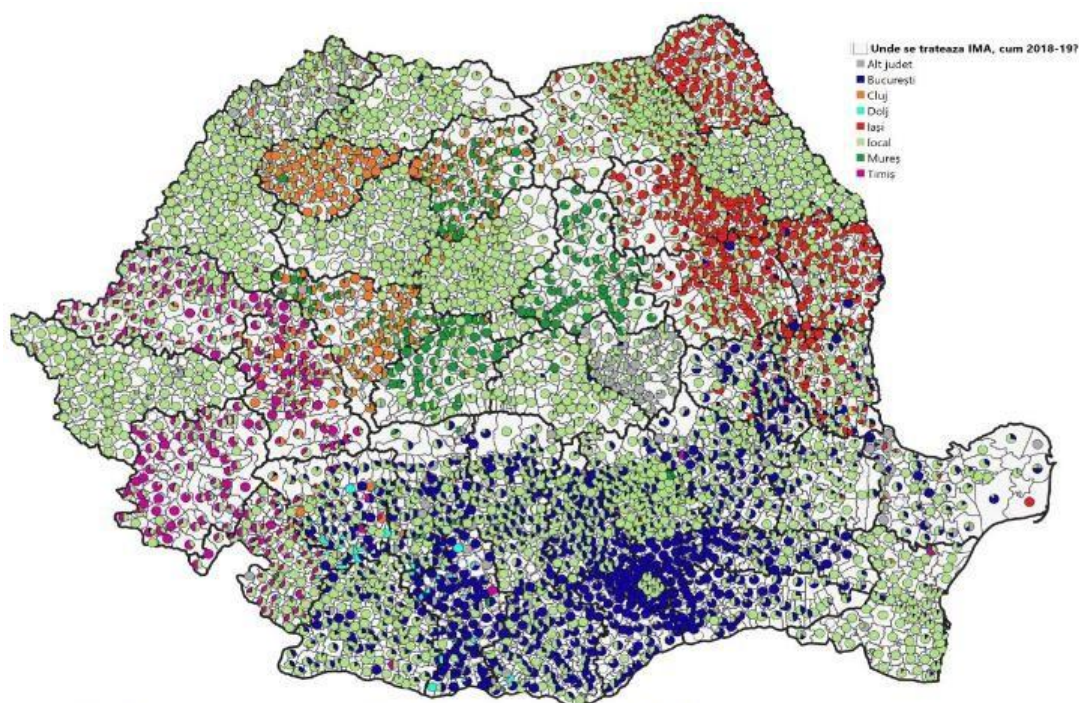


Fig. 15 Locul de tratament pentru Infarct Miocardic Acut, după domiciliul pacientului, media anuală 2017-2019. Sursa: INSP-CNSISP

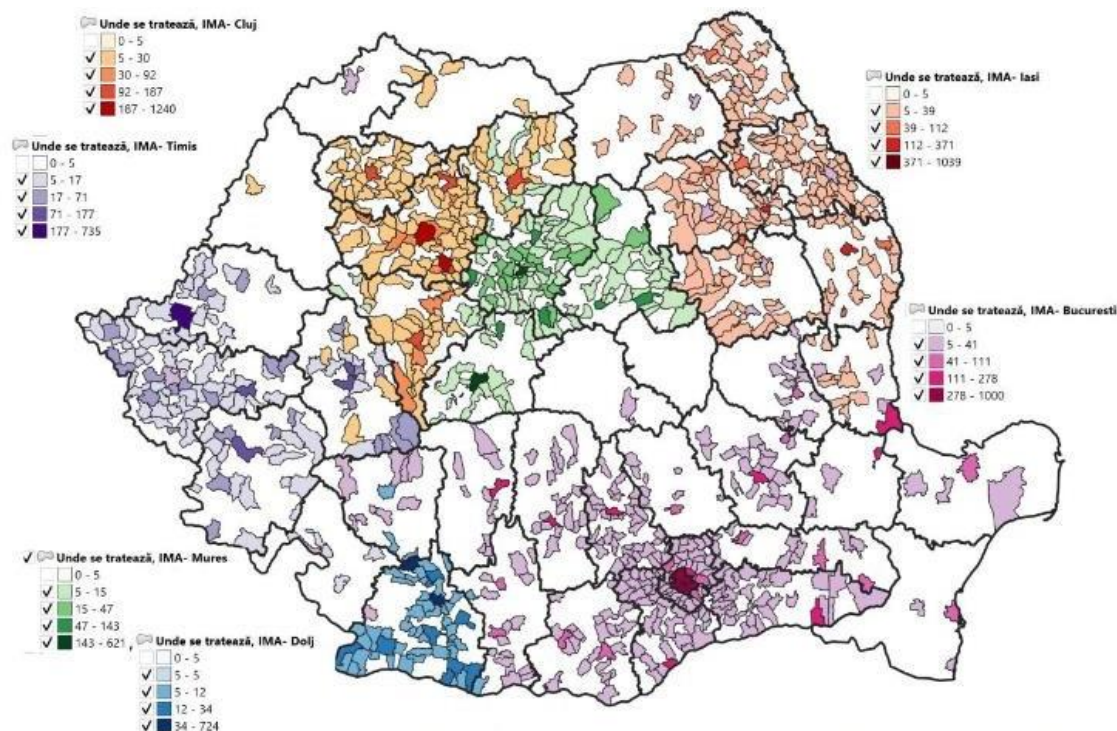


Fig. 16 - Ariile de atracție ale principalelor centre universitare în tratarea Infarct Miocardic Acut, episoade de spitalizare cumulate 2018-2019, Sursa: INSP-CNSISP

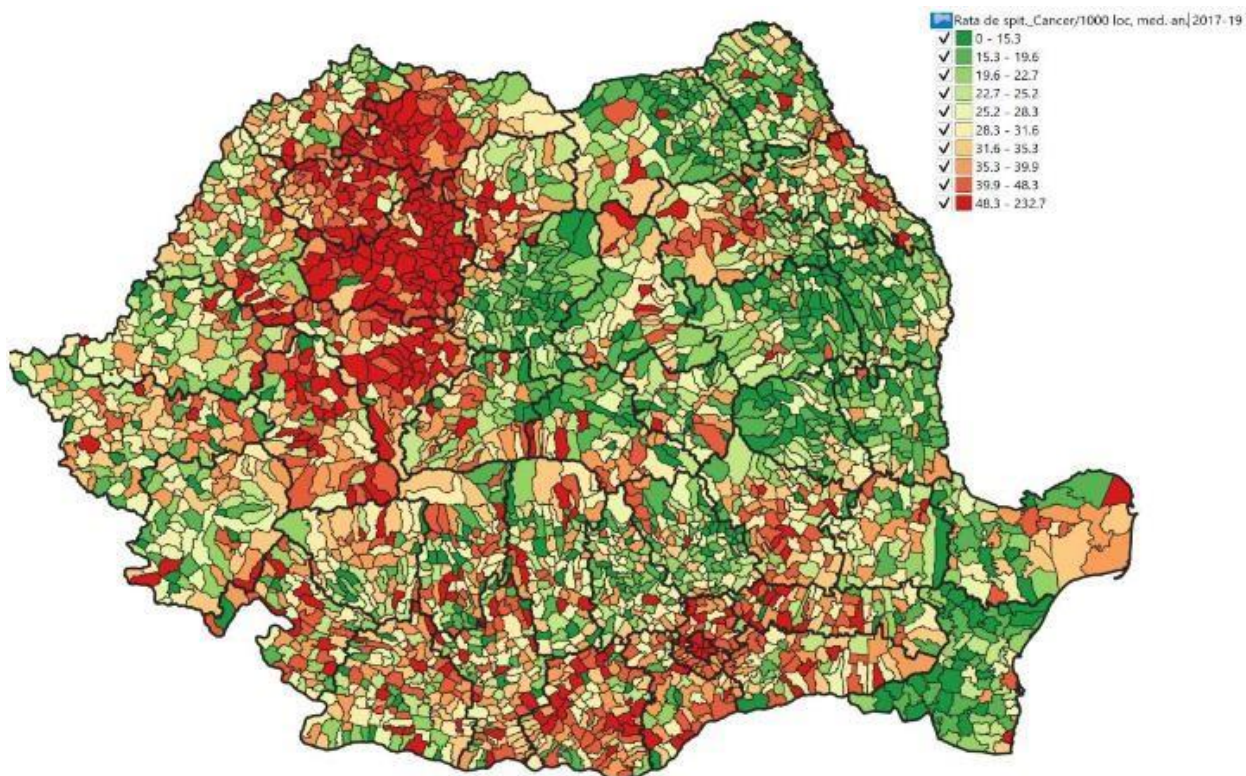


Fig. 17 Rata de spitalizare pentru cancer (toate localizările), după domiciliul pacientului, media anuală 2017-2019. Sursa: INSP-CNSISP

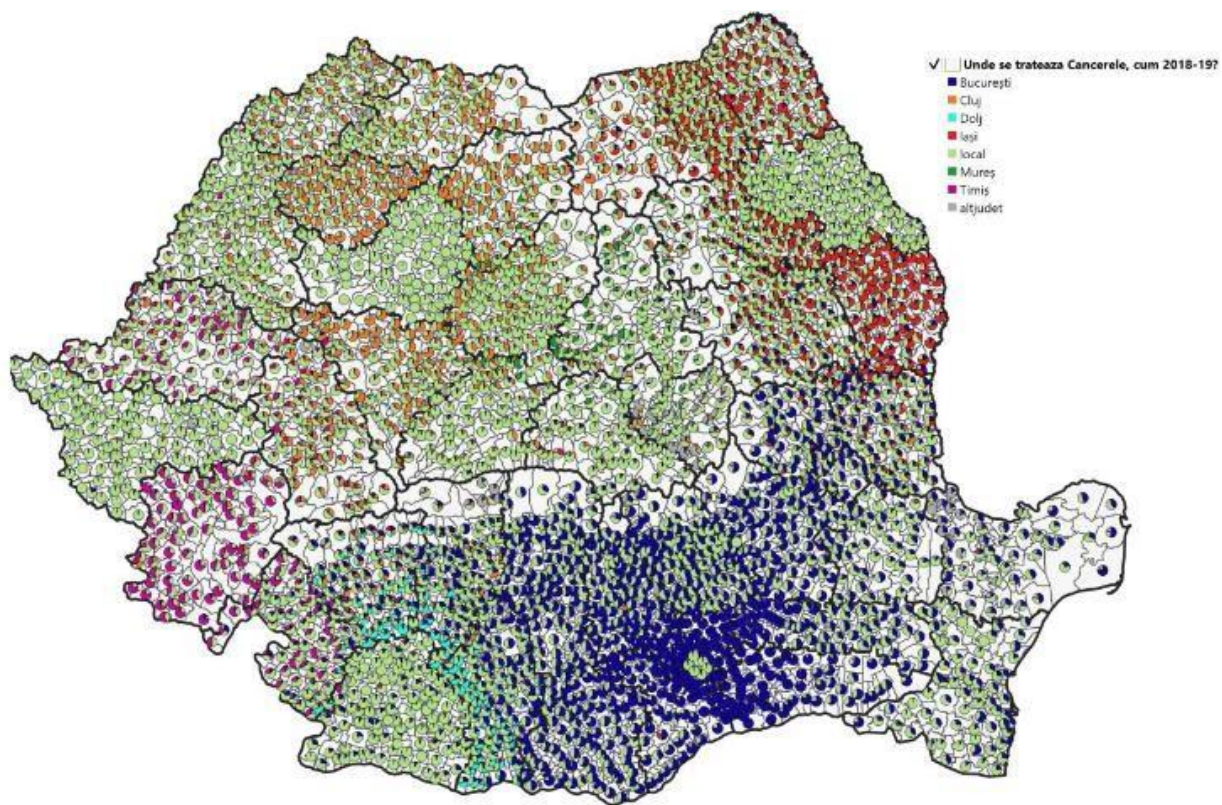


Fig. 18 Locul de tratament pentru cancer, după domiciliul pacientului, media anuală 2018-2019. Sursa: INSP-CNSISP

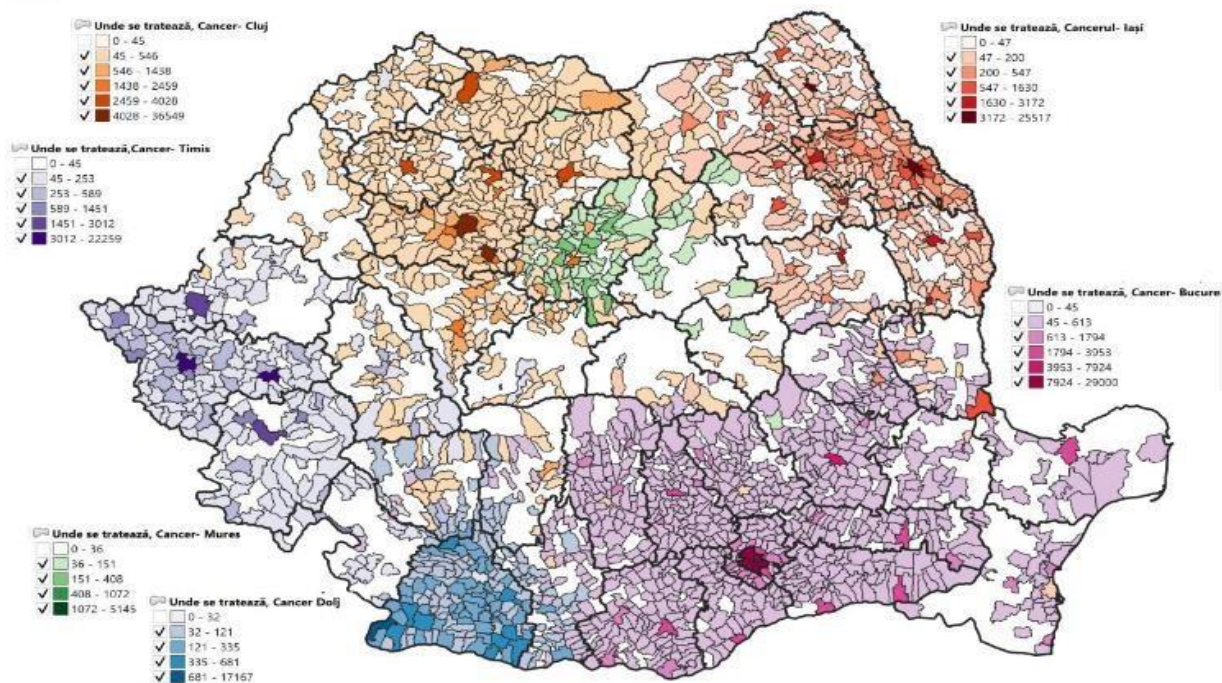


Fig. 19 - Ariile de atracție ale principalelor centre universitare în tratarea cancerelor, episoade de spitalizare cumulate 2018-2019, Sursa: INSP-CNSISP

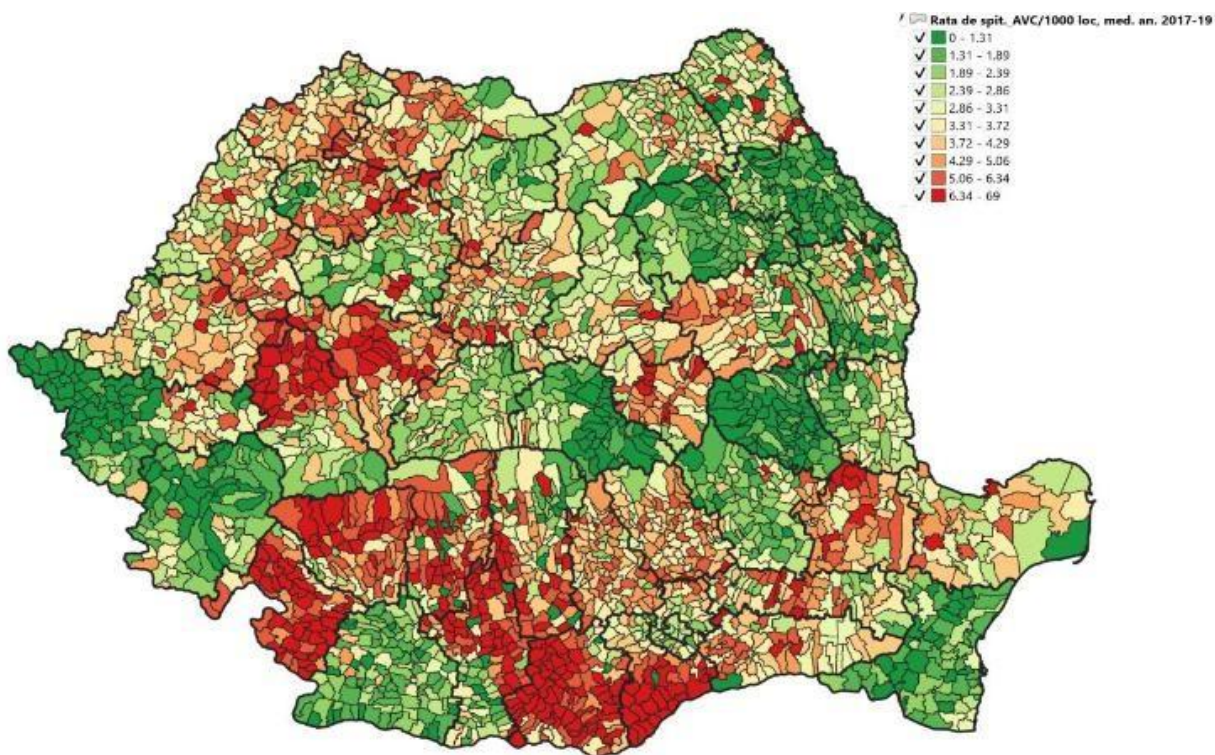


Fig. 20 Rata de spitalizare pentru Accident Vascular Cerebral, după domiciliul pacientului, media anuală 2017-2019. Sursa: INSP-CNSISP

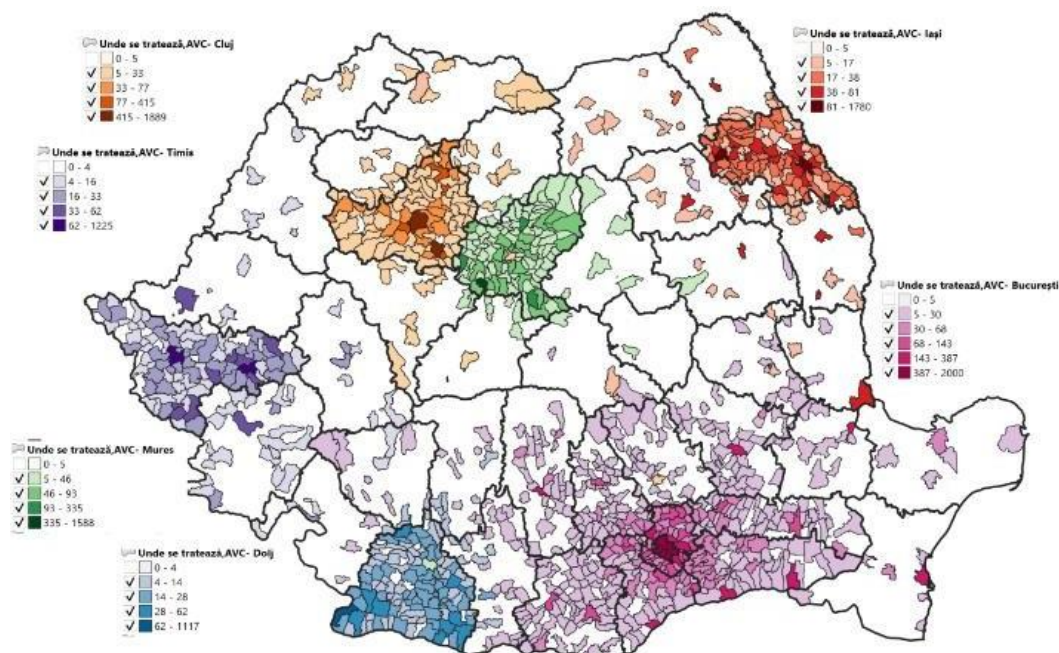


Fig. 22 - Ariile de atracție ale principalelor centre universitare în tratarea Accidentelor Vasculare Cerebrale, episoade de spitalizare cumulate 2018-2019, Sursa: INSP-CNSISP

Din toate datele analizate rezulta cât de dificil este accesul populației din județul Caras Severin la serviciile de sănătate.

Persoanele neasigurate și populația vulnerabilă a avut de suferit în mod crunt pe parcursul pandemiei. Este acel grup populațional care, folosind în mod curent, în regim de policlinică Unitățile de Preluare Urgențe, neavând venituri și nici asigurări de sănătate, a fost complet detașată de orice posibilitate de a se trata și de a beneficia de o consultație medicală. Aceasta în parte din cauza restricțiilor de deplasare care s-au instituit pe de altă parte din cauza stării de panică pe care au încercat-o marea majoritate a oamenilor simplii.

1. Neasigurați 4% din total populație comună;
2. 3% ajutor social.

S-au înregistrat foarte multe decese prin moarte subită de asemenea cei care au contactat în primul val forma foarte agresivă de boală au fost expusi riscului de neștiință cu privire la posibile comorbidități de nu se știa, nu voiau sau nu mai puteau să le declare.

Persoanele asigurate care au evitat să se prezinte în colectivități pentru a nu contacta boala cu virusul SARS Cov2 dar care au fost pacienți cronici vechi, s-au aflat în ipostaza în care nu au avut cui să se adreseze ca medic de familie, deoarece medicul care venea aici o dată pe săptămână nu a mai venit deloc iar mai apoi a și renunțat la contractul cu CNAS, iar accesul la serviciile medicale de specialitate din poliambulatorii și spitale a fost complet sistat. Aceste persoane au fost în aceeași ipostază, a imposibilității de a lua măsuri în boala de bază în condițiile în care nu erau infectați Covid. Au fost decese și în rândul acestora.

La debutul studiului au fost făcute solicitări pentru medicul de familie din Berliste, acestea s-au repetat deoarece au rămas fără răspuns.

Solicitari din baza de date a medicului /medicilor de familie

Aceste solicitari sunt pentru anul in curs, pentru anul trecut in care ne-am confruntat cu pandemia si pentru anul premergator pandemiei

1. Ponderea patologiilor cornice raportate la numarul total de pacienti inscrisi pe lista proprie, in ordine descrescatoare, pentru primele zece pozitii ierarhice, in ceea ce privesc serviciile acordate si apoi enumerarea patologiilor autoimune, a bolilor rare, a afectiunilor congenitale
2. Ponderea afectiunilor maligne raportate la numarul total de pacienti inscrisi pe lista proprie; cati dintre acestia au participat la programele de screening in urma indrumarii date de MF si/sau din proprie initiativa
3. Cati copii cu parinti neasigurati sunt inscrisi la medical de familie si care este situatia participarii acestora la programele de preventie si vaccinarea sustinuta prin programul national(gratuita) si de asemenea cati copii cu parinti asigurati sunt inscrisi la acelasi medic MF si care este participarea si in acest caz la programele de preventive si la vaccinarea gratuita; daca sunt cazuri in care parintii au solicitat vaccinarea suplimentara cu vaccin achizitionat din sursa proprie
4. Care este numarul de patologii derivate din malformatii congenitale si de asemenea din malformatiile congenitale cu caracter mutilant si care este frecventa rezolvarii chirurgicale a acestora; impactul asupra cresterii calitatii vietii si a prognosticului de vindecare chirurgicala cu sau fara recuperare
5. Care este frecventa cu care au consultat pacientii cronici un medic specialist si sa se enumere in ordine descrescatoare care sunt patologiile pentru care a fost consultat medical specialist; aici diabetul zaharat face pozitie aparte si inafara de acesta ar fi de stiut cee ce am facut vorbire
6. Pentru cati pacienti neasigurati s-a desfasurat activitate; cati dintre acestia au devenit asigurati pri reluarea activitatii la un loc de munca si cati au devenit asigurati prin contributie proprie
7. Care este frecventa cu care s-au solicitat investigatii imagistice complexe, cu BT de la MF, care este frecventa cu care au fost onorate aceste solicitari

Hiperlipemie, HTA, boală coroliană

Din surse diferite: boală hodkin, neoplasm colon, ciroză cu tumori hepatice

Nu am avut informații

Nu am avut informații

La 24 luni din proprie inițiativă sau în urgență

Asigurați prin contribuție proprie -0;
Neasigurați adulți au fost consultați în servicii medicale de urgență.

Din informațiile primite de la Compartimentul Asistenței Sociale din cadrul Primăriei Berliște rezultă faptul ca pe raza Comunei Berliște beneficiază de ajutor social o mare parte din populație, dupa cum urmează:

Localitate Berliște	21 adulți și 13 copii
Localitatea Iam	28 adulți si 11 copii
Localitatea Milcoveni	5 adulți
Localitatea Rusova Veche	3 adulți și 4 copii
Localitatea Rusova Noua	1 adult si 1 copil

Analizând situația din acest punct de vedere, cea a asistaților social problemele devin si mai mari având in vedere faptul ca sunt familii care au copii cu probleme de sănătate, familii cu potențial financiar foarte redus, care beneficiază doar de mijloc de transport in comun, majoritatea fără a deține permis de conducere si autoturisme proprii, fapt pentru care deplasările pentru investigații medicale sunt aproape imposibile, de aceea prezența unui medic de familie in comuna Berliște este absolut necesară.

Informațiile din baza de date ale medicului/medicilor de familie în funcție de diagnostic:

Hipertensiune Arterială	251
Complexe Imune Circulante	173
Boli Cerebrovasculare	80
Boli pulmonare	48
Ulcer	13
Ciroze Hepatice CR	13
Tumori maligne	12
Tulburări mentale și de comportament	69
Diabet zaharat	35
Anomalii congenitale	2
Epilepsie	10
Covid19	3 internați 15 confirmați

La solicitarea de informații cu privire la accesul populației la serviciile medicale a participat un eșantion de cca 350 de persoane care au fost luate în considerare pe parcursul proiectului, adică circa 26% din populația comunei, dintre care, 100 de persoane au fost chestionate. Majoritatea celor chestionați doresc ca în comuna lor să existe un dispensar care să răspundă nevoilor medico-sanitare ale acestei zone.

Majoritatea celor chestionați doresc ca în comuna lor să existe un dispensar care să răspundă nevoilor medico-sanitare ale acestei zone.

CONCLUZII

În urma chestionarelor aplicate a rezultat faptul că marea majoritate a locuitorilor comunei nu s-au prezentat la medicul specialist de mult timp;

Singurele servicii imagistice din județ de tip RMN și CT la o institutie publica sunt la Reșița și tot în Reșița există și servicii private de imagistică, un singur furnizor.

Din graficele analizate rezultă că repartitia pe specialități a personalului medical în Caraș Severin este foarte redusă, numărul de medici specialiști este deficitar. Populația a ieșit din pandemie cu temeri, cu sechele post covid sau cu complicații la bolile cronice netratate. Populația este circumspectă în ceea ce privește serviciile medicale;

Deasemenea, populația s-a răspândit la medici de familie din comunele vecine;

Reabilitarea dispensarului medical din comună va face ca familiile cu copii să apeleze la serviciile medicale din localitate și în acest fel se va putea întineri populația comunei;

Există o nevoie la nivelul comunității de angajare a unor specialiști ca mediatori pentru sănătate, care să acompanieze persoana defavorizată atunci când beneficiază de servicii medicale și să medieze relația cu personalul medical. Se fluidizează astfel accesul la servicii medicale pentru persoanele defavorizate care nu sunt asigurate medical.

-La nivel național, dar și la nivel local există o nevoie de îmbunătățire a serviciilor de prevenție medicală, prin investiții susținute în programe naționale de sănătate și

intensificarea programelor educative cu scop profilactic la nivel comunitar, mai ales la nivelul comunităților defavorizate.

-Există de asemenea o mare nevoie de informare a populației la nivel național cu privire la serviciile medicale, prevenție, legislație, asigurări de sănătate, servicii de suport pentru pacienți și aparținători;

În mediu rural, la nivelul fiecărui județ, este nevoie să fie dezvoltată o strategie care să răspundă nevoilor comunității. În prezent, s-a identificat că în mediul rural există un număr mic de furnizori de servicii medicale care să răspundă nevoilor populației;

Există o nevoie de îmbunătățire a colaborării/ comunicării între membrii echipei, dar și a colaborării externe. Stabilirea unei rețele de servicii medico-sociale la nivel național, ar degreva furnizorii de servicii medicale și ar reduce cheltuielile pe termen lung pentru pacienții, cazuri defavorizate, care nu pot fi externați sau îngrijiți în instituții care să corespundă nevoilor lor;

Este nevoie de dezvoltarea asistenței medicale comunitare care să se ocupe de asigurarea echitabilă a accesului la servicii de sănătate a tuturor persoanelor din fiecare comunitate, indiferent de faptul că locuiește în mediul rural sau urban;

Trebuie să se urmărească creșterea accesului grupurilor vulnerabile la servicii de sănătate;

În cadrul cercetării cantitative au fost intervievați 100 de locuitori din comuna Berliște.

Rezultatele arată că 62% sunt asigurați și înscriși la un medic de familie; 12% au consultat un medic de specialitate recent, 43% cu 1 an în urmă, iar 45% mai mult de 1 an în urmă. 55% dintre respondenți urmează un tratament pentru afecțiuni cronice, dintre care 34% beneficiază de compensarea rețetei.

100% dintre cei intervievați au răspuns că și-ar dori ca în comuna lor să existe un dispensar.

BIBLIOGRAFIE

1. Anghel P. (2003), *“Instituții europene și tehnici de negociere în procesul integrării”*, București, Ed. Universității din București;
 2. Atkinson, Tony, Bea, Cantillon, Eric, Marlier, Brian, Nolan, (2002), *Social Indicators. The EU and Social Inclusion*, Oxford University Press;
 3. Bușoi, Cristian, Vlădescu, Cristian, (2011), *Politici de sănătate în Uniunea Europeană*, Editura Polirom, Iași;
 4. Chelcea, Septimiu, (2002), *Un secol de cercetări psihosociologice*, Ed. Polirom, Iași;
 5. Chelcea, Septimiu, (2000), *Sociologia opiniei publice*, București, Ed. SNSPA, București;
 6. Chelcea, S. (2007), *Metodologia cercetării sociologice, Metode cantitative și calitative*, București, Editura Economică.
 7. Cluzeau, F., Littlejohns, P., Grimshaw, J., Feder, G., Moran, S.E., (1999), *Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines*, Journal of Quality in Health Care;
 8. Coffey, A. (2010), *Observare participativă*, în V. Jupp (coord.), *Dicționar al metodelor de cercetare socială*, București, Editura Polirom;
 9. Enachescu, D, M.G. Marcu, M.G., (1998), *Sănătate publică și Management sanitar*, Editura ALL;
 10. Grinnell, R., Rothery, M., Tutty, L. (2005), *Cercetarea calitativă în asistența socială, Faze, etape și sarcini*, București, Editura Polirom;
 11. Manea, L. (2008), *Interviul în practica asistenței sociale*, București, Editura Universității din București;
 12. Marilyn Boggust, (MB Healthcare Consultants), *Evaluarea nevoii de îngrijire paliativă în România*, 21 Decembrie 2017);
 13. Mincă, Dana Galieta (coord.), (2000), *Sănătate publică și management*, Partea a II-a, Ed. Risoprint, Cluj-Napoca;
 14. Mucchelli, A., (2002), *Dicționar al metodelor calitative în științele umane și sociale*, București, Editura Polirom;
 15. Vladescu, Cristian si altii, (2000), *Managementul serviciilor de sănătate*, Editura Expert;
- *** Casa națională de Asigurări de Sănătate,(2017), *Raport de activitate anul 2017*;
- *** European Union, (2017), *Eurostat regional yearbook, 2017*, Luxembourg: Publications Office of the European Union;

*** European Observatory on Health Systems and Policy, Health System in Transition, Romania Health System Review, Vol 18 No. 4 1016;

*** Health Consumer Powerhouse, (2018), *Euro Health Consumer Index (EHCI) 2018*;

*** *Insitutul Național de Sănătate Publică*, (2016), *Mortalitatea Infantilă în România*;

*** Ministerul Sănătății, *Strategia Națională de Sănătate 2014-2020*;

*** Ministerul Sănătății, Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Evaluare și Promovare a Stării de Sănătate, Raportul Național al Stării de Sănătate a Populației, 2016

*** Romanian Ministry of Health, Regional Health Services Plans, November 2016.

Surse web:

*** <https://www.insp.gov.ro/>

*** <http://www.insse.ro>

*** <http://www.ms.ro/legislatie/>

*** <http://www.cnas.ro/casmb/legislation>

*** <http://www.cnas.ro/legislation>

*** http://www.cnas.ro//theme/cnas/js/ckeditor/filemanager/userfiles/Rap_act/RAPORT_ACTIVITATE_CNAS_2017_.pdf

*** <https://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/statistics-illustrated>

*** <https://lege5.ro/App>

*** <http://www.dspb.ro/legislatie/legislatie.php>

*** <https://anmcs.gov.ro/web/legislatie/>

Anexa

Chestionar

Initiala Nume Prenume _____
Varsta _____

1. Sunteți asigurat , aveți medic de familie?

Da

☐

Nu

☐

2. Ultimul consult la medic ?

Recent

☐

1 an in urma

☐

Mai mult de 1 an

☐

3. Ultimul consult de un medic de specialitate ?

Recent

☐

1 an in urma

☐

Mai mult de 1 an

☐

4. Tratament cronic ?

Da

☐

Nu

☐

Compensat

☐

Cu plata

☐

5. Doriți serviciu medical (dispensar) în comună ?

Da

☐

Nu

☐

Indiferent

☐



Interreg - IPA CBC România - Serbia



Cooperare dincolo de frontiere.

Programul Interreg -IPA de Cooperare Transfrontalieră România-Serbia este finanțat de Uniunea Europeană prin Instrumentul de Asistență pentru Preaderare (IPA II) și cofinanțat de statele partenere în program.



Titlul proiectului: Creșterea calității serviciilor medicale pentru comunitățile transfrontaliere, RORS-448

Editorul materialului: Comuna Berliște, jud. Caraș-Severin

Data publicării: iunie 2022.

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod necesar poziția oficială a Uniunii Europene. Pentru eventuale sesizări, contactați: romania-serbia@mdrap.ro