

Hospistat 1.0

Activitatea sistemului public de
sănătate din România



Hospitat 1.0 – Activitatea sistemului public de sănătate din România

Observatorul Român de Sănătate este o organizație non-guvernamentală a cărei misiune este aceea de a contribui la îmbunătățirea serviciilor de sănătate din România. Observatorul desfășoară studii de cercetare privind activitatea acestor servicii, integrând evidențele disponibile privind teme de interes pentru a informa elaborarea unor politici de sănătate coerente și eficiente.

www.ors.org.ro

Seria „**Policy data**” cuprinde studii care analizează, sintetizează și interpretează rațional evidențele factuale cu relevanță pentru o temă specifică.

Conflicte de interese: niciunul.

Citare recomandată: Observatorul Român de Sănătate (2015) Hospitat 1.0 – Activitatea sistemului public de sănătate din România. București: Observatorul Român de Sănătate.

Cuprins

1. Despre <i>Hospistat</i>	1
1.1. Ce este <i>Hospistat</i> ?	1
1.2. Cui se adresează <i>Hospistat</i> ?	1
1.3. Cu ce indicatori lucrează <i>Hospistat</i> ?	1
1.4. Cum se utilizează <i>Hospistat</i> ?	1
Panelul „Unități sanitare”	3
Panelul „Personal medical”	3
Panelul „Paturi de spital”	3
Panelul „Categorii Majore de Diagnostic”	4
Panelul „Secții de spital”	4
2. Activitatea sistemului public de sănătate în anul 2012	5
2.1. Activitatea clinică a spitalelor publice la nivelul secțiilor de spital.....	5
2.2. Activitatea clinică a spitalelor publice după Categoriile Majore de Diagnostic (CMD)	6
2.3. Distribuția unităților sanitare la nivel județean.....	8
2.4. Distribuția personalului medical la nivel județean	13
2.5. Distribuția paturilor de spital la nivel județean după specialitate clinică	16
Comentariu	19
Concluzii și recomandări	22
Anexa 1. Sursa datelor	24
Institutul Național de Statistică	24
Data.gov.ro	24
Ministerul Sănătății.....	25
Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar (SNSPMPDS)	25
Anexa 2. Glosar	26

Sumar executiv

Hospistat (ors.org.ro/hospistat) este o aplicație care utilizează date publice pentru a permite vizualizarea interactivă a indicatorilor ce măsoară capacitatea și activitatea unităților sanitare din România. Datele sunt prezentate dinamic sub formă de grafice, tabele și hărți cu care utilizatorul poate interacționa direct pentru a identifica și evidenția informațiile de interes.

În versiunea curentă, *Hospistat* se concentrează pe activitatea unităților sanitare din sistemul public în anul 2012 și prezintă următorii indicatori:

- distribuția principalelor categorii de unități sanitare la nivel județean;
- distribuția personalului medical, după categorie, la nivel județean;
- distribuția numărului total de paturi pe secție la nivel județean; și
- activitatea clinică a spitalelor publice (total cazuri, total paturi, durată medie de spitalizare, rata mortalității), dezagregat pe tipul secției și Categoriilor Majore de Diagnostic.

Analiza principalilor indicatori a evidențiat un număr de aspecte cheie:

- **Distribuția unităților sanitare și a personalului medical este profund inegală la nivel inter-județean.** Cel mai bine deservite județe (Mun. București, Cluj, Iași) au densități ale unităților sanitare și personalului medical de 2-4 ori mai mari față de județele cu acoperirea cea mai scăzută (precum Giurgiu, Ilfov, Ialomița și Călărași).
- **Accesul cetățenilor la servicii de sănătate este inechitabil.** Resursele necesare îngrijirilor de specialitate sunt concentrate în centre regionale de excelență, o realitate compatibilă cu obiectivele de politică publică la nivel de sistem, însă diferențe de aceeași magnitudine între județe se constată și la nivelul disponibilității cabinetelor de medicină de familie, farmaciilor, medicilor de familie și personalului sanitar mediu.
- **Accesul la servicii de sănătate pentru cetățenii din mediul rural este net inferior comparativ cu mediul urban în toate județele.** Numărul medicilor și al personalului sanitar mediu pe cap de locuitor în rural poate fi și de 10 ori mai mic față de media din urban în județe ca Mureș sau Botoșani.
- **Calitatea datelor publice despre serviciile de sănătate este îndoielnică.** Datele raportate de instituțiile publice, cu precădere cele privind activitatea spitalelor, conțin multiple paradoxuri și sunt incomplete. Nu există nicio indicație că instituții diferite folosesc aceleași definiții pentru a raporta aceiași indicatori. Metodologiile de raportare sunt insuficient de clare încât să permită evaluarea comparabilității și validității datelor.
- **Există un vid de informație privind calitatea actului medical în România, ceea ce face imposibilă evaluarea comparativă a performanței unităților sanitare.** Indicatorii disponibili la nivel de secție și spital (rata mortalității, durata medie de spitalizare) pot surprinde cazurile excepționale, însă maschează influența altor factori și oferă doar o imagine parțială asupra actului medical.

Recomandările noastre în urma acestei analize vizează:

- Implementarea imediată a strategiei deja existente privind accesul la servicii de medicină primară în mediul rural.
- Încorporarea în cadrul de monitorizare și evaluare a implementării Strategiei Naționale de Sănătate 2014-2020 a unor indicatori cantitativi clari care să asigure planificarea rațională a disponibilității resurselor sistemului de servicii de sănătate în sensul ameliorării dezechilibrelor existente.
- Lansarea dialogului inter-instituțional (Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Școala Națională de Sănătate Publică, Institutul Național de Statistică și alte organisme cu atribuții în sectorul sanitar) pentru formularea și adoptarea unui format comun de raportare a informațiilor privind capacitatea și activitatea sistemului de sănătate din România.
- Publicarea de către toate instituțiile relevante a datelor de activitate a unităților sanitare împreună cu metodologiile de colectare și prelucrare pentru a permite stabilirea validității și comparabilității acestora.
- Auditarea periodică a procesului de raportare și prelucrare a datelor și publicarea rezultatelor auditului.
- Elaborarea și adoptarea unui cadru legislativ de evaluare periodică a performanței activității tuturor categoriilor de unități sanitare.

1. Despre *Hospistat*

1.1. Ce este *Hospistat*?

Hospistat este o aplicație care utilizează date publice pentru a permite vizualizarea interactivă a indicatorilor ce măsoară capacitatea și activitatea unităților sanitare din România. *Hospistat* face ușor de vizualizat un volum considerabil de informație și îi permite utilizatorului să filtreze ușor datele conform criteriilor pe care le consideră relevante pentru a obține rapid rezultatul de interes. În versiunea curentă, *Hospistat* se concentrează pe activitatea unităților sanitare din sistemul public în anul 2012¹.

1.2. Cui se adresează *Hospistat*?

Hospistat se adresează atât profesioniștilor din domeniul sănătății – cadre medicale, manageri din domeniul sanitar, decidenți, analiști – și cercetătorilor familiarizați cu conținutul tehnic al informației prezentate, cât și publicului larg interesat de activitatea sistemului de sănătate din România.

1.3. Cu ce indicatori lucrează *Hospistat*?

Hospistat prezintă date privind următoarele tipuri de indicatori (definiții în Anexa 2):

- distribuția principalelor categorii de unități sanitare la nivel județean;
- distribuția personalului medical, după categorie, la nivel județean;
- distribuția numărului total de paturi pe secție la nivel județean; și
- activitatea clinică a spitalelor publice, dezagregat pe tipul secției și Categoriilor Majore de Diagnostic.

1.4. Cum se utilizează *Hospistat*?

Hospistat poate fi accesat liber la adresa ors.org.ro/hospistat. Informația este organizată în cinci paneluri: **Unități sanitare**, **Personal medical**, **Paturi de spital**, **Categorii majore de diagnostic** și **Secții de spital**. Un singur panel poate fi activ la un moment de timp dat și informația corespunzătoare panelului activ este afișată sub grila celor cinci paneluri. *Hospistat* inițializează vizualizarea cu panelul **Unități sanitare**, care va fi întotdeauna prima afișare la vizitarea aplicației. Pentru a selecta un alt panel, click pe caseta corespunzătoare numelui acestuia sau pe una dintre săgețile laterale.

¹ Prezentăm date din 2012 pentru consistență, fiind ultimul an pentru care sunt disponibile date publice la toate cele trei niveluri de activitate relevante pentru *Hospistat*: județ, spital și secții de spital.

Hospistat actualizează automat vizualizările în funcție de selecțiile efectuate. Pentru a anula orice selecție și a reveni la versiunea inițială a vizualizării, click pe icon-ul portocaliu „**Return**” de deasupra grilei de paneluri sau pe săgeata „**Reset**” din josul paginii.

Hospistat conține în această versiune trei tipuri de vizualizări: grafice, tabele și hărți.

a. Grafice

Hospistat folosește bar charts și bubble charts pentru a prezenta comparativ diferiți indicatori la nivelul unității de analiză, fie județ (panelurile **Unități sanitare** și **Personal medical**) sau spital (panelurile **Categorii majore de diagnostic** și **Secții de spital**). Informația din bar charts se actualizează automat în funcție de valorile selectate în filtrele din panel.

Utilizatorul poate interacționa cu graficele: poziționarea cursorului pe o anumită bară afișează denumirea unității de analiză (județ/spital) și a altor indicatori proprii acesteia. Bar charts pot fi sortate prin poziționarea cursorului la capătul superior sau inferior al oricărei coloane în care sunt reprezentate barele orizontale și click pe icon-ul de sortare. Coloanele numerice (ex: număr cabinete de medicină de familie/1000 locuitori) pot fi sortate crescător/descrescător; coloanele cu date în format text (ex: numele județelor) pot fi sortate alfabetic. O anumită linie a bar chart-ului poate fi selectată individual și evidențiată: în fereastra care apare în urma selectării, opțiunea **Keep** va păstra doar acea observație în vizualizare; și opțiunea **Exclude** va elimina doar observația selectată din vizualizare.

b. Tabele

Hospistat afișează în tabele valorile diversilor indicatori la nivel județean. Tabelele se actualizează automat în funcție de valorile selectate în meniurile de filtrare alăturate. Sortarea rândurilor și coloanele unui tabel, precum și evidențierea acestora, funcționează similar cu graficele (vezi mai sus).

c. Hărți

Hospistat afișează localizarea spitalelor pe harta României pe baza coordonatelor geospațiale (latitudine și longitudine) ale acestora. Utilizatorul poate interacționa cu harta: plimbând cursorul pe locațiile spitalelor, vor deveni vizibile numele spitalului și alte caracteristici ale acestuia. Hărțile permit și selectarea spitalelor de interes folosind butoanele din colțul stânga sus al hărții sau Ctrl+click pe pozițiile a oricât de multe spitale; graficele din panel vor fi actualizate automat și vor include numai spitalele selectate. Opțiunile **Keep** și **Exclude** funcționează la fel ca și la grafice și tabele (vezi mai sus).

Panelul „Unități sanitare”

Panelul prezintă distribuția și tipul unităților sanitare la nivel județean pe baza datelor raportate de Institutul Național de Statistică² pentru cele 41 de județe și Municipiul București. Pagina prezintă:

- Numărul total de paturi de spital (cumulat pentru spitale publice și spitale private), cabinete de medicină de familie, farmacii și laboratoare medicale din fiecare județ raportat la populație (număr unități/1000 locuitori);
- Relația dintre densitatea unităților sanitare și PIB județean per capita; și
- Numărul absolut de ambulatorii de specialitate, ambulatorii integrate, cabinete de medicină de familie, farmacii, laboratoare medicale și spitale din fiecare județ (după forma de proprietate public/privat și mediul de rezidență rural/urban). Filtrul **„Alege unul sau mai multe județe”** permite selectarea unuia sau mai multor județe, inclusiv a tuturor județelor (**All**).

Panelul „Personal medical”

Panelul prezintă distribuția principalelor categorii de personal medical din sistemul public, la nivel județean pe baza datelor Institutului Național de Statistică¹. Pagina prezintă:

- Numărul de medici (total), medici de familie și personal sanitar mediu din fiecare județ raportat la populație (personal medical/1000 locuitori);
- Distribuția comparativă urban-rural a personalului medical per capita la nivel județean;
- Relația dintre densitatea personalului medical și PIB județean per capita; și
- Numărul absolut de medici (total), medici de familie și personal sanitar mediu din fiecare județ (după forma de proprietate public/privat și mediul de rezidență rural/urban). Filtrul **„Alege unul sau mai multe județe”** permite selectarea unuia sau mai multor județe, inclusiv a tuturor județelor (**All**).

Panelul „Paturi de spital”

Panelul prezintă capacitatea absolută (număr absolut de paturi pentru spitalizare continuă, cumulat pentru spitale publice și spitale private) și relativă (raportat la 1000 locuitori) a fiecărui tip de secție la nivel județean. Tabelele sunt informate de datele raportate de către Institutul Național de Statistică¹. Filtrul **„Alege unul sau mai multe județe”** permite selectarea unuia sau mai multor județe, inclusiv a tuturor județelor (**All**). Populația județelor la 1 iulie 2012 și PIB județean per capita sunt informate de baza de date TEMPO a Institutului Național de Statistică.

² Institutul Național de Statistică (2013) Activitatea unităților sanitare în anul 2012. Disponibil la adresa <http://www.insse.ro/cms/files/publicatii/Activitatea%20unităților%20sanitare%202012.pdf>, accesat 26 mai 2015

Panelul „Categorii Majore de Diagnostic”

Panelul prezintă trei indicatori ai activității spitalelor publice (total cazuri, total zile spitalizare și durata medie de spitalizare) după cele 23 de Categoriile Majore de Diagnostic (CMD) pe baza datelor Școlii Naționale de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar³. Indicatorii sunt disponibili pentru total cazuri, cazuri acute și cazuri cronice. Înainte de a vizualiza informația, **Indicatorul** și **CMD** de interes trebuie selectate filtrele din partea superioară a paginii. Filtrele din partea dreaptă a paginii **Județ**, **Tip spital**, **Categorie spital** și **Tip caz (acuti/cronici)** permit rafinarea selecției.

Panelul prezintă un bar chart care afișează valoarea absolută a **Indicatorului** selectat anterior și pentru **CMD** selectat; și harta interactivă a spitalelor publice. Selectarea unuia sau mai multor spitale de pe hartă va actualiza bar chart-ul cu datele pentru aceste spitale privind **Indicatorul** și **CMD** selectate.

ATENȚIE! Durata medie a spitalizării este disponibilă numai pentru cazuri acute și cronice, astfel încât combinația **Indicator** „Durata medie de spitalizare” – **Tip caz (acuti/cronici)** „total” va produce un grafic nul.

Panelul „Secții de spital”

Panelul prezintă indicatori privind activitatea (rate de ocupare a paturilor (%), durata medie de spitalizare și rata mortalității (%)) pe spital și secție și capacitatea secțiilor (număr de paturi) pe baza datelor raportate de către Ministerul Sănătății pentru anul 2012⁴. Înainte de a vizualiza informația, **Indicatorul** și **Secția** de interes trebuie selectate folosind cele două filtre din partea superioară a paginii. Filtrele din partea dreaptă a paginii **Județ**, **Tip spital** și **Categorie spital** permit rafinarea selecției.

Panelul prezintă un bar chart care afișează valoarea absolută a **Indicatorului** selectat anterior și pentru **Secția** selectată; și harta interactivă a spitalelor publice. Selectarea unuia sau mai multor spitale pe hartă va actualiza bar chart-ul cu datele pentru aceste spitale privind **Indicatorul** și **Secția** selectate.

³ Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar (2015) Indicatori de performanță a spitalelor. Disponibili la adresa http://www.drg.ro/index.php?p=indicatori&s=2012_an, accesat 10 octombrie 2014.

⁴ Ministerul Sănătății (2013) Utilizarea paturilor, durata medie de spitalizare, rulajul bolnavilor, mortalitatea și cheltuielile bugetare în spitale în anul 2012. Disponibil la adresa http://www.ccss.ro/public_html/sites/default/files/Utilizarea%20Paturilor,%20Durata%20Medie%20de%20Spitalizare,%20Rulajul%20Bolnavilor,%20Mortalitatea%20si%20Cheltuielile%20Bugetare%20in%20Spitale%20in%20Anul%202012.pdf, accesat 10 octombrie 2014.

2. Activitatea sistemului public de sănătate în anul 2012

Secțiunea de față prezintă o privire de ansamblu asupra activității sistemului public de sănătate în anul 2012 pe baza indicatorilor care pot fi vizualizați cu *Hospitat*.

2.1. Activitatea clinică a spitalelor publice la nivelul secțiilor de spital

Cifre cheie

5.3 zile

a fost cea mai scurtă durată medie de internare la nivel de spital în rândul spitalelor generale de categorie I (I M și I plan conf) – Spitalul Universitar de Urgență București*.

10 spitale

au raportat rate medii de ocupare a paturilor de peste 100%. Cinci dintre acestea sunt spitale de psihiatrie. Printre celelalte cinci se numără Spitalul Municipal Calafat (200%), Institutul Național de Pneumoftiziologie “Marius Nasta” (104%) și Institutul Clinic Fundeni (103%).

1872 de paturi

număra cel mai mare spital din România – Spitalul Județean Târgoviște. Este urmat de Spitalul Jud. Clinic de Urgență Cluj-Napoca (1764) și de Spitalul Județean de Urgență Botoșani (1538). Cele mai mari spitale din București sunt Spitalul Clinic de Psihiatrie “Dr. Alexandru Obregia” (1229 paturi) și Institutul Clinic Fundeni (1098 paturi).

10.25%

a fost cea mai ridicată rată a mortalității la nivel de spital din țară – Spitalul Județean de Urgență “Sf. Ioan cel Nou” Suceava.

155 de paturi

avea cea mai mare secție de Medicină Internă a unui spital din România, cea a Spitalului Municipal Clinic “Filantropia” din Craiova. Alte 12 spitale aveau secții de Medicină Internă cu peste 100 de paturi – numai unul dintre acestea în macroregiunile Centru sau Vest, Spitalul Județean Clinic de Urgență “Cluj-Napoca”.

17 zile

a fost cea mai lungă durată medie de internare la nivel de spital în rândul spitalelor municipale – Spitalul Municipal “Dr. Gh. Marinescu” Târnăveni. Au mai avut durate medii de internare de peste 10 zile Spitalul Municipal Calafat și Spitalul Municipal Sighetu Marmatei.

0.49%

a fost cea mai scăzută rată a mortalității din țară într-o secție de Chirurgie Generală a unui spital de urgență, la Spitalul Jud. Târgu Jiu. Cea mai ridicată rată a mortalității din eșantion pentru această secție a fost de 20%.

126%

a fost gradul mediu de ocupare al celei mai aglomerate secții ORL a unui spital de urgență din țară, la Spitalul Județean Târgoviște. Alte două spitale de urgență, Slatina și Piatra-Neamț, au avut un grad de ocupare al secției ORL mai mare de 100%.

*ERATĂ: În urma unei erori de redactare, prima versiune a raportului a asociat valoarea de 5.3 zile cu Spitalul Clinic de Urgență București. Corect este ‘Spitalul Universitar de Urgență București’. Durata medie de spitalizare la Spitalul Clinic de Urgență București a fost de 5.9 zile.

2.2. Activitatea clinică a spitalelor publice după Categoriile Majore de Diagnostic (CMD)

Cele mai ocupate spitale⁵

Institutul Național de Neurologie și Boli Neurovasculare București a primit cele mai multe cazuri de **boli și tulburări ale sistemului nervos** (CMD01) - 9771, urmat de Spitalul Jud. de Urgență Rm. Valcea (8950) și de Spitalul Clinic de Urgență Bagdasar-Arseni (8033).

Spitalul Clinic de Urgențe Oftalmologice București a primit cel mai mare număr de cazuri de **boli și tulburări ale ochiului** (17362), de 3.4 ori mai mult decât Spitalul Universitar de Urgență București, al doilea ca volum din țară pentru această CMD.

Cea mai ridicată durată medie de spitalizare din țară pentru cazuri acute de **boli și tulburări ale sistemului respirator** (CMD04) a fost de 12 zile (Spitalul de Copii Botoșani, Spitalul de Pneumoftiziologie Valea Iașului, Spitalul de Pneumoftiziologie Galați și Spitalul de Pneumoftiziologie Leordeni).

Institutul de Boli Cardiovasculare C.C. Iliescu București, Spitalul Județean de Urgență Targu-Mureș și Spitalul de Cardiologie Covasna au văzut cele mai multe cazuri de **boli și tulburări ale sistemului circulator** (CMD05) din țară – peste 12000.

Cea mai scăzută durată medie de spitalizare pentru cazuri acute de **boli și tulburări ale sistemului digestiv** (CMD05) în rândul tuturor spitalelor de urgență din țară a fost raportată de Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Pantelimon” București – 4 zile. Cel mai ridicat timp mediu de spitalizare la nivel național a fost de 8 zile.

Institutul de Endocrinologie „C.I. Parhon” București a văzut cele mai multe cazuri de **boli și tulburări endocrine, nutriționale și metabolice** (17126), de 4 ori mai multe decât Spitalul Județean de Urgență „Sf. Spiridon” Iași, al doilea ca volum din țară.

Cele mai multe cazuri de **sarcină, naștere și lauzie** (CMD14) din țară s-au înregistrat la Spitalul de Obstetrică-Ginecologie Ploiești, cu 78 mai multe decât la Spitalul Universitar de Urgență București.

Spitalul Universitar de Urgență București a fost spitalul de categorie I (I M și I plan conformare) cu cea mai scăzută durată medie de spitalizare pentru cazuri acute din categoria **Nou-născuți și alți neonatali** (CMD15) – 3 zile.

Institutul Clinic Fundeni București a avut cel mai ridicat volum de pacienți cu **boli neoplazice** (13813 cazuri), de peste 5 ori mai mult decât Institutul Regional de Oncologie Iași și decât Institutul Oncologic Cluj-Napoca.

Spitalul Clinic de Psihiatrie „Dr. Alexandru Obregia” București a primit cele mai multe cazuri acute de **boli și tulburări mentale** (CMD19) din țară (peste 23000), însă a fost doar al treilea în ceea ce privește cazurile cronice (~1170), fiind devansat de Institutul de Fonoaudiologie și Chirurgie Funcțională „Prof. Dr. D. Hociotă” și de Spitalul Municipal Cluj-Napoca.

⁵ Acolo unde contrariul nu este precizat explicit, spitalele penitenciar și spitalele de psihiatrie au fost excluse din comparații.

Top 20 durate medii de spitalizare și rate ale mortalității la nivel de spital

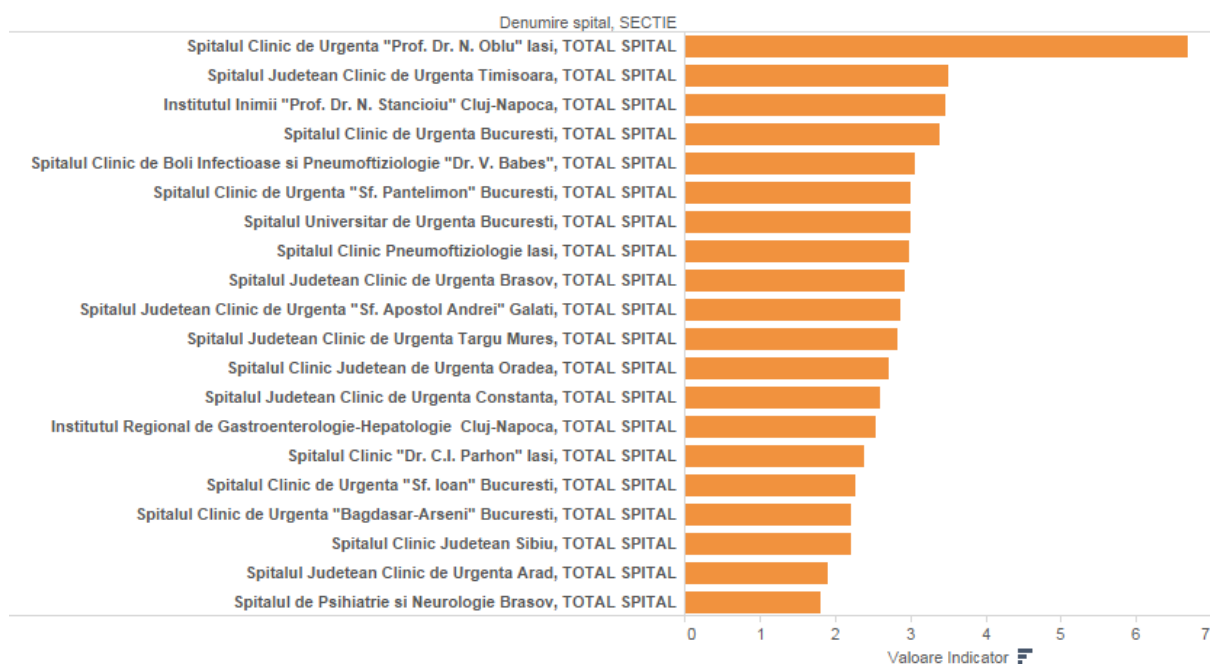


Figura 1. Cele mai ridicate 20 de valori ale ratei mortalității (%) la nivelul întregului spital raportate în spitalele de categorie I și II din România în anul 2012

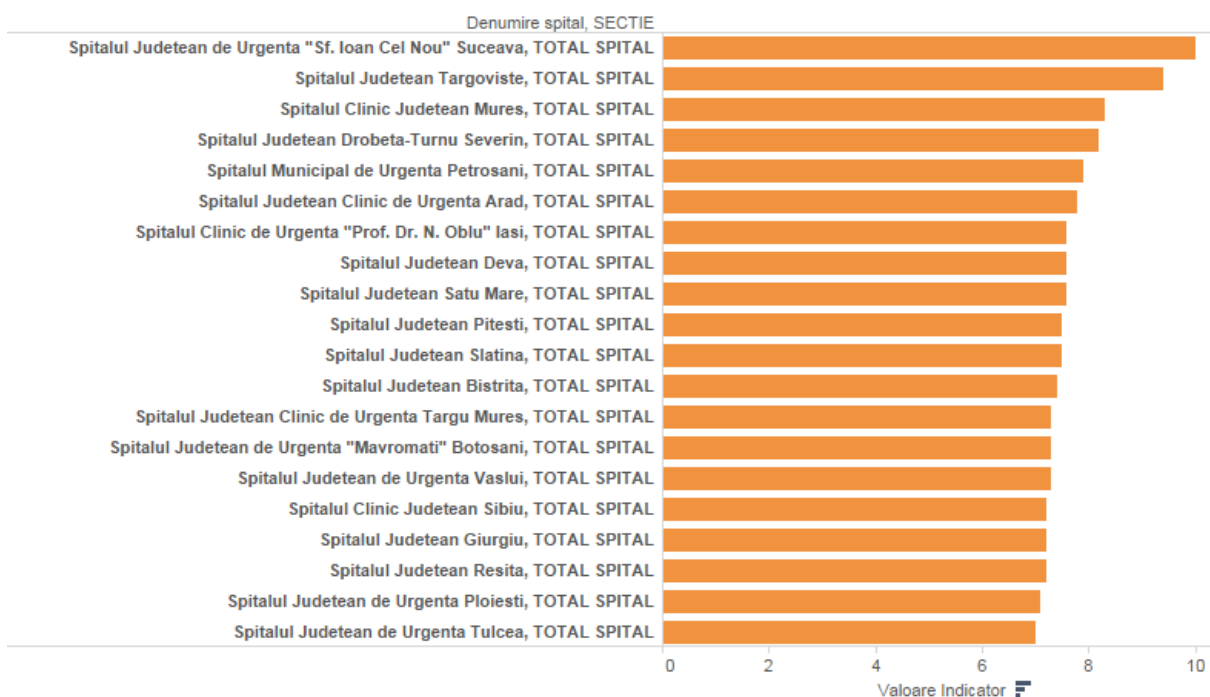


Figura 2. Cele mai ridicate 20 de valori ale duratei medii de spitalizare (zile) raportate în spitalele de urgență din România în anul 2012

2.3. Distribuția unităților sanitare la nivel județean

Paturi de spital⁶

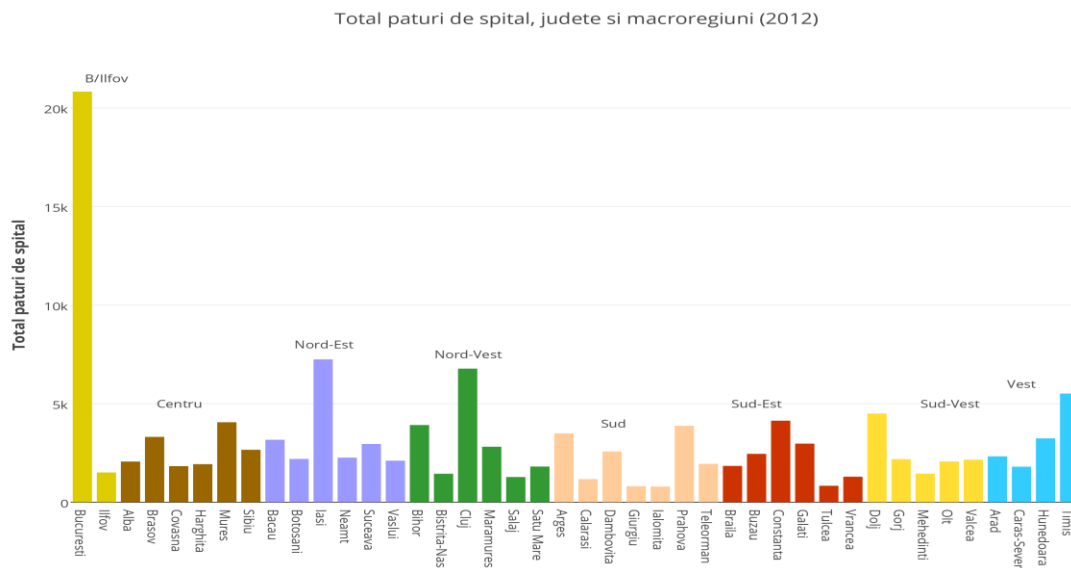


Figura 3. Total paturi de spital (public și privat) per capita la nivel județean

Municipiul București a concentrat cel mai mare număr total de paturi de spital (peste 20000), de peste trei ori mai mult decât următoarele județe din acest punct de vedere – Iași, Cluj și Timiș, toate cu peste 5000 de paturi (Figura 3). Cele mai puține paturi de spital s-au înregistrat în județele Giurgiu, Ialomița și Tulcea, toate cu sub 900 de paturi.

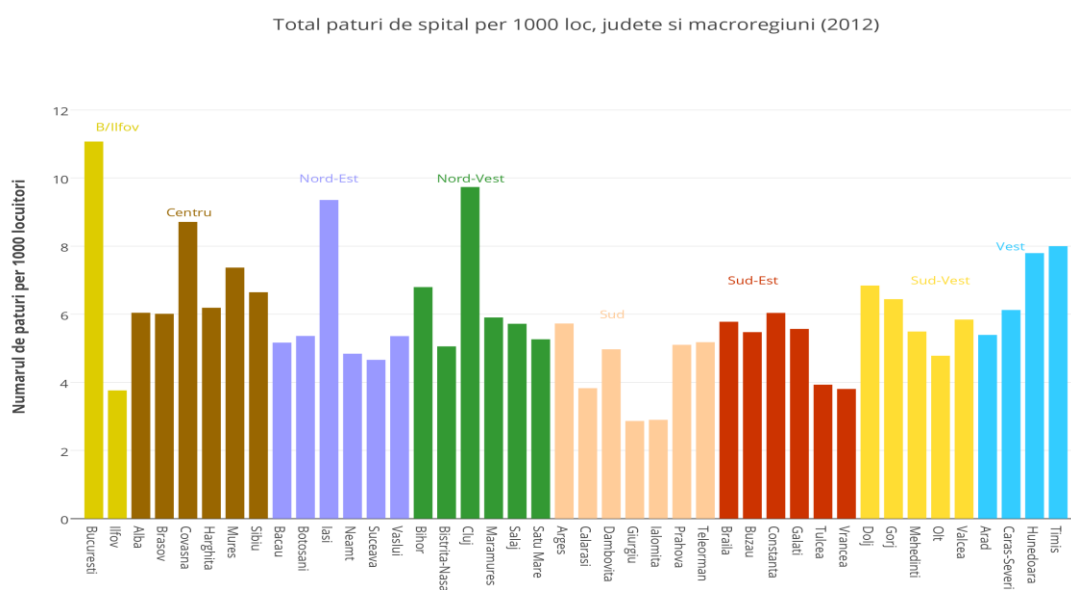


Figura 4. Distribuția numărului total de paturi de spital (public și privat) la nivel județean

⁶ Paturi pentru spitalizare continuă, cumulată public și privat

Mun. București a concentrat și cea mai mare densitate de paturi de spital, cu aproximativ 11 paturi la 1000 de locuitori (Figura 4). Cluj și Iași au peste 9 paturi la 1000 de locuitori, în timp ce șase județe au mai puțin de 4 paturi la 1000 de locuitori: Ilfov, Giurgiu, Ialomița, Călărași, Tulcea și Vrancea.

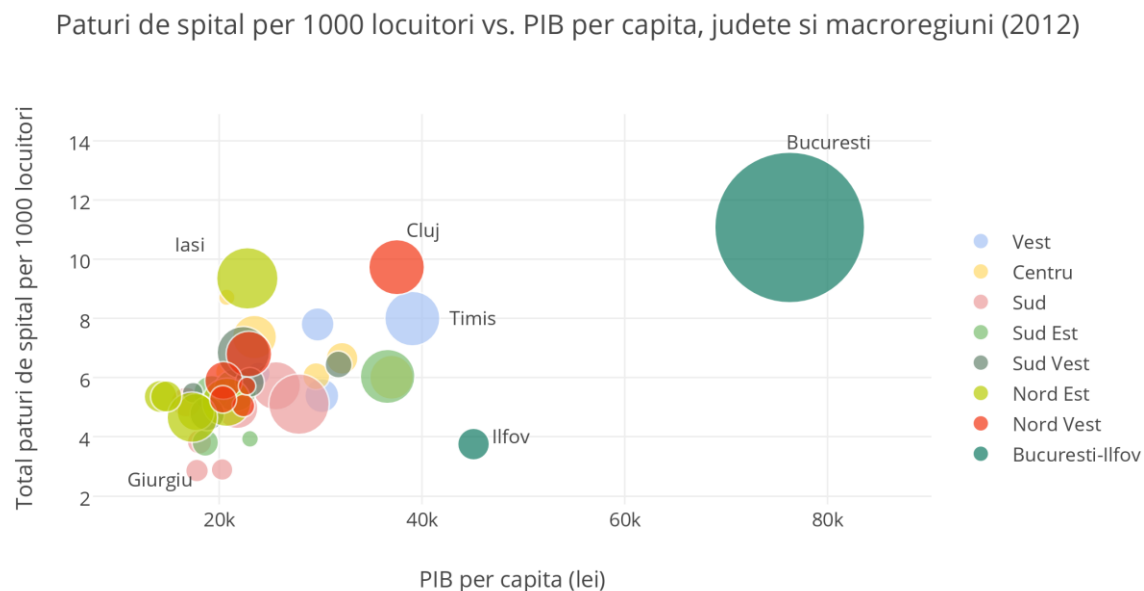


Figura 5. Distribuția județeană a paturilor de spital (public și privat) în relație cu PIB per capita

Numărul de paturi per capita se arată a fi direct proporțional cu PIB-ul județean per capita (Figura 5). De exemplu, niciun județ din macroregiunea Nord-Est, cu excepția Iași-ului, nu avea mai mult de 6 paturi de spital la 1000 de locuitori. Pe de altă parte, trei dintre cele patru județe ale macroregiunii Vest au raportat mai mult de 6 paturi de spital/1000 locuitori – doar Arad a raportat o medie de 5.4 paturi/1000 loc.

Cabinete de medicină de familie (CMF)

Județul cu cele mai multe cabinete de medicină de familie relativ la 1000 de locuitori a fost Iași (0.75, echivalent cu 1333 locuitori/CMF), urmat de Caraș-Severin și Arad (ambele cu 0.71, echivalent cu 1408 locuitori/CMF). Ilfov, Călărași și Botoșani au avut cele mai puține CMF relativ la numărul populației, cu o medie de peste 2500 de locuitori/CMF.

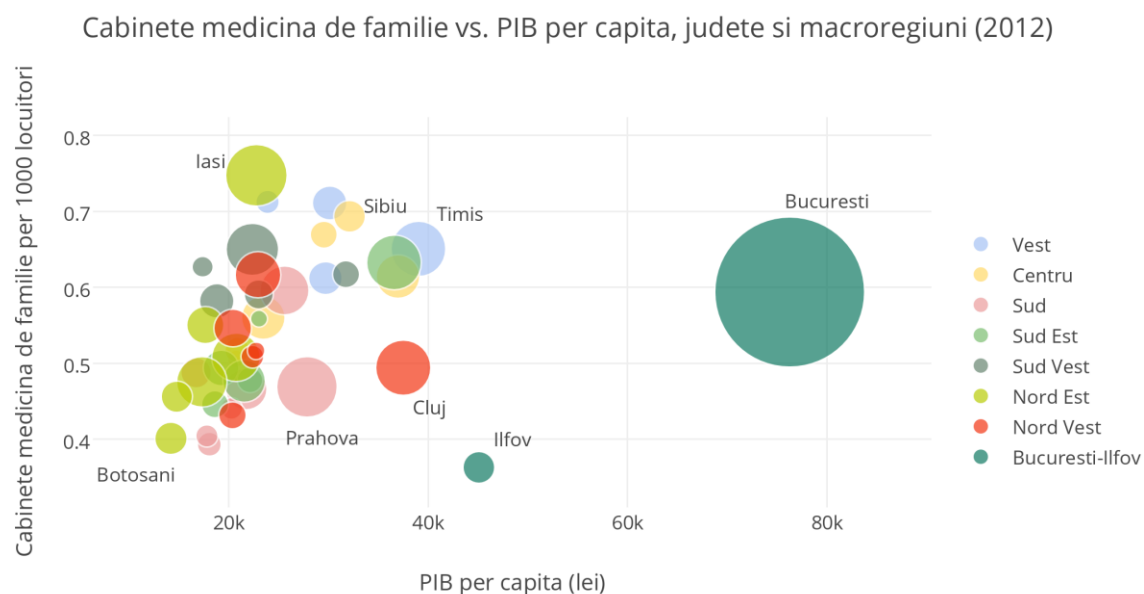


Figura 6. Distribuția județeană a cabinetelor de medicină de familie în relație cu PIB per capita

Densitatea cabinetelor de medicină de familie se arată, de asemenea, proporțională cu PIB-ul județean per capita (Figura 6). Ca și în cazul paturilor de spital, județele macroregiunii Vest (Timiș, Arad, Hunedoara și Caras-Severin) au beneficiat de o acoperire superioară față de județele macroregiunii Nord-Est (Iași, Botoșani, Vaslui, Neamț, Suceava și Bacău). Cea mai mare inegalitate între județe se regăsea la nivelul macroregiunii Nord-Est, unde județul Botoșani a înregistrat a treia cea mai scăzută densitate CMF din țară, în timp ce județul Iași a înregistrat cea mai ridicată densitate dintre toate județele. Observația deviantă de la relația CMF – PIB este Municipiul București, cu o concentrație de unități apropiată de media națională.

Farmacii

Mun. București a avut în 2012 cea mai ridicată densitate a farmaciilor (0.57 la 1000 de locuitori, echivalent cu 1754 locuitori la o farmacie), urmat de Bihor și Iași, ambele cu până la 2000 locuitori revenind unei farmacii (Figura 7). Județele Călărași, Vrancea și Ilfov au avut cea mai scăzută densitate a farmaciilor, înregistrând aproximativ 5000 de locuitori la o farmacie.

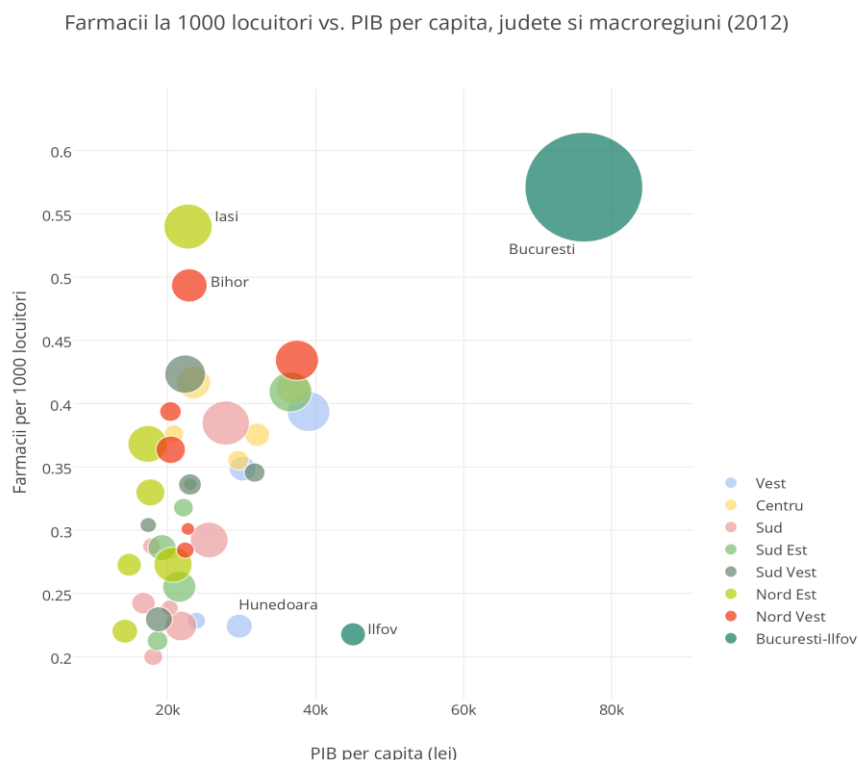


Figura 7. Distribuția județeană a farmaciilor în relație cu PIB per capita

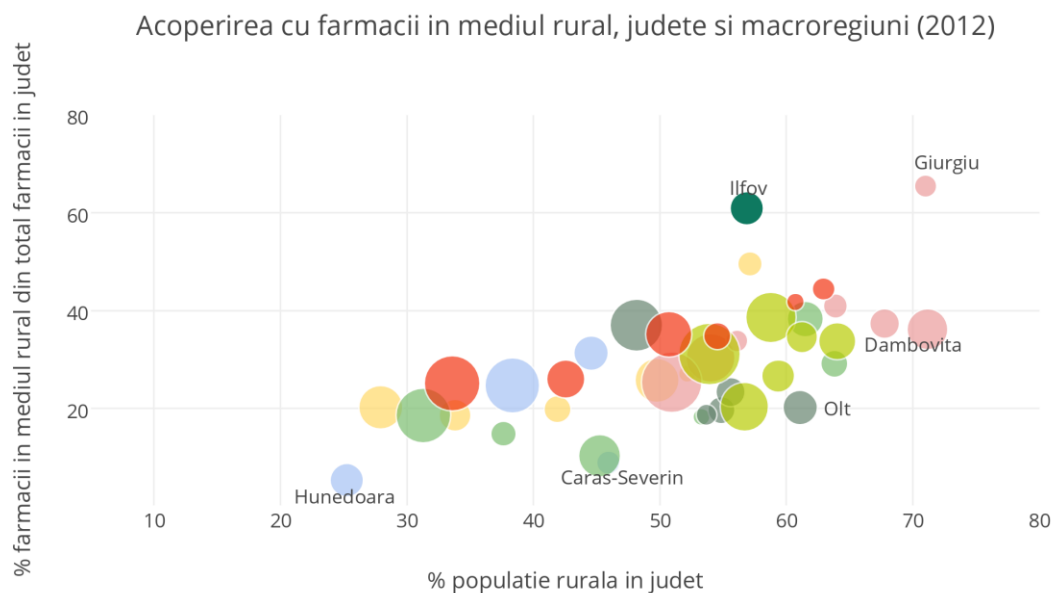


Figura 6. Proporția farmaciilor dn mediul rural comparativ cu ponderea populației rurale din județ

Distribuția intra-județeană a farmaciilor în raport cu mediul de rezidență al populației urban-rural (Figura 8) arata ca în majoritatea județelor proportia farmaciilor aflate în mediul rural este inferioară ponderii populației rurale. De exemplu, în județul Olt aproximativ 20% dintre toate farmaciile din județ se gasesc în mediul rural, acolo unde traieste mai mult de 60% din

populația județului, ceea ce înseamnă că 80% dintre farmacii deservește 40% din populație, și anume populația urbană a județului. Similar, în Dâmbovița peste 70% din populația județului are reședința în mediul rural, fiind deservită de mai puțin de 40% din totalul farmaciilor. Pe de altă parte, Ilfov și Giurgiu sunt județele care se apropiau de paritate sub acest aspect.

Alte unități sanitare

Cele mai multe **laboratoare medicale** la 1000 de locuitori au fost raportate în județele Cluj (0.29), București (0.28) și Iași (0.28). Sălaj și Botoșani au raportat cele mai mici densități ale laboratoarelor medicale (0.07). Doar două județe, Ilfov (33%) și Giurgiu (32%) aveau mai mult de 20% dintre laboratoarele medicale în mediul rural. În 32 județe mai puțin de 10% dintre laboratoarele medicale erau localizate în mediul rural.

Cluj (34) și București (17) au înregistrat cele mai multe **ambulatorii de specialitate**, celelalte județe raportând mai puțin de 10 unități. Cluj și Buzău au fost în 2012 singurele județe cu ambulatorii de specialitate în mediul rural, cu 3 unități și, respectiv, 1 unitate.

Cele mai multe **ambulatorii integrate spitalelor** au fost raportate în Mun. București (41), Cluj (17) și Argeș (15). Printre județele cu mai puțin de 5 ambulatorii integrate se numărau Giurgiu (2), Tulcea (2), Mehedinți (3), Neamț (3) și Vaslui (3).

2.4. Distribuția personalului medical la nivel județean

Medici

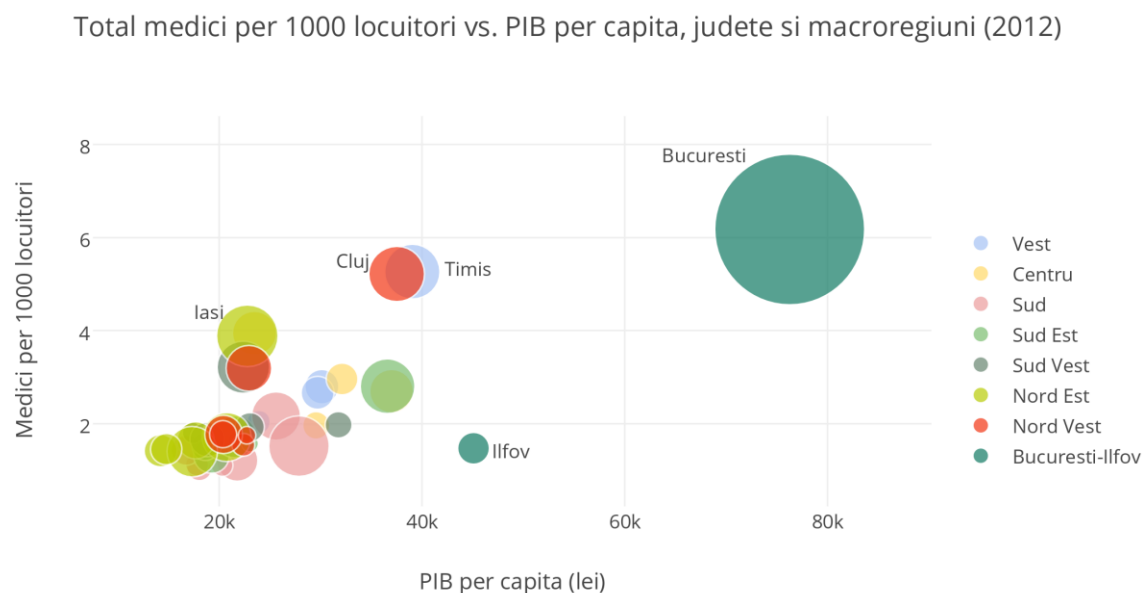


Figura 9. Medici per capita în relație cu PIB per capita

În Mun. București se găseau cei mai mulți medici relativ la 1000 de locuitori (6.17), urmat îndeaproape de județele Timiș (5.26) și Cluj (5.21) (Figura 9). Comparativ, cei mai puțini medici per capita se găseau în județele Giurgiu (1.12 la 1000 de locuitori), Ialomița (1.1) și Călărași (1.03).

Giurgiu (38%), Ilfov (37%), Dâmbovița (30%) și Buzău (28%) au fost județele cu cea mai mare pondere a medicilor în mediul rural din totalul medicilor din județ. La polul opus, doar 4% dintre medicii din județul Cluj și 7% dintre medicii din județele Timiș, Brașov și Iași activau în mediul rural.

Medici de familie

Mun. București, Dolj și Arad au raportat cei mai mulți medici de familie la 1000 de locuitori (puțin peste 1). Prin contrast, două județe – Ilfov și Călărași – au avut în medie peste 2500 de locuitori la un medic de familie (Figura 10).

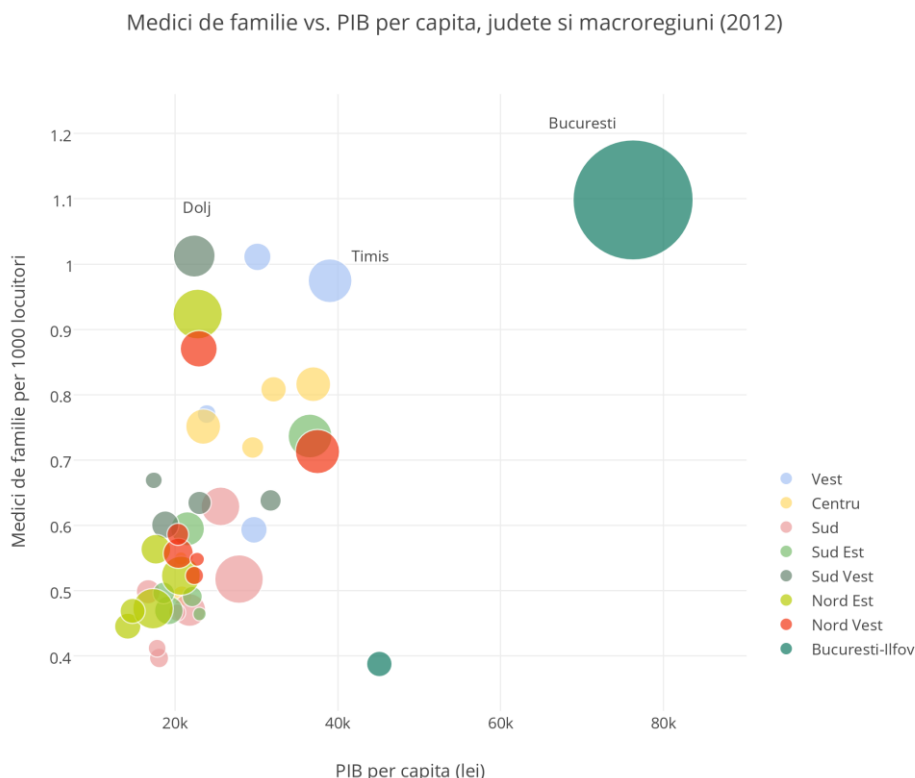


Figura 10. Medici de familie în relație cu PIB per capita

Cele mai mari proporții de medici de familie în mediul rural au fost înregistrate în județele Dâmbovița (67%) și Giurgiu (67%). În județele Brașov, Neamț și Constanța mai puțin de 20% dintre medicii de familie activau în mediul rural.

Personal sanitar mediu

Mun. București, Iași și Timiș au raportat cele mai ridicate densități ale **personalului sanitar cu studii medii** la 1000 de locuitori (8.16, 7.42 și 6.88). Județele Ilfov (2.00), Giurgiu (3.39) și Călărași (3.54) erau cel mai slab deservite sub acest aspect (Figura 11). Patru județe aveau în 2012 mai mult de 20% din totalul personalului sanitar cu studii medii activând în mediul rural: Ilfov (37%), Giurgiu (36%), Dâmbovița (22%) și Buzău (22%). În total 18 județe aveau mai puțin de 10% din totalul asistentilor medicali cu studii medii în mediul rural.

Mun. București și județul Cluj concentrau cel mai mare număr de **asistenți medicali cu studii superioare** (1758 și, respectiv, 1508). Prin comparație, în Caras-Severin, Harghita și Vâlcea erau înregistrați mai puțin de 10 astfel de cadre. În 35 de județe mai mult de 90% dintre asistentii medicali cu studii superioare lucrează în mediul urban. Excepțiile (cu mai mult de 10% asistenți medicali cu studii superioare în rural) au fost Gorj, Giurgiu, Mureș, Neamț, Prahova, Ilfov și Vâlcea.

Personal sanitar mediu per 1000 locuitori vs. PIB per capita, judete si macroregiuni (2012)

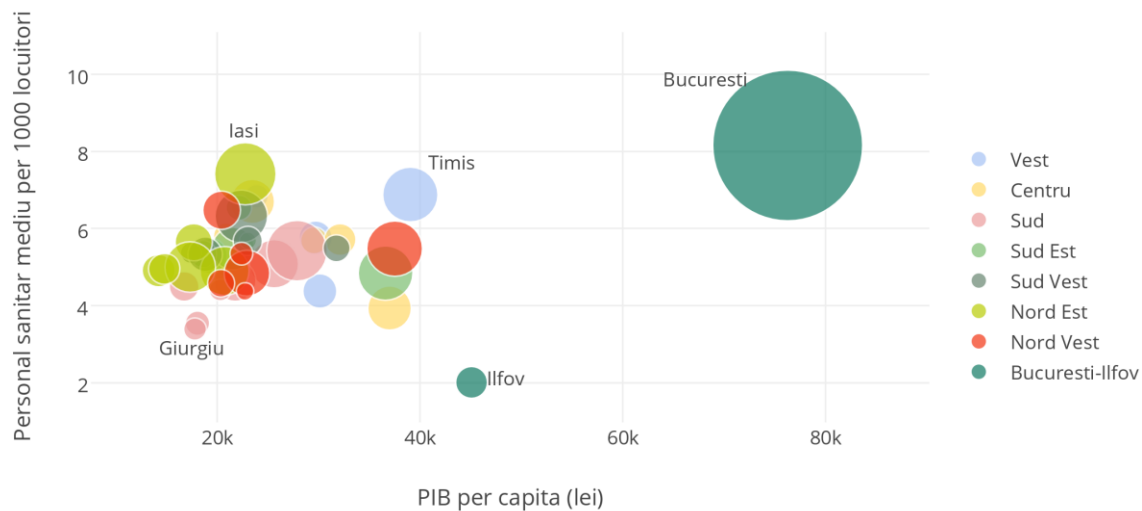


Figura 11. Personal sanitar mediu în relație cu PIB per capita

Numărul mediu de medici, medici de familie și personal sanitar mediu per 1000 de locuitori este net inferior în mediul rural comparativ cu mediul urban (Figura 12). De exemplu, în județul Brașov se înregistrează 3.5 medici/1000 loc în mediul urban față de 0.5 medici/1000 loc în mediul rural. Discrepanța este mai pronunțată în județele cu centre universitare medicale.

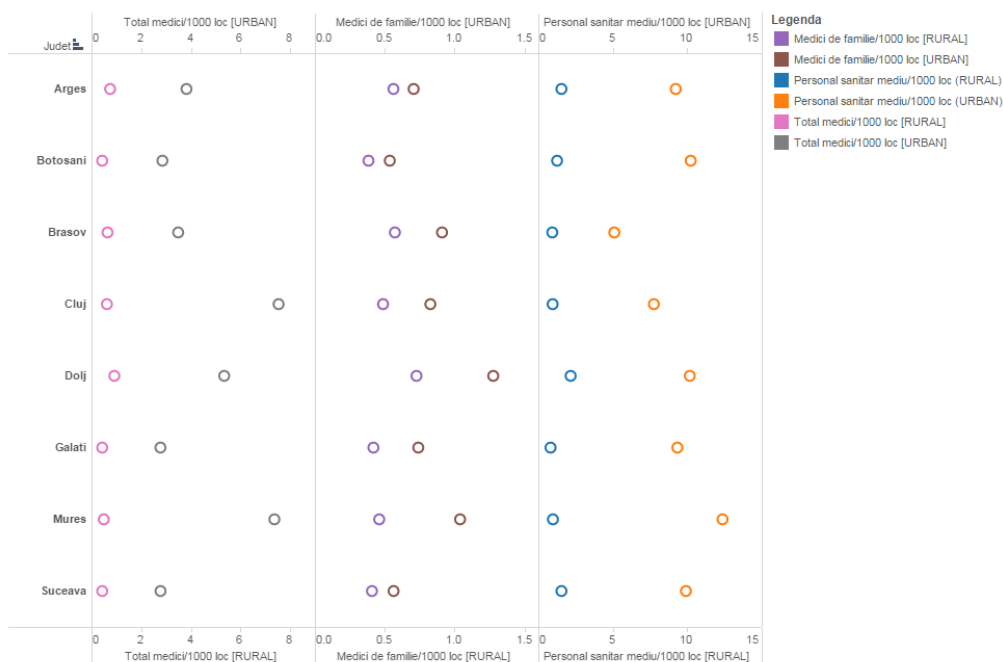


Figura 12. Distribuția urban-rural a personalului medical/1000 loc, comparativ în 8 județe

2.5. Distribuția paturilor de spital la nivel județean după specialitate clinică

Secțiile de Chirurgie, Boli interne și Psihiatrie sunt printre cele care cumulează cea mai mare parte a paturilor de spital în majoritatea județelor (Tabelul 1). La polul opus, Bolile profesionale, Gerontologia, Hematologia și Bolile cronice au cel mai redus număr de paturi în cele mai multe județe. Numai în Mun. București toate tipurile de secții au cel puțin un pat pentru toate specialitățile clinice – în toate celelalte județe una sau mai multe tipuri de specialități nu au niciun pat alocat.

Tabelul 1. Secțiile cu cel mai ridicat (scăzut) număr total de paturi de spital, comparativ în 4 județe

Secție (număr total de paturi)			
Mun. București	Iași	Tulcea	Sălaj
Chirurgie (2888)	Psihiatrie (1195)	Interne (122)	Interne (165)
Interne (1484)	Chirurgie (670)	Psihiatrie (96)	Recuperare medicină fizică și balneologie (150)
Psihiatrie (1391)	Recuperare medicină fizică și balneologie (514)	Chirurgie (94)	Pneumologie (110)
Ob-Gin (1344)	Pneumologie (379)	Ob-Gin (66)	Chirurgie (105)
ATI (1151)	Pediatrie (363)	Pediatrie (54)	Pediatrie (100)
...	...	...	...
Recuperare neuro-psiho-motorie (105)	Endocrinologie (45)	Recuperare neuro-psiho-motorie (0)	Alte secții (0)
Medicina generală (48)	Boli profesionale (20)	Endocrinologie (0)	Medicina generală (0)
Alte secții (30)	Alte secții (0)	Hematologie (0)	Gerontologie (0)
Boli profesionale (25)	Medicina generală (0)	Gastroenterologie (0)	Boli profesionale (0)
Cronici (4)	Recuperare neuro-psiho-motorie (0)	Reumatologie (0)	Neurochirurgie (0)

Județele cu centre universitare – Cluj, Iași, Mureș, Timiș și Mun. București – au și printre cele mai mari densități de paturi pentru majoritatea specialităților clinice (Tabelul 2). Există și excepții: de exemplu, Caras-Severin a raportat cel mai mare număr de paturi în secții de Boli interne per 1000 locuitori din țară (1.25), în timp ce Gorj și Hunedoara au raportat cea mai ridicată densitate de paturi în secții de Pediatrie (0.55 la 1000 de locuitori).

Tabelul 2. Județele cu cel mai ridicat (scăzut) număr total de paturi de spital per 1000 de locuitori, comparativ pentru 4 secții

Județ (paturi la nivel de secție per 1000 locuitori)			
Chirurgie	Interne	Obstetrica-ginecologie	Pediatrie
Mun. București (1.54)	Caras-Severin (1.25)	Mun. București (0.71)	Timiș (0.57)
Cluj (1.19)	Hunedoara (0.90)	Covasna (0.66)	Gorj (0.55)
Timiș (1.00)	Gorj (0.84)	Iași (0.60)	Hunedoara (0.55)
Mureș (0.92)	Prahova (0.80)	Harghita (0.58)	Harghita (0.53)
Iași (0.87)	Cluj (0.80)	Alba (0.58)	Covasna (0.53)
...	...	...	...
Neamț (0.43)	Olt (0.44)	Argeș (0.28)	Vrancea (0.30)
Giurgiu (0.38)	Ialomița (0.40)	Călărași (0.27)	Dâmbovița (0.28)
Botoșani (0.38)	Ilfov (0.38)	Dâmbovița (0.25)	Tulcea (0.26)
Dâmbovița (0.37)	Neamț (0.36)	Ilfov (0.23)	Giurgiu (0.24)
Ilfov (0.10)	Giurgiu (0.33)	Giurgiu (0.20)	Ilfov (0.03)

Mai multe județe nu au raportat niciun pat în secții de Boli cronice (Figura 13). Mun. București, Mureș și Hunedoara aveau cele mai multe paturi de Cardiologie la 100 de locuitori, de peste 5 ori mai mult decât Ialomița (Figura 14). Mun. București avea detașat cea mai ridicată densitate de paturi de chirurgie din țară (Figura 15), dar nu și de boli interne, fiind devansat de Hunedoara, Gorj, Cluj și Prahova (Figura 16).

Paturi de spital pentru boli cronice vs. PIB per capita, județe și macroregiuni (2012)

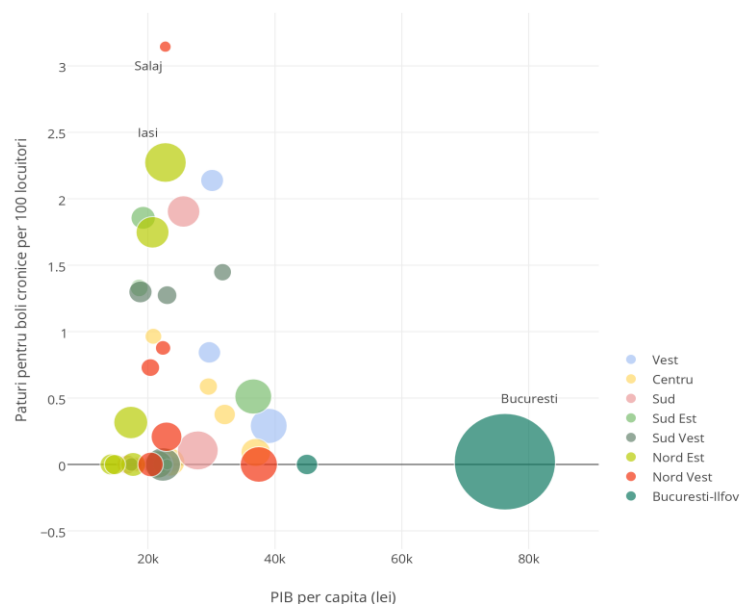


Figura 13. Distribuția paturilor de spital în secții de boli cronice în relație cu PIB per capita

Paturi de spital pentru cardiologie vs. PIB per capita, județe și macroregiuni (2012)

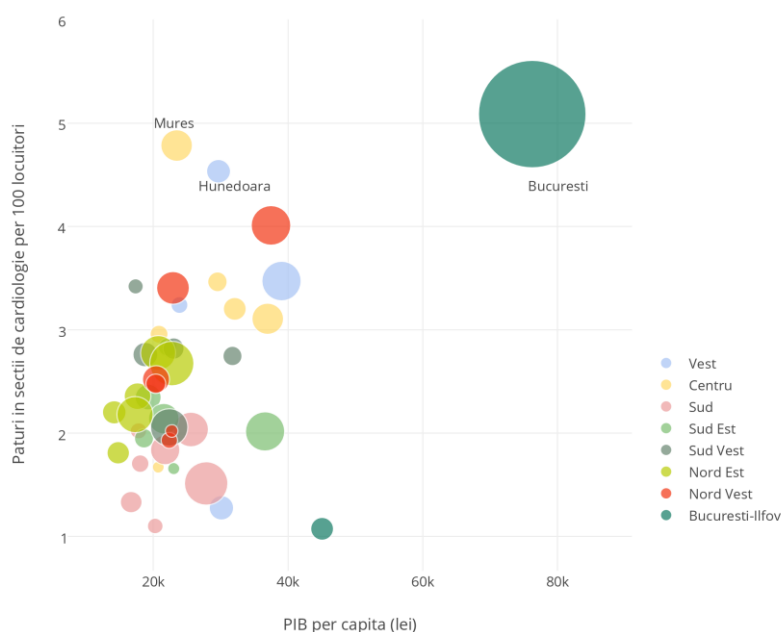


Figura 14. Distribuția paturilor de spital în secții de cardiologie în relație cu PIB per capita

Paturi de spital pentru chirurgie vs. PIB per capita, judete si macroregiuni (2012)

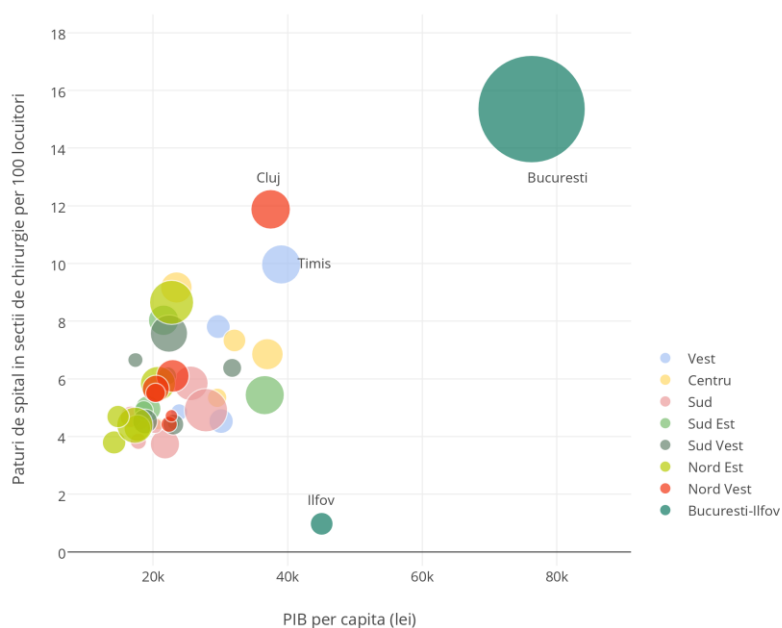


Figura 15. Distribuția paturilor de spital în secții de cardiologie în relație cu PIB per capita

Paturi de spital pentru boli interne vs. PIB per capita, judete si macroregiuni (2012)

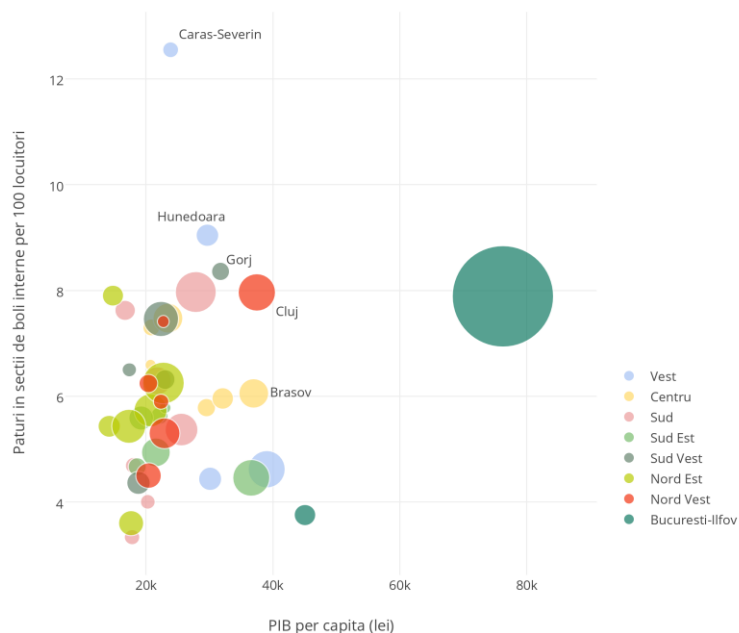


Figura 16. Distribuția paturilor de spital în secții de boli interne în relație cu PIB per capita

Comentariu

Există discrepanțe mari între județe privind distribuția resurselor din sistemul de sănătate

Distribuția capacității sistemului de sănătate, măsurată în paturi de spital și unități sanitare în raport cu populația deservită, este profund inegală la nivel inter-județean. Factorul de multiplicare dintre cea mai scăzută și cea mai ridicată densitate de resurse este în mod consistent de ordinul 2-4. De exemplu, Mun. București are de aproape 4 ori mai multe paturi de spital pe cap de locuitor decât Ialomița, Giurgiu și Brăila. Similar, în județul Iași sunt de peste 2 ori mai multe cabinete de medicină de familie și farmacii pe cap de locuitor decât în Călărași, județul cel mai slab deservit din țară din aceste puncte de vedere.

Distribuția inter-județeană a personalului medical arată discrepanțe similare. De exemplu, în județul Neamț sunt de peste 3.5 ori mai mulți medici de familie pe cap de locuitor decât în Giurgiu sau Călărași. În județul Brașov volumul personalului sanitar mediu relativ la populație a fost de aproape 2 ori mai mic decât în județul Timiș.

Este de așteptat ca centrele regionale universitare precum Mun. București, Timiș, Mureș, Cluj și Iași să concentreze o mare parte din infrastructură și ca județe aflate în imediata vecinătate a unui astfel de centru – precum Ilfov, Giurgiu și Ialomița – să aibă capacitate redusă pentru îngrijiri de specialitate. Cu toate acestea, județe precum Călărași, Brăila, Giurgiu și Botoșani sunt subdeservite în mod flagrant, cu precădere cu personal medical esențial precum medici de familie și asistenți medicali.

Accesul la servicii de sănătate în mediul rural este net inferior față de mediul urban

Mediul urban concentrează net cea mai mare parte a unităților sanitare, în special a celor care oferă îngrijiri specializate – spitale și ambulatorii de specialitate. Proporția cabinetelor de medicină de familie din mediul rural corespunde realității demografice intra-județene, însă nu același lucru se poate spune despre farmacii: cea mai mare parte a farmaciilor se concentrează în mediul urban, ajungându-se la cazuri extreme precum cel al județului Olt, unde 80% dintre farmaciile județului deservește 40% din populație (în mediul urban).

Similar, în toate județele densitatea personalului medical în mediul urban este net superioară celei din mediul rural. Dacă pentru medici de familie sunt și județe (precum Argeș sau Suceava) unde numărul acestora raportat la populație este comparabil între rural și urban, discrepanțele privind acoperirea cu medici specialiști și personal sanitar mediu sunt mult mai ample în defavoarea ruralului de până la 8-10 ori.

Datele privind calitatea actului medical în spitalele publice sunt insuficiente

Datele disponibile permit doar o privire limitată asupra calității actului medical. În primul rând, datele privind rata medie de ocupare la nivel de spital arată că zece spitale au raportat

rate de ocupare medii la nivel de spital de peste 100%, denotând supraaglomerare cronică. Pe de altă parte, 15 spitale (excluzând spitalele de psihiatrie) au raportat rate de ocupare mai mici de 55%. Aceste extreme sugerează că și capacitatea existentă a spitalelor poate fi profund optimizată. Deși o rată de ocupare ideală este dificil de indicat⁷, literatura internațională recentă sugerează că începând cu o rată de ocupare medie de peste 85% riscul transmiterii infecțiilor spitalicești crește substanțial⁸. Un total de 26 de spitale au raportat rate medii de ocupare de peste 85%, expunându-și, astfel, pacienții acestui risc.

În al doilea rând, rata mortalității și durata medie a spitalizării la nivel de secție și la nivelul întregului spital ofera o indicație asupra calității și eficienței îngrijirii, însă numai una incompletă și care se cere privită cu extremă atenție deoarece indicatorii maschează influența unor factori precum complexitatea clinică a cazurilor. Este de așteptat, de exemplu, ca spitalele universitare să primească și cazurile cele mai complexe, care vor necesita îngrijiri mai intense. Cu toate acestea, datele sugerează diferențe importante între spitalele de aceeași categorie în ceea ce privește ratele raportate ale mortalității. Aceste diferențe se cer investigate printr-o analiză mai detaliată pentru a stabili cauzele pentru care survin.

Datele raportate conțin paradoxuri, sunt incomplete și dificil de comparat

Modul în care datele au fost raportate ridică semne de întrebare asupra validității și comparabilității acestora sub câteva aspecte:

- Definițiile indicatorilor: este neclar în ce măsură instituțiile publice ale căror date au fost utilizate în *Hospistat* folosesc aceleași Definiții, nomenclaturi și metodologii de raportare. De exemplu, este neclar ce se înțelege exact prin „paturi de spital”, care se poate referi, de exemplu, la paturi fizice existente pe secție, paturi aprobate sau paturi contractate cu Casa Județeană de Asigurări de Sănătate (întotdeauna inferior totalului de paturi fizice). Este, de asemenea, neclar dacă metodologiile de raportare a numărului de paturi de spital în sectorul public și în cel privat sunt comparabile. Din acest punct de vedere, metodologiile de raportare sunt incomplet descrise pentru a stabili comparabilitatea datelor. Nomenclatura secțiilor de spital din raportul Ministerului Sănătății nu corespunde celei utilizate de către Institutul Național de Statistică.
- Consistența raportării: conform datelor Ministerului Sănătății, zece spitale au prezentat rate medii de ocupare de peste 100%, Spitalul Municipal Calafat raportând cea mai ridicată rată de ocupare la nivel de spital din țară – 200%. Concret, acest indicator s-ar traduce în faptul că în fiecare zi a anului 2012 numărul pacienților internați a fost de două ori mai mare decât totalul paturilor spitalului – puțin plauzibil,

⁷ Gorunescu F, McClean SI, Millard PH (2002) A queueing model for bed-occupancy management and planning of hospitals. *Journal of the Operational Research Society*, 53: 19-24.

⁸ Jones R (2011) Hospital bed occupancy demystified. *British Journal of Healthcare Management* 17(6): 242-248.

ceea ce sugerează fie o raportare defectuoasă, fie realități administrative obscure, fie ambele.

- Integralitatea raportării: raportarea Ministerului Sănătății privind activitatea la nivel de secție ofera o serie de rezultate dificil de interpretat. De exemplu, numai 8 spitale din țară au raportat date privind rata mortalității în secții de terapie intensivă. Este puțin plauzibil ca în toate celelalte secții A.T.I. din țară să nu fi fost înregistrat niciun deces. Un alt exemplu privește secțiile de boli infecțioase, unde 6 spitale au raportat rata de ocupare (%) la nivel de secție, însă nu au raportat și durata medie a spitalizării.

Concluzii și recomandări

1. Distribuția unităților sanitare și a personalului medical din sistemul public de sănătate din România este profund inegală la nivel inter-județean. Cel mai bine deservite județe (Mun. București, Timiș, Iași) au densități ale unităților sanitare și personalului medical de 2-4 ori mai mari față de județele cu acoperirea cea mai scăzută (Giurgiu, Ilfov, Ialomița și Călărași).

2. Accesul la servicii de sănătate este net inferior pentru populația din mediul rural comparativ cu cea din mediul urban. În primul rând, accesul fizic redus este reflectat prin disponibilitatea personalului medical și a unităților sanitare relativ la dimensiunea populației. În al doilea rând, concentrarea netă a facilităților pentru îngrijiri de specialitate în mediul urban presupune costuri economice la nivel individual pentru un pacient din mediul rural pentru accesarea acestora, precum transport și costul de oportunitate al timpului petrecut pe drum.

Recomandare: Implementarea cât mai rapidă a strategiei deja existente privind accesul la servicii de medicină primară în mediul rural.

3. Accesul la servicii de sănătate este inechitabil la nivel inter-județean. Resursele necesare îngrijirilor de specialitate sunt concentrate în centre regionale de excelență, o realitate compatibilă cu obiectivele de politică publică la nivel de sistem. Pe de altă parte, diferențe de aceeași magnitudine între județe se constată și la nivelul disponibilității resurselor pentru îngrijiri primare și de comunitate, reflectată în distribuția cabinetelor de medicină de familie, farmaciilor, medicilor de familie și a personalului sanitar mediu.

Recomandare: Încorporarea în cadrul de monitorizare și evaluare a implementării Strategiei Naționale de Sănătate 2014-2020 a unor indicatori cantitativi clari care să asigure planificarea rațională a resurselor sistemului de sănătate în relație directă cu nevoia demonstrabilă pentru servicii medicale.

4. Datele raportate de instituțiile publice conțin paradoxuri și sunt incomplete. Nu există nicio indicație că se folosesc aceleași definiții pentru indicatorii raportați. Metodologiile de raportare sunt insuficient de clare astfel încât să permită evaluarea comparabilității și validității datelor prezentate. În aceste condiții, datele pot fi folosite în prezent doar pentru a surprinde tendințe de ansamblu și nu permit investigarea cauzelor pentru dezechilibrele identificate.

Recomandări:

- Declanșarea dialogului inter-instituțional (Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Școala Națională de Sănătate Publică, Institutul Național de Statistică și alte organisme cu atribuții în sectorul sanitar) pentru formularea și

adoptarea unui format comun de raportare a informațiilor privind capacitatea și activitatea sistemului de sănătate din România.

- Publicarea de către toate instituțiile relevante a datelor de activitate a unităților sanitare împreună cu metodologiile de colectare și prelucrare pentru a permite stabilirea validității și comparabilității acestora.
- Auditarea periodică a procesului de raportare și prelucrare a datelor și publicarea rezultatelor auditului.

5. Există un vid de informație privind calitatea actului medical în România, ceea ce face imposibilă evaluarea comparativă a performanței unităților sanitare. De exemplu, nu este disponibil un cadru oficial de evaluare a performanței spitalelor și rezultatele chestionarului de evaluare a îngrijirilor adresat pacienților din spitalele publice nu au fost încă făcute publice.

Recomandare: Elaborarea și adoptarea unui cadru legislativ de evaluare periodică a performanței activității tuturor categoriilor de unități sanitare.

Anexa 1. Sursa datelor

Hospitat folosește date disponibile public de Institutul Național de Statistică, data.gov.ro, Ministerul Sănătății (MS) și Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar (SNSPMPDS). Datele din panelurile **Unități sanitare**, **Personal medical** și **Paturi de spital** sunt raportate exclusiv la nivel județean și provin de la Institutul Național de Statistică. Datele din panelurile **Categorii majore de diagnostic** și **Secții de spital** sunt raportate la nivel de spital și provin de la SNSPMPDS și, respectiv, MS.

Datele privind **Tipul spitalului** și **Clasificarea spitalului** provind de la data.gov.ro și au fost legate manual de celelalte surse pe bază denumirii complete a spitalului. Coordonatele de latitudine și longitudine au fost extrase manual pentru fiecare spital și legate manual de celelalte surse.

Institutul Național de Statistică

Datele raportate de către Institutul Național de Statistică¹ se referă la tipul unităților sanitare (spitale, ambulatorii, cabinete de medicină de familie, farmacii și laboratoare medicale), categoriile de personal medical (medici, medici de familie, asistenți medicali) și numărul de paturi la nivel de secție. Definițiile indicatorilor se regăsesc în Anexa 2.

Data.gov.ro

Indicatorii **Tip spital** și **Clasificare spital**, incluși în panelurile **Categorii majore de diagnostic** și **Secții de spital**, sunt informați de datele raportate în documentul „Lista spitalelor publice după categorie”, publicat de către data.gov.ro⁹.

Clasificarea spitalului se face pe 5 categorii în funcție de competența conform Ordinului Ministrului Sănătății nr.1408/2010 și a Ordinului Ministrului Sănătății nr.323/2011: categoria I (nivel de competență foarte înalt), categoria I M; categoria II (nivel de competență înalt); categoria II M; categoria III (nivel de competență mediu); categoria IV (nivel de competență bazal); și categoria V (nivel de competență limitat). Conform art. 5 din OMS 323/2011, spitalele pot fi clasificate provizoriu într-o categorie dacă îndeplinesc parțial criteriile minime obligatorii pentru categoria solicitată, cu condiția prezentării de către unitatea solicitantă a unui plan de conformare cu responsabilități și termene de implementare precise.

Indicatorul **Tip spital** folosește informația din câmpul „Categorie spital” al sursei citate⁴. În plus, am adăugat categoria „spital penitenciar” pentru spitalele de acest tip care nu erau incluse în sursa citată.

⁹Data.gov.ro (2013) Lista spitalelor publice după categorie. Disponibil la adresa <http://data.gov.ro/storage/f/2013-11-01T12%3A29%3A03.621Z/lista-spitalelor-publice-dupa-categorie.xls>, accesat 10 octombrie 2014

Ministerul Sănătății

Datele raportate de către Ministerul Sănătății³, prezentate în panelul **Secții de spital**, se refera la indicatorii **Total paturi**, **Rata de ocupare**, **Rata mortalității** și **Durata medie a spitalizării**. Indicatorii se calculează conform Ordinului Ministrului Sănătății nr. 1490/2008 privind aprobarea Metodologiei de calcul al indicatorilor de performanță ai managementului spitalului.

- Durata medie de spitalizare pe spital = $(om - zile\ spitalizare) / (bolnavi\ a\ la\ inceputul\ perioadei + bolnavi\ intrati\ în\ cursul\ perioadei)$
- Durata medie de spitalizare pe secție = $(om - zile\ spitalizare) / (bolnavi\ a\ la\ inceputul\ perioadei + bolnavi\ intrati\ în\ cursul\ perioadei + bolnavi\ transferati\ în\ cursul\ perioadei\ din\ alte\ secții)$
- Rata de ocupare (%) reprezintă proporția medie dintr-un an calendaristic în care paturile de la nivelul secției sau al spitalului sunt ocupate și se calculează conform formulei:

$$Rata\ de\ ocupare\ (\%) = \frac{om - zile\ spitalizare \times 100}{numărul\ mediu\ de\ paturi \times 365\ zile}$$

- Rata mortalității intraspitalicești = $\frac{decese\ în\ spital \times 100}{bolnavi\ iesiti}$,

unde „decese în spital” se refera la toți decedații în spital, indiferent de timpul scurs de la internare și până la deces. Întrucât denumirile secțiilor prezentate în publicația Ministerului Sănătății³ nu corespund complet nomenclurii folosite de Institutul Național de Statistică, cele 175 denumiri unice ale secțiilor au fost re-organizate în 75 denumiri generice pentru a facilita filtrarea datelor în panelul **Secții de spital**.

Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar (SNSPMPDS)

Datele raportate de către SNSPMPDS, prezentate în panelul **Categorii Majore de Diagnostic**, se refera la gruparea cazurilor clinice în Categoriile Majore de Diagnostic (CMD) și la durata de spitalizare. CMD reprezintă categorii de diagnostice rezultate din clasificarea pe bază aparatelor și sistemelor anatomice. Alocarea unui CMD reprezintă prima etapă a clasificării în Grupuri Înrudite de Diagnostic (DRG) a episoadelor de îngrijiri primite de pacienții admiși în spitale¹⁰. Durata de spitalizare cuprinde numărul de zile de spitalizare ale unui caz rezolvat, între momentul internării și cel al externării din spital.

¹⁰ SNSPMPDS (2011) Grupuri Înrudite de Diagnostic – clasificarea RO DRG v.1. Manual de Definiții – Volumul 1. Disponibil la adresa <http://www.drg.ro/DocDRG/download.php?fi=15>, accesat 10 octombrie 2014

Anexa 2. Glosar

Definițiile Institutului Național de Statistică pentru indicatorii cheie folosiți în *Hospitat*:

Ambulatoriu de specialitate - Unitatea sanitară, cu și fără personalitate juridică, care acordă asistență medicală de specialitate pacienților în ambulatoriu. Aceasta asigură servicii de asistență medicală preventivă, curativă, de recuperare și de urgență. În acest tip de unitate se desfășoară și activități de învățământ medical.

Ambulatoriu integrat spitalului - Structura sanitară organizată în cadrul unităților sanitare cu paturi, prin care se asigură asistența medicală ambulatorie și care are în structură cabinete medicale de specialitate care au corespondent în specialitățile secțiilor și compartimentelor cu paturi, precum și cabinete medicale în alte specialități, după caz, pentru a asigura o asistență medicală complexă. Ambulatoriul integrat al spitalului face parte din structura spitalului, activitatea medicilor se desfășoară în sistem integrat și utilizează în comun platoul tehnic, cu respectarea legislației în vigoare de prevenire a infecțiilor nosocomiale, în vederea creșterii accesibilității pacienților la servicii medicale diverse și complete. Serviciile medicale ambulatorii vor fi înregistrate și raportate distinct. Ambulatoriul integrat al spitalului se organizează în aceeași clădire cu spitalul, de regulă la parterul unității, sau într-o altă clădire aparținând unității sanitare, cu respectarea circuitelor organizatorice și funcționale în condițiile legii.

Cabinet medical de familie - Unitatea medicală care furnizează servicii medicale de asistență medicală primară către pacienții asigurați prin sistemul asigurărilor sociale de sănătate, înscriși pe lista proprie sau pe listele altor cabinete medicale de familie și pentru pacienții neasigurați. Cabinetele medicale de familie au ca reprezentant legal/titular, un medic de familie.

Farmacia - Farmacia asigură asistența farmaceutică a populației prin următoarele activități: eliberarea medicamentelor pe bază de prescripție medicală sau fără prescripție medicală; prepararea medicamentelor magistrale și oficinale sau a altor produse de sănătate; vânzarea de produse cosmetice, produse parafarmaceutice, dispozitive și aparatură medicală de uz individual și consumabile pentru acestea, suplimente alimentare și alimente cu destinație specială, produse homeopate, alte produse destinate utilizării în unele stări patologice.

Laborator medical - Unitate sanitară destinată testelor de sănătate (analizelor, investigațiilor, recoltarea de produse patologice, preparatelor și examenelor medicale) și care poate funcționa independent sau în cadrul altor unități medicale.

Medici - Medicii studiază, diagnostichează, tratează și previn bolile, infecțiile, leziunile și alte deficiențe fizice și mentale la om, prin aplicarea principiilor și procedurilor medicinei moderne. Aceștia planifică, supraveghează și evaluează implementarea planurilor de îngrijire și tratament de către alți furnizori de servicii de sănătate, coordonează educația medicală și activitățile de cercetare (conform Clasificării Ocupațiilor din România - COR). În conformitate cu Legea nr. 95/2006, profesia de medic are ca principal scop asigurarea stării de sănătate prin prevenirea îmbolnăvirilor, promovarea, menținerea și recuperarea sănătății individului și a colectivității. Profesia de medic se

exercită, pe teritoriul României, de către persoanele fizice posesoare ale unui titlu oficial de calificare în medicină, care sunt membre ale Colegiului Medicilor din România. Monitorizarea și controlul exercitării profesiei de medic se realizează de către Colegiul Medicilor din România și Ministerul Sănătății Publice.

Medici de familie - Medicii de familie diagnostichează, tratează și previn bolile, infecțiile, leziunile și alte deficiențe fizice și mentale la om, prin aplicarea principiilor și procedurilor medicinei moderne. Aceștia nu își limitează activitatea la anumite categorii de boli sau metode de tratament și pot să își asume responsabilitatea pentru furnizarea corespunzătoare și continuă a îngrijirii medicale persoanelor, familiilor și comunităților (conform Clasificării Ocupațiilor din România - COR). În conformitate cu Legea nr. 95/2006, medicul de familie este furnizorul de îngrijiri de sănătate care coordonează și integrează serviciile medicale furnizate pacienților de către el însuși sau de către alți furnizori de servicii de sănătate

Asistenții medicali cu studii superioare includ: asistent medical și moașă cu studii superioare de lungă și scurtă durată, tehnician de radiologie și imagistică, asistent medical de laborator clinic, asistent în balneofiziokinetoterapie și recuperare, asistent medical dentar, tehnician dentar, tehnician de farmacie, tehnician de audiologie și protezare auditivă, asistent medical de profilaxie dentară.

Paturi de spital - Paturile pentru care există decizii de funcționare, utilizate pentru a spitaliza pacienți în scopul precizării diagnosticului, aplicării tratamentului sau pentru acordarea serviciilor de maternitate și neonatologie. În numărul paturilor din spitale sunt incluse și paturile pentru nou-născuți din spitale sau secții de obstetrică-ginecologie; nu sunt incluse paturile pentru însoțitori. În numărul paturilor de spital, la specialitatea interne sunt incluse paturile pentru: interne, endocrinologie, boli profesionale, cardiologie, reumatologie, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, gastroenterologie și hematologie; la specialitatea chirurgie sunt incluse paturile pentru: chirurgie generală; chirurgie maxilofacială; chirurgie infantilă; chirurgie plastică și reparatorie; chirurgie cardiovasculară; neurochirurgie; chirurgie toraco-pulmonară; urologie; ortopedie; la specialitatea psihistrie sunt incluse paturile pentru psihiatrie și paturile pentru recuperare neuro-psiho-motorie; la specialitatea pediatrie sunt incluse paturile pentru: pediatrie și distrofici. Nu sunt incluse paturile din unitățile pentru persoane cu handicap.