

REsponsabilitate, Strategie, Prioritizare și Integritate în dezvoltarea Regională, durabilă a sistemului de sănătate din județul Brașov.

RESPIR- BV 2018

COMPETIȚIA UNITBV – Granturi pentru echipe interdisciplinare

ARIA TEMATICĂ: SĂNĂTATE

PRIORITATEA 1: Harta nevoilor populației privind serviciile medicale și de îngrijire a sănătății. Priorități strategice privind dezvoltarea infrastructurii și a resursei umane în domeniul sănătății.



**Universitatea
Transilvania
din Brașov**

Director de proiect

- ❖ **Şef lucr. Dr. med. Andrea Elena Neculau** - Departamentul: Ştiinţe Fundamentale, Clinice şi profilactice
E-mail: andrea.neculau@unitbv.ro

Echipa de proiect:

a. Facultatea de Medicină

- ❖ **Prof. Dr. med. Marius Moga** - Departamentul de Specialităţi Medicale şi Chirurgicale, Facultatea de Medicină Braşov – responsabil WP1, responsabil cu asigurarea calităţii şi cu validarea rezultatelor proiectului
- ❖ **Prof. Dr. med. Liliana Rogoza** - Departamentul de Ştiinţe Fundamentale, Profilactice şi Clinice, Facultatea de Medicină Braşov – responsabil WP3, responsabil cu respectarea eticii cercetării ştiinţifice
- ❖ **Şef lucr. Dr. med. Florin Leaşu** - Departamentul de Ştiinţe Fundamentale, Profilactice şi Clinice, Facultatea de Medicină Braşov – responsabil WP2
- ❖ **Asist. univ. Dr. med. Nicolae Bîgiu** - Departamentul de Specialităţi Medicale şi Chirurgicale, Facultatea de Medicină Braşov – responsabil WP4
- ❖ **Şef lucr. Dr. med. Dana Neculoiu** - Departamentul de Ştiinţe Fundamentale, Profilactice şi Clinice, Facultatea de Medicină Braşov
- ❖ **Şef lucr. Dr. med. Lavinia Buvnariu** - Departamentul de Ştiinţe Fundamentale, Profilactice şi Clinice, Facultatea de Medicină Braşov

b. Facultatea de Ştiinţe Economice şi Administrarea Afacerilor

- ❖ **Prof. Dr. Monica Răileanu Szeles** - Departamentul de Finanţe Contabilitate şi teorie Economică, Facultatea de Ştiinţe Economice şi Administrarea Afacerilor, responsabil cu gestiunea financiară

c. Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei

- ❖ **Şef lucr. Dr. Dana Popa** - Departament de Psihologie, Educaţie şi Pregătirea Personalului Didactic, Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei

d. Facultatea de Sociologie şi Comunicare

- ❖ **Lector univ. Dr. Ioana Atudorei** – Departamentul de Ştiinţe Sociale şi ale Comunicării - Facultatea de Sociologie şi Comunicare

e. Facultatea de Drept

- ❖ **Asist. univ. Dr. Laura Manea** - Departamentul de Drept, Facultatea de Drept



Cuprins

1. Rezumat.....	3
2. Evaluarea nevoilor în procesul de planificare în sănătate	5
2.1. Planificarea strategică	7
2.1.1. Evaluarea nevoilor în sistemele de sănătate.....	7
2.1.2. Metode de identificare a nevoilor de sănătate ale populației	8
2.1.3. Metode de identificare a nevoilor de servicii de sănătate.....	10
2.1.4. Corelația între nevoile de servicii și cele de sănătate	11
2.1.5. Prioritizarea nevoilor.....	12
2.2. Finanțarea serviciilor.....	14
2.3. Monitorizare și evaluare	14
3. Metodologia sintetică de evaluare a nevoilor propusă de proiect	15
4. Rezultatele proiectului RESPIR-BV	17
4.1. Analiza datelor	17
4.1.1. Nevoi de sănătate rezultate din analiza datelor demografice	17
4.1.2. Nevoi de sănătate rezultate din analiza datelor epidemiologice ale populației din județul Brașov	22
4.1.3. Nevoi de sănătate rezultate din analiza datelor privind nevoile resimțite și exprimate ale populației din județul Brașov.....	28
4.1.4. Evaluarea nevoii de servicii medicale.....	31
4.1.5. Prioritizarea problemelor de sănătate	72
4.2. Concluzii și recomandări	74
5. Bibliografie.....	75
6. Anexe.....	76
Anexa 1: Ținte normative folosite în estimarea deficitelor în serviciile de sănătate	76

Anexa 2 : Nevoia de personal medical în ambulatoriile de specialitate din județul Brașov raportată la normativele din planurile regionale.....	77
Anexa 3: Sinteza nevoi de servicii.....	79

1. Rezumat

Proiectul RESPIR-BV 2018 acronim de la REsponsabilitate, Strategie, Prioritizare și Integritate în dezvoltarea Regională, durabilă a sistemului de sănătate din județul Brașov, este un proiect finanțat de către Universitatea Transilvania din Brașov în cadrul competiției de granturi interdisciplinare.

Temele proiectelor au rezultat din nevoile comunității brașovene, așa cum au fost ele identificate de către Consiliul Județean Brașov împreună cu reprezentanți ai comunității academice brașovene și reprezintă în acest sens un model de colaborare aplicată.

Obiectivul proiectului RESPIR-BV este realizarea unei hărți a nevoilor de servicii medicale în județul Brașov.

Analiza de context efectuată la începutul proiectului a relevat faptul că există nevoi de sănătate neacoperite la nivelul județului. Unele dintre acestea sunt în concordanță cu tendințele naționale, altele sunt specifice zonei. Instituțiile locale, au nevoie de informații care să descrie cât mai bine și cât mai complet nevoile medicale ale comunităților. Pentru a putea avea aceste informații este necesară o metodologie de abordare sistematică a nevoilor de sănătate ale pacienților, pentru că acestea sunt cele care determină și nevoia de servicii medicale.

Echipa de proiect a propus o metodologie specifică de evaluare a nevoilor de sănătate care vizează mai multe paliere. Elementul central al acestei metodologii este comunitatea de pacienți.

În acest sens s-au analizat, atât date demografice, date epidemiologice relevante cu privire la stare de sănătate a populației, însă a fost elaborat și un chestionar de evaluare a nevoilor de sănătate care a fost aplicat la nivelul unui eșantion reprezentativ statistic pentru județul nostru, pentru a determina și perspectiva populației.

Un alt nivel explorat în proiect este cel al profesioniștilor din sistemul de sănătate. În acest sens au fost realizate analize de tip focus grup și interviuri semi structurate cu principalii actanți din sistemul de sănătate, la toate nivelurile sale, fiind identificate probleme de acces, responsivitate, capabilitate, eficacitate și eficiență, integrare a principalelor servicii medicale destinate grupurilor vulnerabile.

Pentru a completa tabloul, au fost interogate bazele de date ale instituțiilor care dețin

informații cu privire la utilizarea serviciilor medicale cum ar fi Direcția de Sănătate Publică, Casa de Asigurări de Sănătate și Direcția Județeană de Statistică.

Rezultatele proiectului au arătat ce nevoi de sănătate există și s-a făcut translația acestor nevoi într-un necesar de servicii medicale sau medico-sociale.

S-au identificat categorii diferite de nevoi. Există nevoi care sunt acoperite integral de către serviciile existente însă a căror utilizare nu este corespunzătoare.

Există nevoi de sănătate pentru care nu există serviciile sau specialiștii necesari și care ar trebui analizate din punct de vedere al oportunității de înființare.

Există de asemenea servicii care suferă la nivel de logistică și integrare și este necesară reorganizarea acestora.

Proiectul oferă o metodologie de prioritizare a nevoilor identificate, în așa fel încât la nivelul Consiliului Județean sau al Consiliilor locale să se identifice resursele necesare pentru implementare.

O astfel de abordare a planificării resurselor în sănătate, pornind de la nevoile de sănătate ale comunității, duce la o utilizare mai bună a resurselor din sistem, precum și la întărirea capacității comunităților în procesul de decizie.

Coordonator Proiect

Șef lucr. Dr. Neculau Andrea Elena

2. Evaluarea nevoilor în procesul de planificare în sănătate

Planificarea și utilizarea rațională a resurselor din sănătate necesită elaborarea de strategii coerente și atât la nivel național, cât și la nivel regional și local.

Ministerul Sănătății are ca țintă prevăzută în documentul “Strategia Națională de Sănătate 2014-2020”¹, „*accesul populației la servicii preventive, de urgență, curative și de reabilitare de calitate, în condițiile utilizării eficace și eficiente a resurselor disponibile și a promovării unor standarde cât mai înalte și a bunelor practici*”.

Documentul strategic amintit are la bază un set de valori, care propun o schimbare radicală a modului cum se dezvoltă politicile naționale și locale de sănătate.

Acestea pun în centrul sistemului **pacientul și nevoile sale**, stimulează rolul **comunităților locale** în dezvoltarea de servicii medicale, promovează **planificarea sanitară** bazată pe **cercetarea temeinică a nevoilor de sănătate** și nu în ultimul rând, promovează abordările interdisciplinare și **comunicarea** între profesioniștii din sistemul de sănătate.

Îndeplinirea obiectivelor propuse are ca factori esențiali, după cum este menționat și în documentul propus de către Ministerul Sănătății, „*implicarea și acțiunea responsabilă*” a tuturor actorilor, începând cu furnizorii de servicii medicale, cu autoritățile locale, în corelație cu autoritățile centrale.

În acest sens, au fost elaborate Planuri Regionale privind serviciile de sănătate (PRSS)².

Aceste planuri descriu caracteristicile populaționale, povara bolilor, structura, organizarea sistemului de sănătate la toate nivelurile de asistență medicală, finanțarea și cheltuielile cu sănătatea, la nivelul celor 8 regiuni de dezvoltare București-Ilfov, Centru, Nord-est, Nord-vest, Vest, Sud-vest, Sud și Sud-est.

Obiectivul celor opt Planuri Regionale privind Serviciile de Sănătate (PRSS) este acela de a asigura o distribuție corectă și eficientă a serviciilor medicale în regim ambulator și intraspitalicesc la nivelul întregii țări, cu o răspândire adecvată la nivelul unităților de îngrijire primară, secundară, terțiară și pe termen lung.

Preluarea acestor planuri strategice și aprofundarea acestora este în atenția autorităților locale. PRSS trebuie în continuare detaliate pentru nevoile specifice ale fiecărui

¹ <http://www.ms.ro/strategia-nationala-de-sanatate-2014-2020/>

² <http://www.monitoruljuridic.ro/monitorul-oficial/988-bis/2016-12-08/>

județ, cu implicarea tuturor actorilor din sistem: pacienți, furnizori de servicii și autorități, fapt care constituie premiza acestui proiect.

Detalierea și aprofundarea planurilor strategice naționale, la nivelul comunităților locale, are ca scop identificarea și evaluarea problemelor, în principal a grupurilor dezavantajate, care de multe ori nu sunt evidențiate în statisticile naționale.

Din punct de vedere metodologic procesul de dezvoltare a serviciilor din sănătate parcurge un ciclu, pornind de la planificarea strategică, care are ca etape intermediare evaluarea nevoilor și planificarea anuală, urmată apoi de finanțarea serviciilor, cu proiectarea acestora și stabilirea modalității de acordare, urmată apoi de etapa de monitorizare și evaluare, esențială pentru identificarea performanței serviciului și evaluarea utilității acestuia. În următoarele pagini parcurgem cadrul teoretic al ciclului de dezvoltare al serviciilor din sănătate, cu accent pe evaluarea nevoilor, urmând să construim, în capitolul următor, modelul propus de către echipa de proiect pentru identificarea nevoilor de sănătate și de servicii medicale în studiul de caz pe județul Brașov.

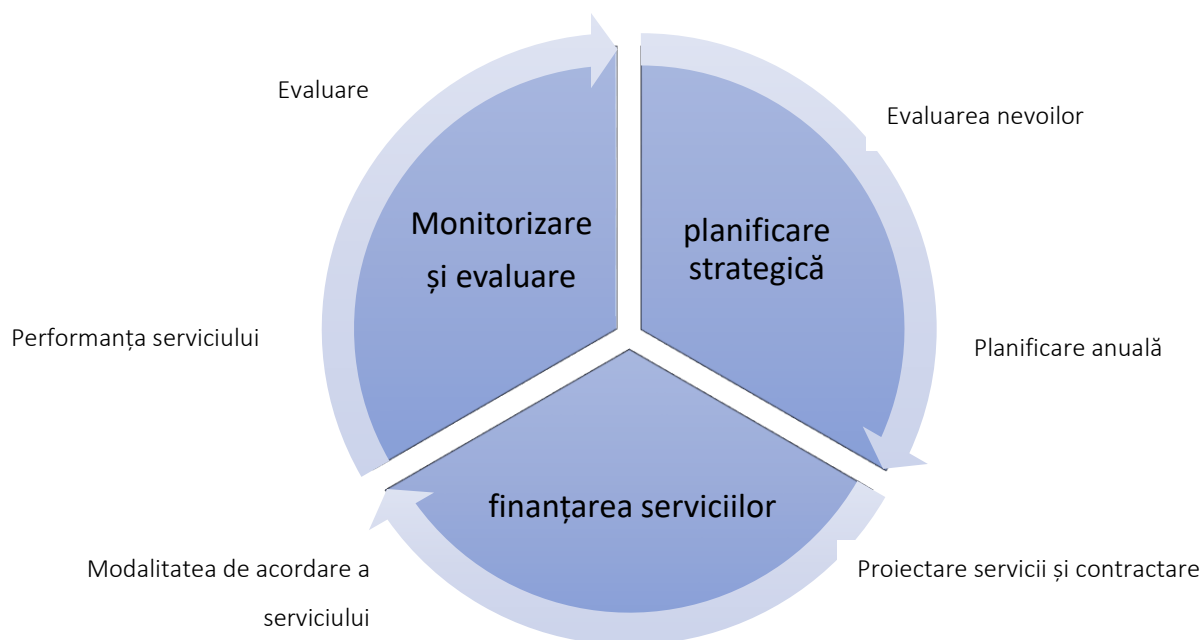


Figura 1: Diagrama proceselor de dezvoltare a serviciilor din sănătate³

³ Australian Government Department of Health. Primary Health Networks Commissioning- needs Assesment guide 2015

2.1. Planificarea strategică

Cuprinde evaluarea nevoilor și planificarea strategică.

2.1.1. Evaluarea nevoilor în sistemele de sănătate

Unul din primii pași ai planificării strategice în sănătate este reprezentat de evaluarea nevoilor. Scopul evaluării este identificarea **nevoilor neacoperite** de servicii medicale și dezvoltarea acestora.

Într-un sistem cu resurse financiare limitate, nu toate nevoile de sănătate pot fi acoperite. Este necesară o prioritizare a intervențiilor în așa fel încât cele cu impactul cel mai mare să fie implementate.

Procesul de identificare a nevoilor este unul complex. El implică analiza datelor epidemiologice, demografice, statistice și coroborarea acestora cu date rezultate din cercetarea calitativă, realizată prin consultarea sistematică a actorilor cheie din sănătate.

Fiecare proiect de evaluare a nevoilor este unic, fiind dedicat unui anume grup populațional și poate avea durată diferită de timp, poate implica resurse umane multiple, însă pașii care trebuie parcurși sunt unitari.

Populațiile analizate au nevoi de sănătate care vor trebui să își găsească rezolvare în serviciile existente.

Nevoile în sistemele de sănătate se împart în mai multe categorii, însă în linii mari se discută despre o componentă de nevoi pe care le culegem de la populație (**nevoi de sănătate – percepute, exprimate**) și componenta sistem de sănătate (**nevoi de servicii medicale - normativă, comparativă**)⁴.

Este dificil în practică să despartți cele două componente. Abordarea lor este de cele mai multe ori se face simultan și complementar.

✓ **Nevoia percepută** este cea afirmată în mod subiectiv de către indivizi. Este vorba despre

⁴ MIHĂESCU-PINȚIA, Constanța, PANAIT, Carmen Lavinia, GEANĂ Adina. "HEALTH NEED ASSESSMENT, THE STARTING POINT FOR EFFECTIVE HEALTH POLICIES AND INTERVENTIONS." *Management in Health* 21.2 (2017)

serviciile pe care populația le consideră necesare și pe care indivizii doresc să le primească, fără să se țină cont însă și dacă sunt necesare sau nu. Analiza acestui tip de nevoie este utilă pentru a observa importanța acordată de oameni problemelor lor de sănătate, pentru a evidenția diferențele între percepții și nevoile reale de îngrijire.

- ✓ **Nevoia exprimată** sau cererea de servicii, rezultă din solicitările de servicii la diferite niveluri ale sistemului de sănătate. Se poate cuantifica prin numărul de consultații/ investigații/ tratamente pe o anumită perioadă de timp.
- ✓ **Nevoia normativă** este cea realizată de către experți și se bazează pe datele de morbiditate, pe caracteristicile populației studiate, precum și pe standarde recunoscute la nivel național și internațional.
- ✓ **Nevoia comparativă** rezultă din compararea pe diferite populații a nevoilor de sănătate precum și a celei de servicii.

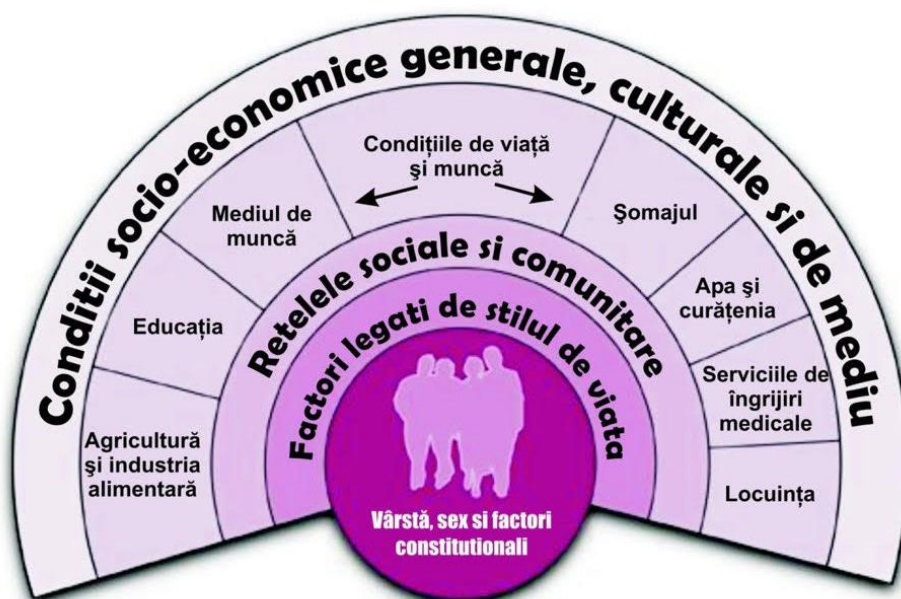
Nevoile astfel identificate trebuie acoperite prin intermediul serviciilor existente sau prin dezvoltarea de servicii noi. Planificarea serviciilor astfel identificate trebuie să fie analizată din punct de vedere al resurselor necesare.

2.1.2. Metode de identificare a nevoilor de sănătate ale populației

Starea de sănătate a unui individ sau comunități este influențată de factori multipli. Determinanții stării de sănătate descriși de Dahlgren și Whitehead (1991) [figura 1] ilustrează această complexitate. Central, în diagramă, se află factori cum ar fi vârsta, sexul și factorii ereditari. Pe nivelurile următoare sunt luați în calcul factorii de risc cum ar fi dieta, fumatul, nivelul de activitate fizică, poziția socială, resursele economice și mediul. Pe ultimele niveluri se află resursele din comunitate - educație, transport, locuința iar pe ultimul nivel factorii politici, sociali, culturali. Analiza informațiilor care descriu comunitatea permit o catagrafiere a problemelor de sănătate ce pot apărea sau a factorilor de risc existenți.

Prin analiza factorilor determinanți ai stării de sănătate se urmărește descrierea unui pattern al stării generale de sănătate al comunității studiate, descrierea caracteristicilor acelei populații sau a indivizilor, a condițiilor lor clinice precum și identificarea situațiilor care necesită

prioritate în abordare⁵.



Whitehead M și Dahlgren G (1996)

Figura 2. Determinanții stării de sănătate ai populației

Nevoile de sănătate se analizează prin interpretarea de:

- date epidemiologice care descriu incidența și prevalența îmbolnăvirilor, precum și distribuția acestora pe medii, grupe de vârstă etc.;
- date privind distribuția demografică a populației, tendințe demografice (natalitate, mortalitate, speranța de viață etc.);
- date privind determinanții sociali, medicali, biologici ai stării de sănătate, date privind populațiile cu nevoi speciale, eventuale surse de inechitate;
- date de utilizarea serviciilor medicale legate de o anumită problemă de patologie sau de către un anumit grup;
- date din statisticile instituțiilor care contractează servicii de sănătate (Casa Națională/Județeană de Asigurări de Sănătate).

Nevoile de sănătate pot fi explorate și prin interogarea directă a populației studiate, prin studii bazate pe chestionar sau prin interviuri cu persoane cheie.

⁵ Australian Government Department of Health. Primary Health Networks Commissioning- needs Assesment guide 2015

Cercetarea nevoilor de sănătate prin aplicarea de chestionare de calitate a vieții, este o metodă consacrată de identificare a nevoilor specifice ale unei populații.

Un asemenea instrument pentru evaluarea calității vieții asociată stării de sănătate este chestionarul SF 36 - Short Form Health Survey questionnaire⁶.

Acesta cuprinde 36 de întrebări care explorează: funcționarea fizică, îndeplinirea rolului prin starea fizică, durerea corporală, vitalitatea, funcționarea socială, rolul emoțional și sănătatea mentală. În esență în chestionar este evidențiată o componentă fizică și una mentală. În interesul cercetării se pot calcula scoruri precise pentru cele două componente

Tipuri de date sursă pentru evaluarea nevoilor de sănătate ale unei populații sunt:

- date statistice naționale relevante - de la Direcția națională de statistică,
- date statistice locale – de la Direcția de Județeană de Statistică,
- rapoarte regionale/ locale,
- studii naționale,
- studii locale.

2.1.3. Metode de identificare a nevoilor de servicii de sănătate

Se referă la identificarea patternului de distribuție al forței de muncă și al distribuției serviciilor medicale în teritoriul studiat, caracterizarea serviciilor oferite și identificarea serviciilor prioritare ⁷.

Sursele de date pentru serviciile medicale sunt:

- Instituțiile finanțatoare (Casa de Asigurări de Sănătate, Direcția de Sănătate Publică, Direcția de Servicii Medicale a Consiliului Județean etc.),
- Rapoarte statistice naționale și județene,
- Raportare forța de muncă existentă comparativ cu normativele,
- Consultarea actorilor cheie din sistemul de sănătate prin întâlniri structurate de tip focus grup, sau interviuri structurate.

⁶ Ware Jr, John E., Donald Sherbourne Cathy. "The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection." *Medical care* (1992): 473-483.

⁷ Health Need Assessment – A practical Guide. National Institute of Clinical Excellence
<http://journal.managementinhealth.com/index.php/rms/article/viewFile/452/1207>

De referință pentru identificarea deficitului de personal medical, care se va oglindi în nevoi de servicii de sănătate, este alcătuirea unei hărți a forței de muncă în sănătate care să cuprindă:

- Numărul și distribuția personalului,
- Relația dintre grupurile profesionale.

Catagrafierea serviciilor medicale existente în sistem va trebui să cuprindă:

1. **Locația:** distanța de acces a populației la serviciul medical,
2. **Utilizarea:** date de utilizare la nivel de furnizori din toate segmentele de asistență medicală, servicii accesate greșit, servicii prea aglomerate, servicii sub-utilizate,
3. **Accesibilitatea:** de exemplu la servicii de permanenta sau bariere financiare,
4. **Capacitatea de răspuns:** timpi de așteptare,
5. **Capabilitatea:** abilități și competențe,
6. **Acceptabilitatea:** satisfacția pacienților,
7. **Calitatea:** sisteme de managementul calității implementate,
8. **Eficiența și eficacitatea serviciilor:**

Eficiență tehnică = costul la care serviciile sunt produse

Eficiență alocativă = cum reflectă serviciile preferințele consumatorilor

Eficiență dinamică și de sustenabilitate = capacitatea sistemului de a susține forța de muncă și infrastructura pentru a răspunde nevoilor emergente.

9. **Integrarea serviciilor;** exemple în acest sens putem oferi:

- Transferul informației/pacientului dintre urgență și AMP
- Coordonarea între AMP și alte niveluri ale asistentei medicale
- Centre model de servicii integrate
- Trimiterile pacienților în sistem - căile clinice

10. **Puncte tari și puncte slabe**

2.1.4. Corelația între nevoile de servicii și cele de sănătate

Pentru a face corelații între datele cantitative și cele calitative obținute din analizele de nevoi și pentru a confirma astfel principalele teme rezultate din fiecare tip de evaluare este recomandată utilizarea unei metode care să permită o verificare a concordanței la nivelul

datelor identificate și a validării problemei identificate. Această metodă este metoda triangulației.

Tabel 1. Metoda triangulației

Problema	Feedback de la nivel de comunitate	Feedback de la nivel de furnizor de servicii	Analiza nevoii de sănătate	Analiza nevoii de servicii	Rezultatul triangulării
Problema de sănătate					
Problema de servicii					

Prin tabelul de mai sus se propune o analiză încrucișată a actorilor cheie de la nivel de comunitate (populație) și a actorilor cheie din sistem (medici, asistenți, decidenți etc.). Aceștia oferă feedback pentru problemele identificate de către grupul celălalt, urmând ca în matrice să se evidențieze punctele comune precum și cele divergente.

2.1.5. Prioritizarea nevoilor

Este o metodă prin care un cercetător sau un grup, utilizează o metodă sistematică de ordonare a unor probleme într-o ordine dictată de importanță percepută a fiecăreia. Prioritizarea este un proces care asistă organizațiile în identificarea problemelor de adresat în contextul unei disponibilități limitate a resurselor.

Există mai multe metode de prioritizare. Cea selectată trebuie să fie validată științific, să țină cont de o balansare de opiniilor diferitelor părți și procesul de decizie să fie transparent.

O metodă de prioritizare cunoscută este **metoda Hanlon**. Dezvoltată de către cercetătorul I.J Hanlon, ca o metodă de prioritizare a problemelor de sănătate, ea oferă o metodă de calcul obiectivă a unui scor de bazat pe dimensiunea problemei, severitatea acesteia și eficacitatea intervențiilor.

Amplizarea problemei se bazează pe date epidemiologice care descriu incidența sau prevalența afecțiunii în populație sau procentul din populația aflată la risc.

Severitatea problemei se poate determina răspunzând la următoarele întrebări⁸: problema necesită atenție imediată, există cerere din partea publicului, care este impactul asupra calității vieții, există o rată crescută de spitalizare sau prin analiza datelor de morbiditate și mortalitate, sau indicatori economici (zile de spitalizare, zile de incapacitate temporară de muncă).

Eficacitatea intervențiilor se referă la gradul în care există posibilitatea de intervenție pentru problema identificată.

Scorurile atașate fiecărui parametru sunt de la 1-10.

A: amploarea problemei (0-10)

B: Severitatea problemei (0-10)

C: Eficacitatea soluțiilor (0-10)

Scorul de prioritizare denumit indicele PEARL se calculează după următoarea formula de calcul.

Indicele PEARL= pertință*fezabilitate*acceptabilitate*resurse disponibile*legalitate

D: scorul de prioritizare

$D = [(A+2B)*C]$

În tabelul de mai jos se află o detaliere a modului de acordare de scorurilor pentru fiecare indicator.

Tabel 2 . Ghid de prioritizare a problemelor de sănătate⁸.

Amploarea problemei (% din populație care au problema)	Severitatea problemei	Eficacitatea intervențiilor	Scor
Peste 25%	Extrem de severă	80-100% eficace	9 sau 10
10-24,9%	Foarte severă	60-80%	7 sau 8
1-9,9%	severă	40-60%	5 sau 6
0,1-0,9%	Moderat severă	20-40%	3 sau 4
0,01-0,09%	Severitate ușoară	5-20%	1 sau 2
<0,01%	Lipsită de severitate	<5%	0

Tabel 3 . Exemplificare metoda de prioritizare

Problema	Amploarea (A)	Severitatea (B)	Eficacitatea intervenției (C)	scorul de prioritizare (D)	Locul
Cancerul de col uterin Serviciu de screening cancer de col uterin	1	10	9	189	1
Sarcina cu risc Serviciu de spitalizare de zi gravide	1	7	7	105	3

⁸ Guide to Prioritization techniques. The National Connection for Local Public Health.

Copii din comunități dezavantajate	8	3	9	126	2
Servicii de asistență comunitara					

2.2. Finanțarea serviciilor

Serviciile identificate necesită o proiectare corespunzătoare în termeni de resurse umane și materiale și desigur o plată corespunzătoare prin contractarea acestora de către instituțiile plătitoare.

O altă etapă este stabilirea modalității de acordare a serviciului în concordanță cu caracteristicile sale sau cu populația beneficiară. De exemplu dacă este vorba despre servicii de screening pentru cancerul de col uterin la populații din zone rurale, modelul de serviciu tip caravană mobilă ar putea fi soluția cea mai bună.

Aceste etape nu sunt adresate la nivelul acestui proiect, având în vedere particularitățile de finanțare foarte specifice ale fiecărui serviciu, unele având mecanisme naționale de finanțare prin intermediul Casei de Asigurări de Sănătate sau prin programe naționale de sănătate iar altele putând fi finanțate prin intermediul administrației județene.

2.3. Monitorizare și evaluare

Orice serviciu odată implementat necesită o perioadă de monitorizare. Parametrii monitorizabili stau la baza calculării de indicatori de eficacitate și cost-eficiență sau de beneficiență în așa fel încât investiția în serviciul respectiv să fie justificată.

3. Metodologia sintetică de evaluare a nevoilor propusă de proiect

Proiectul RESPIR-BV urmărește realizarea unei hărți a nevoilor de servicii medicale la nivelul județului Brașov. Așa cum am arătat în partea generală, nevoia de servicii nu se poate desprinde de nevoile de sănătate ale populației.

Într-o primă etapă am analizat **nevoile de sănătate** din datele existente cu privire la:

- starea generală de sănătate a populației prin indicatori de mortalitate și morbiditate de la nivel de județ (date disponibile 2017- Direcția Județeană de Statistică),
- date cu privire la demografie - distribuția pe grupe de vârstă (date de la Direcția Județeană de Statistică 2018),
- date cu privire la populații specifice care au probleme de sănătate recunoscute – gradul de marginalizare socială al localităților din județ,
- am consultat actori cheie din sistem în întâlniri de tip focus grup și interviuri semistructurate,
- am colectat date de la populație pe baza unui chestionar de evaluare a nevoilor de sănătate.

Pentru a determina **nevoia de servicii medicale** am analizat următoarele date:

- rapoarte județene privitoare la distribuția instituțiilor medicale, a forței de muncă
- Planurile Regionale de Servicii de Sănătate care stabilesc obiectivele strategice de dezvoltare
- Rapoarte ale Casei de Asigurări de Sănătate cu privire la utilizarea serviciilor medicale

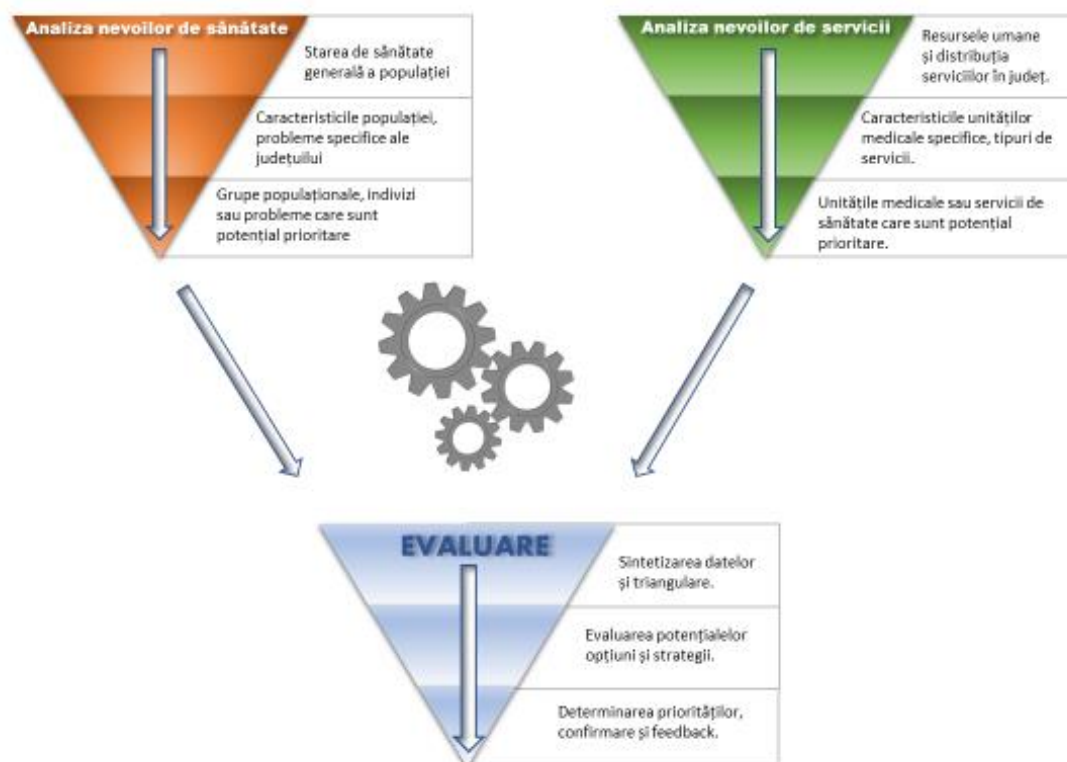


Figura 3. Metodologia proiectului RESPIR-BV

Datele analizate au evidențiat o serie de nevoi de sănătate care se pot acoperi sau nu, cu ajutorul serviciilor existente.

Cele două liste astfel rezultate au fost cuprinse într-o matrice de triangulație pentru a verifica pertinenta problemelor ridicate prin abordare încrucișată de către actori de la diferite niveluri din sistem.

Lista de nevoi a fost supusă unui proces de prioritizare care permite selectarea problemelor pentru intervenție.

Metodologia este aplicată acum la întreg județul ceea ce face ca problemele identificate să fie multiple și complexe, însă ea se poate utiliza (și este recomandat) și la nivelul unor colectivități bine definite geografic sau social pentru a putea identifica cu mai multă acuratețe și apoi acoperi cu serviciile necesare nevoile de sănătate existente.

4. Rezultatele proiectului RESPIR-BV

4.1. Analiza datelor

4.1.1. Nevoi de sănătate rezultate din analiza datelor demografice

Conform datelor furnizate de către Direcția Județeană de Statistică, populația județului Brașov era, la data de 01.07.2018, de 634.236 de locuitori, cu o distribuție de 461.594 (72,7%) locuitori în mediul urban și 172.642 (27,2%) în mediul rural.

Din distribuția pe medii remarcăm o predominanță de tip urban a populației din județ [Figura 4].

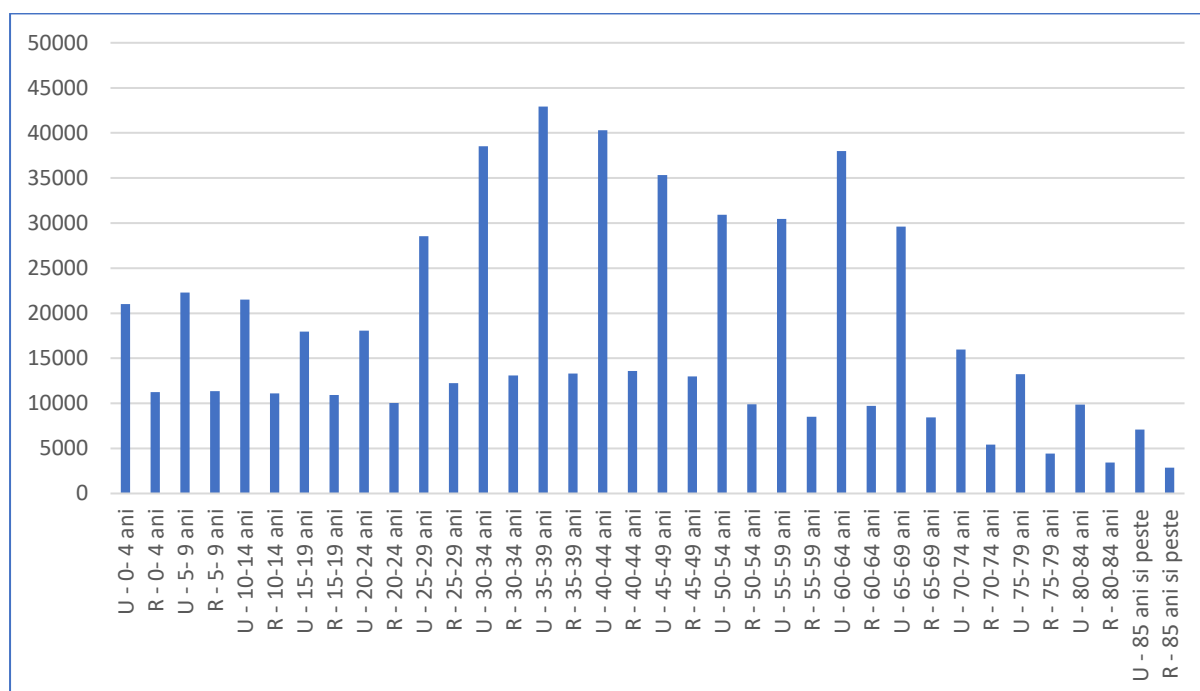


Figura 4. Distribuția populației județului Brașov pe grupe de vârstă și mediu (Date Direcția Județeană de Statistică 2017)

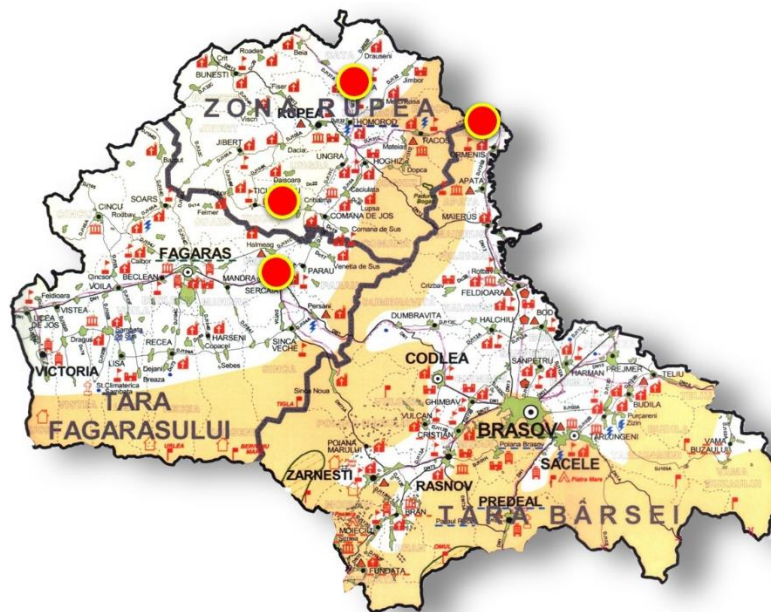
Profilul de tip predominant „urban” al județului nostru este o particularitate care poate determina tipurile de nevoi de sănătate. Gradul mai ridicat de poluare, comportamentele sedentare, alimentația hipercalorică sunt mai frecvent asociate cu viața în mediul urban. Pe de altă parte și distribuția serviciilor de sănătate este mai generoasă. Putem

porni de la premiza că gradul ridicat de urbanizare implică un acces mai bun al majorității populației la servicii medicale, atât datorită veniturilor populației cât și datorită aglomerației majorității furnizorilor de servicii medicale în localitățile urbane.

Privitor la medii este important să luăm în analiză localitățile care se află în situații speciale, în mediul rural, fie prin distanța mare față de instituțiile medicale, fie prin condiții geografice deosebite, fie prin depopulare sau populare cu grupuri sociale dezavantajate.

Un indicator în acest sens îl reprezintă **rata de marginalizare rurală**. Informații cu privire la acest aspect se regăsesc în Atlasul Zonelor Rurale Marginalizate realizat de către Banca Mondială⁹.

Brașovul se situează printre cele 8 județe cu o rată ridicată de marginalizare rurală (între 9-15 % din totalul populației rurale din județ) de cele mai multe ori asociată cu prezența comunităților de romi⁹. Un număr de 40 de sate (din 26 de comune) se încadrează în această categorie. Dintre acestea, 4 localități nu au deloc medic de familie (Cața, Ticușu, Șercaia, Augustin).



Vârsta reprezintă un determinant important al nevoilor de sănătate. Grupele de vârstă recunoscute ca vulnerabile prin structura biologică și nevoile acestora sunt în special categoriile extreme și anume copiii și vârstnicii.

Populația sub 19 ani (asimilată ca pediatrică, neexistând o statistică 0-18 ani) este de

⁹ Atlasul Zonelor Rurale Marginalizate din România. Banca Mondială

127.410 locuitori, în scădere în ultimii ani (cu aproximativ 75.000 din anul 1992)¹⁰ comparativ cu creșterea ponderii populației vârstnice care numără 100.376 locuitori, în creștere cu aproximativ 40.000 de locuitori.

Analiza de nevoi pentru populația pediatrică

Copiii 0-19 ani, reprezintă 20% din populația județului nostru. 46.654 (35,4%) copii trăiesc în mediul rural iar 84.792 (64,6%) în mediul urban. Deși distribuția numerică a copiilor este în favoarea mediului urban, raportul copii/adulți este însă diferit între rural și urban. Astfel raportat la numărul de adulți din mediile respective, ponderea copiilor din mediul rural este de 35,8% în timp ce ponderea copiilor în mediul urban este de 22,3%. Acest aspect are importanță, semnalând o probabilitate mai mare de nevoi de servicii medicale destinate copiilor în mediul rural, pe care la acest moment le poate oferi o singură resursă medicală, prezentă localitățile rurale, și anume medicul de familie.

Paleta largă de nevoi, atât preventive cât și curative ale copiilor, impun prezența în comunitate de resurse suplimentare. În acest sens este de semnalat că asistența comunitară, o formă de asistență medicală pentru care cadrul legislativ încă nu este funcțional și care are ca prioritate accesarea copiilor din familiile vulnerabile din mediul rural, lipsește în județul nostru.

Nevoile de sănătate ale copiilor sunt diferențiate pe grupe de vârstă, însă în termeni generali ele sunt aceleași pentru toate grupele de vârstă, cu mici particularități pe care le detaliem în tabelul de mai jos.

Ele sunt: de asigurare a creșterii și dezvoltării armonioase, de alimentație corespunzătoare, de prevenirea a îmbolnăvirilor, de îngrijire în prezența bolilor acute și cronice, de sprijin în situația de afecțiuni sau tulburări psihologice, de îngrijire și sprijin în situația de afecțiuni generatoare de handicap, de a avea, ei și părinții lor, cunoștințe adecvate despre boli și prevenirea acestora.

Din punct de vedere al resursei umane implicate în îngrijirea populației pediatrice aceasta numără medici și asistenți medicali pediatri, medici și asistenți medicali din cabinetele de medicina familiei, medici și asistenți școlari și medici pediatri cu diferite specializări, kinetoterapeuți și psihologi. Disponibilitatea acestor resurse este analizată la fiecare tip de asistență medicală.

¹⁰ Direcția Județeană de Statistică Brașov - date la 01.07.2018

Din punct de vedere al structurilor medicale destinate îngrijirii copiilor în județul Brașov amintim existența a două spitale de pediatrie la Brașov și Făgăraș, amândouă cu ambulatorii integrate, cabinetele de medicina familiei și cabinetele școlare, precum și cabinetele ambulatorii de specialitate.

La nivel de cabinete de medicina familiei, care sunt relativ uniform distribuite, nevoia de servicii destinate populației pediatrice este acoperită prin pachetul de bază de servicii medicale. Doar 4 localități din județ nu au medic de familie ceea ce face accesul la servicii dificil.

Serviciile pediatrice sunt acordate și la nivel de școli și grădinițe. În județul nostru există un deficit de 53 de medici școlari și 90 de asistente școlare, rețeaua necesitând un proces de restructurare, cu implicarea autorităților locale.

În ceea ce privește asistența medicală de specialitate pentru copii analiza datelor statistice, precum și interviurile cu actorii cheie, arată că există un deficit la nivel de specialități, cum ar fi neurologia și psihiatria pediatrică, recuperarea medicală pediatrică.

Un caz particular îl reprezintă îngrijirile paliative, pentru care există un număr de 6 paturi de tip HOSPICE, precum și îngrijiri specializate de tip echipă mobilă la domiciliu. Având în vedere puternicul impact al îngrijirii asupra familiei sunt necesare și servicii conexe actului medical cum ar fi cele de educație și suport, servicii de tip centre de zi, precum și helpline, toate servicii existente dar la care comunitatea locală poate contribui.

Analiza de nevoi pentru populația vârstnică

Ponderea populației vârstnice (peste 65 de ani inclusiv) la nivelul județului nostru este de 15,8% cu o distribuție preponderentă în mediul urban față de rural. Media în regiunea Centru a țării în care se încadrează județul nostru este de 16,1%¹¹.

Prognoza demografică ¹² arată că populația vârstnică va fi în creștere semnificativă în următorii 10 ani.

Tabel 4: Populația pe grupe de vârstă în România în perioada 1990-2025

Grupa de vârstă	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025
0-14	23,7	20,8	18,5	15,9	15,8	15,5	15,0	14,1
15-24	16,7	16,8	16,2	15,4	12,6	10,5	10,7	11,1

¹¹ Proiecții EUROSTAT

¹² Națiunile Unite, Departamentul de Afaceri Economice și Sociale, Divizia Populație (2015). Revizia 2015 a Perspectivelor populației mondiale, date adaptate obținute de pe website

25-64	49,2	50,3	51,6	53,5	55,8	56,7	54,7	53,3
65+	10,4	12,1	13,6	15,2	15,8	17,3	19,6	21,5

Din punct de vedere al nevoilor de servicii medicale, creșterea ponderii populației vârstnice, care asociază frecvent multe morbidități, impune asigurarea accesului la servicii de diagnostic și tratament în ambulatoriu și în mediu spitalicesc, în instituții cu paturi de îngrijire pe termen lung, îngrijiri paliative și la domiciliu.

Analiza de nevoi pentru grupurile marginalizate

Din analiza datelor privind grupurile marginalizate, așa cum sunt descrise în Atlasul Zonelor rurale marginalizate, rezultă că în județ există un număr estimativ de 10.800 de persoane care trăiesc în aceste zone (estimările Băncii Mondiale – sursa Lista localităților rurale cu zone marginalizate din județul Brașov).

Distribuția în județ a acestor grupuri este în special în partea de Nord Vest a județului.

În ceea ce privește nevoile de sănătate ale acestor categorii este de așteptat o incidență crescută a bolilor infecto-contagioase datorită nivelului de sanitație redus, incidența crescută a sarcinilor în adolescență și a complicațiilor perinatale, rată scăzută de acoperire vaccinală, utilizare inadecvată a serviciilor medicale (accesarea sistemului de urgență în detrimentul serviciilor din comunitate, prezentare târzie la consultație).

Serviciile de acest tip sunt acoperite la nivelul comunității prin medicii de familie în cabinetele lor și în centrele de permanență. Având în vedere adresabilitatea redusă a acestui grup de populație la asistența medicală este nevoie de sprijin din partea rețelei medico-sociale (mediatorii sanitari) și ai asistenței comunitare.

În tabelul de mai jos sunt sumarizate principalele nevoi ale populației, asociate cu nevoile recunoscute de către specialiști pentru fiecare grupă de vârstă. Aceste nevoi sunt translatate în nevoi de servicii medicale, dintre care sunt evidențiate cele care sunt considerate deficitare. Detalierea motivației pentru care anumite servicii sunt considerate deficitare se regăsește la analiza segmentului respectiv de asistență medicală în capitolele următoare ale prezentului raport.

Tabel 5: Probleme de sănătate identificate din analiza datelor demografice.

Categoria	Problema de sănătate	Date care susțin nevoia identificată
sănătate copii	Copii în zone marginalizate izolați de asistența medicală	Lista comunităților rurale marginalizate
	Copii în rural mai mulți ca în urban	Date demografice susțin că în mediul rural există un număr mai mare de copii pentru o familie
sănătate adulți	Populația din mediul urban este expusă la factori de risc asociați civilizației.	Date demografice
sănătate vârstnici	Număr în creștere vârstnici care necesită servicii medicale adaptate	Date demografice arată creșterea ponderii populației vârstnice

4.1.2. Nevoi de sănătate rezultate din analiza datelor epidemiologice ale populației din județul Brașov

Din datele furnizate de către Direcția Județeană de Statistică pentru anul 2017 rezultă că:

- dintre bolile acute, cele respiratorii se află pe primul loc, cu incidența cea mai mare la grupa de vârstă 0-14 ani (57,84%). Acestea sunt urmate de bolile digestive, ale pielii și de cele infecțioase și parazitare. Acest fapt sugerează nevoia de intervenții în special pe capacitățile de acut din școli (triaj epidemiologic corespunzător), pe asigurarea accesului la medicii de familie și pe numărul de paturi destinate copiilor din Spitalul de Pediatrie și cel de Boli Infecțioase.
- Un caz aparte îl reprezintă re-emergența bolilor prevenibile prin vaccinare. Un exemplu în acest sens îl reprezintă rujeola, pentru care se înregistrează în anul 2017 un număr de 824 de cazuri. Coroborat cu rata redusă de acoperire vaccinală, acest aspect este îngrijorător și necesită intervenții de creștere a capacității de acoperire vaccinală a populației eligibile, în special în zonele marginalizate. Dezvoltarea serviciilor de asistență comunitară și a mediatorilor sanitari este imperios necesară.
- Din datele rețelei de medicină școlară se remarcă următoarele: din totalul de 14.019 examene de bilanț un număr de 1779 de copii prezintă exces de greutate (12,6%), 2188

prezintă afecțiuni oculare (15,6%) iar 1744 de copii prezintă carii dentare (8%). Insuficiența creșterii se înregistrează la 13% din copii.

- Bolile acute ale adultului care se situează pe primele locuri, ca incidență, sunt afecțiunile respiratorii, digestive, osteoarticulare și genito-urinare. Având în vedere incidența crescută a afecțiunilor digestive, este important de semnalat numărul redus de gastroenterologi în județ (vezi la analiza de spitale și ambulatorii de specialitate).
- De asemenea, la nivel de sănătate a reproducerii există o disponibilitate redusă a serviciului de planning familial și de servicii ambulatorii de obstetrică și ginecologie în contract cu Casa de asigurări de Sănătate.
- Bolile acute ale vârstnicului sunt dominate de afecțiunile cardiovasculare, afecțiuni osteoarticulare, respiratorii și digestive. Practica clinică arată că majoritatea afecțiunilor acute la vârstnici sunt cele date de exacerbări ale bolilor cronice. În acest context sunt de semnalat dificultăți de accesare a serviciilor de internare de zi, mult mai potrivite pentru evaluarea unei exacerbări de boală la un pacient cu asocieri morbide multiple. Lipsa posibilităților de acces la servicii de tip internare de zi duce de fapt la accesarea inadecvată a sistemului de urgență și la creșterea numărului de internări evitabile în spitale.

Tabel 6: Incidența bolilor la copii pentru anul 2017 (Direcția Județeană de Statistică)

0-14 ani	
Bolile ap. respirator	57.84
Bolile ap. digestiv	10.00
Bolile pielii și țesutului celular subcutanat	6.95
Bolile infecțioase și parazitare	5.82
Bolile ochiului și anexelor sale	3.81
Bolile urechii și apofizei mastoide	3.44
Bolile ap. genito-urinar	2.28
Simptome, semne și rezultate anormale	2.26
Bolile sângelui, organelor hematopoietice, tulburărilor de imunitate	1.98

Leziuni traumatice și otrăviri	1.66
Bolile endocrine, de nutriție și metabolism	1.48
Tulburări mintale și de comportament	0.73
Bolile sistemului osteo-articular, mușchilor și țesutului conjunctiv	0.58
Bolile sistemului nervos	0.48
Malformațiile congenitale, anomalii cromozomiale	0.31
Bolile ap. circulator	0.18
Afecțiuni perinatale	0.09
Tumori	0.09
Complic. sarcinii, nașterii și lăuziei	0.01

Tabel 7: Incidența bolilor la adulți pentru anul 2017 (Direcția Județeană de Statistică)

15-64 ani	
Bolile ap. respirator	25.24
Bolile ap. digestiv	13.51
Bolile sistemului osteo-articular, mușchilor și țesutului conjunctiv	11.57
Bolile ap. genito-urinar	10.56
Bolile ap. circulator	7.19
Bolile endocrine, de nutriție și metabolism	5.22
Bolile pielii și țesutului celular subcutanat	4.71
Bolile urechii și apofizei mastoide	3.73
Leziuni traumatice și otrăviri	2.89
Bolile sistemului nervos	2.77
Bolile ochiului și anexelor sale	2.73
Bolile infecțioase și parazitare	2.52
Simptome, semne și rezultate anormale	2.47
Tulburări mintale și de comportament	2.01
Bolile sângelui, organelor hematopoietice, tulburărilor imunitare	1.52

Tumori	0.97
Complicațiile sarcinii, nașterii și lăuziei	0.34
Malformațiile congenitale, anomalii cromozomiale	0.05

Tabel 8: Incidența bolilor la vârstnici pentru anul 2017 (Direcția Județeană de Statistică)

Peste 65 ani	
Bolile aparatului circulator	16.03
Bolile sistemului osteo-articular, mușchilor și țesutului conjunctiv	14.07
Bolile aparatului respirator	13.83
Bolile aparatului digestiv	12.15
Bolile aparatului genito-urinar	9.74
Bolile endocrine, de nutriție și metabolism	5.70
Bolile ochiului și anexelor sale	4.30
Bolile urechii și apofizei mastoide	4.23
Bolile sistemului nervos	4.14
Tulburări mintale și de comportament	4.03
Bolile pielii și țesutului celular subcutanat	3.82
Leziuni traumatice și otrăviri	1.90
Bolile infecțioase și parazitare	1.70
Simptome, semne și rezultate anormale	1.59
Tumori	1.44
Bolile sângelui, organelor hematopoietice, tulburărilor imunitare	1.29
Malformațiile congenitale, anomalii cromozomiale	0.03
Complicațiile sarcinii, nașterii și lăuziei	0.01
Afecțiuni perina tale	0.00

- Din punct de vedere al **prevalenței afecțiunilor (boli cronice)**, din datele de la Direcția Județeană de Statistică se remarcă prevalența crescută a bolilor cardiovasculare (23,43%- cumulat hipertensiunea arterială, cardiopatia ischemică), diabetul zaharat (3,47%), obezitate (1,93%), boala pulmonară obstructivă cronică (1,69%), afecțiuni

psihice (1,48%), boala ulceroasă (1,36%), ciroza hepatică (1,26%).

- Capacitatea de intervenție în paturi de cronici este subdimensionată în județul nostru la fel și cea de îngrijiri la domiciliu sau de servicii paliative.
- Un capitol important îl reprezintă tumorile maligne. Prevalența cancerelor este de 1,08% în populația județului însă numărul mare de cancere prevenibile prin control preventiv cum ar fi cancerul de col uterin (637 cazuri - 9%), cancerul de sân (2231 cazuri - 31%) și cancerul de colon (247 cazuri – 3,5%) impun o atenție deosebită din partea serviciilor preventive. Un aspect important de semnalat este asocierea frecventă a cancerelor cu factorii de risc legați de stilul de viață cum ar fi fumatul sau consumul de alcool.
- Privitor la gravide, din rapoartele Direcției de Statistică pentru anul 2017, rezultă că au fost luate în evidență 1887 de gravide dintre care 207 cu risc. Remarcăm o utilizare redusă a serviciului de supraveghere a sarcinii cu risc prin internare de zi precum și a celui de evaluare a gravidei pentru infecții cu risc în cadrul Spitalului de Obstetrică și Ginecologie Brașov. Același lucru se remarcă și în legătură cu vizitele de dispensarizare la medicii de familie, care sunt reduse la număr.
- Există încă un număr semnificativ de gravide luate în evidență în trimestrele II (16%) și III (8,4%) fapt care poate arăta fie o lipsă de acces la serviciile de urmărire a gravidei, fie educație sanitară deficitară.

Există, deși în număr mic, sarcini în populația pediatrică, fapt care atrage atenția asupra disponibilității reduse a serviciilor de planning familial, dar și asupra absenței asistenților comunitari, care acționează ca educatori.

- Semnalăm o rată ridicată de avorturi la cerere (36% din totalul avorturilor) ceea ce arată acces redus la servicii de planning familial și la educație sanitară cu privire la contracepție.
- De asemenea este de semnalat că în prevenția oncologică sunt raportate puține date. În evidențele Direcției Județene de Statistică figurează 3.764 de femei cărora li s-a efectuat examen Babeș Papanicolau, însă nu în acțiuni de screening, ci în cadrul unor afecțiuni curente.
- De remarcat că datele de incidență și prevalență ar putea să nu fie complete pentru că se bazează în special pe raportările medicilor de familie, care utilizează un sistem de codificare insuficient standardizat. Pentru creșterea acurateții datelor ar fi nevoie de

implementarea un sistem de codificare adecvat asistenței medicale primare și de introducerea sistemului de santinelă de raportare.

Tabel 9: Probleme de sănătate identificate din analiza datelor epidemiologice

Categoria	Problema	Date care susțin nevoia
Sănătate copii	Incidența crescută afecțiuni respiratorii la copii	Date epidemiologice
	Incidența crescută boli infectocontagioase la copii (rujeola, scarlatina, pediculoză)	Date din rețeaua școlară
	Rata scăzută de acoperire vaccinală	Date Direcția de Sănătate Publică
	Sarcina la adolescenți	Date epidemiologice
Sănătate adulți	Prevalența crescută boli cu evoluție spre cronicizare (cardiovasculare, diabet, obezitate, BPOC, afecțiuni psihice, boala ulceroasă, ciroza hepatică)	Date epidemiologice
	Prevalență crescută a cancerelor prevenibile	Date epidemiologice
	Incidența crescută sarcini cu risc	Date epidemiologice
	Rată ridicată de avorturi la cerere	idem
	Incidență crescută afecțiuni osteoarticulare adult	idem
	Incidență crescută afecțiuni digestive (hepatite/ ciroze) adult	idem
	Incidență crescută afecțiuni genito-urinare adult	idem

4.1.3. Nevoi de sănătate rezultate din analiza datelor privind nevoile resimțite și exprimate ale populației din județul Brașov

Centrarea politicilor de sănătate pe nevoile pacienților impune identificarea de metode de accesare informațiilor privitoare la nevoile de sănătate, direct de la aceștia.

Metodele de colectare ale acestui gen de informație se bazează pe chestionare, interviuri cu lideri de opinie sau cu organizații de pacienți. Aceste metode pot ajuta la identificarea nevoilor resimțite și exprimate ale populației.

Nevoile resimțite ale populației sunt acele nevoi pe care oamenii le exprimă atunci când se referă direct la felul cum se simt, fără să se gândească la modalitatea de rezolvare a problemelor lor în cadrul sistemului de sănătate.

Nevoile exprimate sunt cele pe care le afirmă atunci când au căutat să își rezolve problema de sănătate în sistem și au reușit sau nu. Când nu reușesc să rezolve problema se definește o **nevoie neacoperită de sănătate**.

În scopul identificării acestor tipuri de nevoi am conceput în cadrul proiectului un chestionar cu 36 de itemi care a fost distribuit în populația județului Brașov, unui număr de 1.200 de persoane (877 returnate).

Datele interogate au fost următoarele:

- Distribuția pe vârste, sexe, medii, ocupații, stare civilă, evaluare grad de independență, limitare funcțională datorită bolii, modificarea stării psihice datorită bolii, modificare capacitate de relaționare datorită bolii, afectarea calității vieții datorate durerii, evaluarea vitalității, evaluarea percepției asupra stării de sănătate globale, a satisfacției, a nivelului de trai.
- accesarea serviciilor medicale în ultimele 12 luni, respectiv bariere în accesarea serviciilor medicale, tipuri de servicii medicale care nu au putut fi accesate deși au fost necesare, timp de așteptare mediu pentru accesare pe tip de servicii medicale, accesul la medicul de familie, accesul la servicii esențiale în cabinetul medicului de familie, îndeplinirea rolului de educație al medicului de familie, de asigurare a continuității îngrijirilor, acces la asistență medicală școlară, acces la asistență stomatologică, oftalmologică.

Reținem pentru scopul prezentului proiect câteva date relevante pentru nevoile de sănătate ale populației și respectiv nevoile de servicii. Datele privind utilizarea de servicii vor fi

prezentate la segmentul respectiv de asistență medicală.

Referitor la **sănătatea fizică**, de reținut pentru analiză, sunt datele care arată capacitatea de efectuare a eforturilor fizice.

Aproximativ o treime din populația interviuată declară că nu se simte în stare să presteze un efort fizic intens, ceea ce poate reflecta starea de antrenament fizic limitată sau starea de boală. Cu toate acestea mai mult de jumătate din persoane, se declară apte să presteze activități moderate.

Este însă de așteptat ca cele 4,3% din persoanele din eșantion, care au exprimat o limitare importantă a capacităților fizice, să aibă nevoie de servicii de sprijin medical (recuperare, îngrijiri la domiciliu, îngrijiri paliative) sau medico-social (instituționalizare, asistent personal).

Extrapolând la populația județului nostru, se poate vorbi de un grup de aproximativ 11.400 de persoane cu limitare importantă a capacităților fizice.

Serviciile de recuperare, în special prin capacitatea de paturi, sunt insuficient dezvoltate în județul nostru. Normarea conform Planurilor Regionale de Servicii de Sănătate (PRSS) este de 30 de paturi la 100.000 de locuitori, ceea ce la nivelul județului Brașov se traduce printr-un necesar de 180 de paturi. Din datele furnizate de raportul Direcției Județene de Statistică rezultă un număr de paturi de recuperare neuro-psiho-motorie de 35, care este inferior normativului și necesită suplimentare.¹³

Serviciile de gestionare pe termen lung a persoanelor peste 65 de ani sunt normate conform PRSS la 6 paturi la 1000 de persoane peste 65 ani, ceea ce ar însemna pentru județul nostru un necesar de aproximativ 100 de paturi, din care, sunt disponibile conform raportului Direcției Județene de Statistică doar 20.

Sănătatea mintală ocupă un loc important între categoriile de întrebări. Mai mult de 1/4 din respondenți (26,7%) au exprimat stări emoționale negative cum ar fi teamă, frică sau idei depresive. Aceste stări aduc limitări importante în capacitatea de muncă (în peste 1/3 din cazuri) precum și de relaționare cu prietenii, familia, vecinii și alte grupuri.

Sunt necesare campanii de conștientizare în populație, pentru a crește capacitatea de identificare a simptomelor și de adresare la medic.

Serviciile de sănătate mintală sunt destul de bine reprezentate la nivelul județului

¹³ Sistemul sanitar al județului Brașov în anul 2016- Direcția Județeană de Statistică

Braşov unde există în contract cu Casa de Asigurări 37 de medici psihiatri numai în ambulatoriul de specialitate. Raportat la nevoia normativă conform Planurilor Regionale de Servicii de Sănătate de 12 medici apare chiar un excedent.

La aceasta se adaugă și posibilitatea de accesare a problematicii de sănătate mintală de către medicii de familie, care sunt suficient de bine reprezentați în județ.

Rămâne însă de luat în calcul că problemele de sănătate mintală sunt subdiagnosticate fiind de multe ori cauze de somatizare și ca urmare motive de solicitare la medic cu alte acuze decât cele psihice și foarte frecvent, motive de accesare a serviciilor de urgență, unde chiar vorbim de utilizare inadecvată a serviciilor medicale.

Problema stigmatului legat de bolile psihice determină foarte multe persoane să nu se prezinte la medic, motiv pentru care educația populației și screening-ul joacă un rol foarte important.

Din datele referitoare la prezența de afecțiuni asociate cu durere, peste ¼ din respondenți au afirmat că au frecvente episoade de durere care în 21,1 % din cazuri, interferă cu capacitatea de muncă.

Prezența durerii determină și utilizarea serviciilor de urgență, fiind unul dintre primele 10 motive de prezentare în acest serviciu .

De remarcat că în populație există o incidență ridicată a stării de epuizare (26,3%) și de oboseală (35,9%) care interferă cu randamentul persoanei, acestea pot duce la stări depresive și la accidente. Sunt indicate programe de suport prin serviciile de medicina muncii sau alte sisteme de recuperare, cum ar fi cure balneare etc.

Din punct de vedere al parametrilor legați de stilul de viață remarcăm că aproximativ 30% din persoane consideră că au probleme cu greutatea. Importanța acestui factor de risc impune acces la servicii de consiliere pentru nutriție, grupuri de suport, servicii pentru terapii cognitive comportamentale, care sunt complet inexistente.

17% din respondenți sunt fumători. Serviciul de consiliere pentru renunțare la fumat, organizat în cadrul dispensarului TBC trebuie reînființat, iar suportul pentru terapie cognitiv comportamentală precum și accesul la medicație, asigurat.

Aproximativ 10% din persoane afirmă un consum problematic de alcool. Susținerea serviciilor de consiliere este foarte importantă. În prezent există serviciu de AlcoInfo în cadrul Spitalului Județean Braşov care oferă servicii de informare, evaluare severității consumului de alcool, referire către servicii sociale sau medicale în funcție de necesități.

Clinica ALIAT Braşov (Alianţa pentru Lupta împotriva Alcoolismului şi Toxicomaniilor), un ONG specializat în tratamentul adicţiilor, oferă terapie individuală, consult psihiatric, grupuri de suport şi tratamentul co-dependenţelor. Acest serviciu nu este însă acoperit prin FNUASS şi este în întregime suportat de către pacienţi ceea ce îi grevează accesibilitatea.

Concluzii la raportul de nevoi se sănătate sunt sintetizate în tabelul de mai jos:

Tabel 10: Nevoi de sănătate raportate la nevoile resimţite ale populaţiei

Categoria	Problema de sănătate	Date care susţin nevoia
Stil de viaţă	30% probleme cu greutate	chestionar
	17% fumători	
	10% consum problematic de alcool	
Autonomie	4.3% limitarea importantă a capacităţii de mişcare (dizabilitate/handicap)	
Sănătatea mintală	26,7% probleme de sănătate mintală	
	35,9% oboseala cronică	
Curativ	21,1% durere care interferă cu capacitatea de muncă	

4.1.4. Evaluarea nevoii de servicii medicale

➤ *La nivel de spitale*

Planurile strategice de servicii de sănătate pentru regiunea centru (PRSS) stabilesc un set de priorităţi pentru restructurarea sistemului spitalicesc din regiune.

Acestea sunt:

- reducerea numărului de paturi pentru îngrijiri acute şi creşterea internărilor de zi. Internările de zi trebuie să reprezinte 12% din totalul internărilor până în 2020;
- obiectivul ţintă pentru numărul de internări este de 18 la 100 de locuitori,
- o mai bună rată de ocupare a paturilor de spital - de la 63% la 80%,
- durata de spitalizare medie de 6 zile.

Descrierea serviciilor din asistenţa spitalicească.

Locaţia

Braşovul are o reţea de 12 spitale de stat şi 14 private. Toate aceste spitale au contractate servicii cu Casa de Asigurări de Sănătate. Dintre spitalele de stat, 11 sunt spitale de boli acute şi numai 1 de boli cronice. Spitalele de stat au structură pavilionară, clădirile sunt vechi şi dificil de modernizat.

În oraşul Braşov există 3 spitale generale, multidisciplinare, de stat (Spitalul Judeţean, Spitalul CFR şi cel de pediatrie).

Spitale cu profil general se găsesc şi în oraşele Codlea, Săcele, Rupea, Făgăraş, Zărneşti, Victoria.

Spitale de monospecialitate sunt cele de Neurologie şi Psihiatrie, Obstetrică şi Ginecologie, Pneumoftiziologie.

Servicii medicale decontate de CASJ sunt presate şi în cadrul spitalelor private care acoperă o bună parte din serviciile spitaliceşti necesare populaţiei, însă de multe ori implică o coplată care le face inaccesibile majorităţii populaţiei.

Lista spitalelor din judeţ aflate în contract cu CASBV poate fi consultată pe site-ul CAS.

Utilizarea serviciilor

Date privind utilizarea serviciilor spitaliceşti sunt publicate în rapoartele Direcţiei Judeţene de Statistică, anual şi nu au fost incluse în acest raport, însă constituie bază pentru analize pe cazuri particulare de servicii, în corelaţie cu nevoile identificate la celelalte niveluri ale asistenţei medicale.

Accesibilitatea

Accesibilitatea serviciilor spitaliceşti poate fi discutată din punct de vedere al:

- locaţiei principalelor unităţi,
- modalităţilor de internare
- disponibilului de paturi

Cele 12 spitale de stat acoperă următoarele zone spitaliceşti¹⁴, ceea ce arată un acces în mediu de 30-minute până la o unitate spitalicească:

- **Zona Braşov:** municipiul Braşov, municipiul Săcele, oraşele Ghimbav, Râşnov şi Predeal, comunele: Apaţa, Bod, Budila, Cristian, Feldioara, Hălchiu, Crizbav, Măieruş, Ormeniş, Prejmer, Teliu, Vama Buzăului, Hărman, Sânpetru, Târlungeni. – deservită de 2 spitale;
- **Zona Codlea:** municipiul Codlea, cu comunele: Vulcan, Holbav, Dumbrăviţa - deservită de 1

¹⁴ Sistemul sanitar al judeţului Braşov 2015-2016- Direcţia Judeţeană de Statistică

spital;

- **Zona Zărnești:** orașul Zărnești cu comunele: Poiana Mărului, Șinca Nouă, Bran, Moieciu, Fundata – deservită de 1 spital;
- **Zona Făgăraș:** municipiul Făgăraș, orașul Victoria, comunele: Beclean, Cincu, Drăguș, Hârșeni, Lisa, Mândra, Parău, Recea, Șercaia, Șoarș, Șinca, Sâmbăta de Sus, Ucea, Viștea , Voila - deservită de 2 spitale.

Accesarea serviciilor spitalicești se face prin Unitățile de Primiri Urgențe (UPU) și prin ambulatoriile de specialitate.

Disponibilitatea redusă (în termen de timp și număr) a ambulatoriilor de specialitate, face ca numărul de internări prin UPU să fie mai mare, fapt care aglomerează în mod nejustificat Unitățile de primiri urgențe (internare de cazuri cronice decompensate care ar fi putut fi internate prin ambulatoriile de specialitate).

Soluția propusă de către actorii cheie din sistem chestionați de către echipa de proiect, este fie extinderea programului ambulatoriilor de specialitate (două schimburi), fie înființarea de noi ambulatorii de specialitate independente.

Capacitatea de paturi în spitalele de stat (după rapoartele Direcției Județene de Statistică din 2016) este de 3.092 paturi.

În spitalele private există o capacitate de 522 de paturi, în creștere cu 33 de paturi în 2016 față de 2015.

Distribuția paturilor pentru spitalizare continuă este de 3.614 raportat la 294 paturi pentru spitalizare de zi (total pentru toate tipurile de spitale).

În urma analizei de tip focus grup cu managerii de spitale și directorii medicali din principalele spitale din județ au rezultat următoarele aspecte legate de disponibilul de paturi pentru spitalizare continuă.

Spitalul Județean Brașov ridică problema numărului extrem de mic de paturi pentru compartimentul de Anestezie și Terapie Intensivă care este de 20, față de un necesar de 60, argumentând că în acest spital sunt îngrijite cazurile cele mai grave din județ. O altă soluție propusă este înființarea de paturi de ATI în spitalele de monospecialitate.

Creșterea disponibilității de paturi de terapie intensivă este și unul dintre obiectivele PRSS, care prevăd de asemenea dezvoltarea în cadrul spitalelor de servicii intraspitalicești avansate, medicale și chirurgicale. Un astfel de serviciu semnalat ca fiind deficitar în spitalul Județean Brașov este Colecistopancreatografia retrogradă (ERCP). De asemenea, specialiștii

din Spitalul Județean Brașov solicită de mulți ani înființarea unei secții de arși în spital, existând capacitatea de personal necesară.

Distribuția paturilor pentru **spitalizare de zi** pe secții clinice arată un deficit pentru specialități care îngrijesc boli prevalente în comunitate cum ar fi diabetul zaharat, boli cardiovasculare cum ar fi insuficiența cardiacă sau boli cronice respiratorii cum ar fi bronhopneumopatia cronică obstructivă (BPOC).

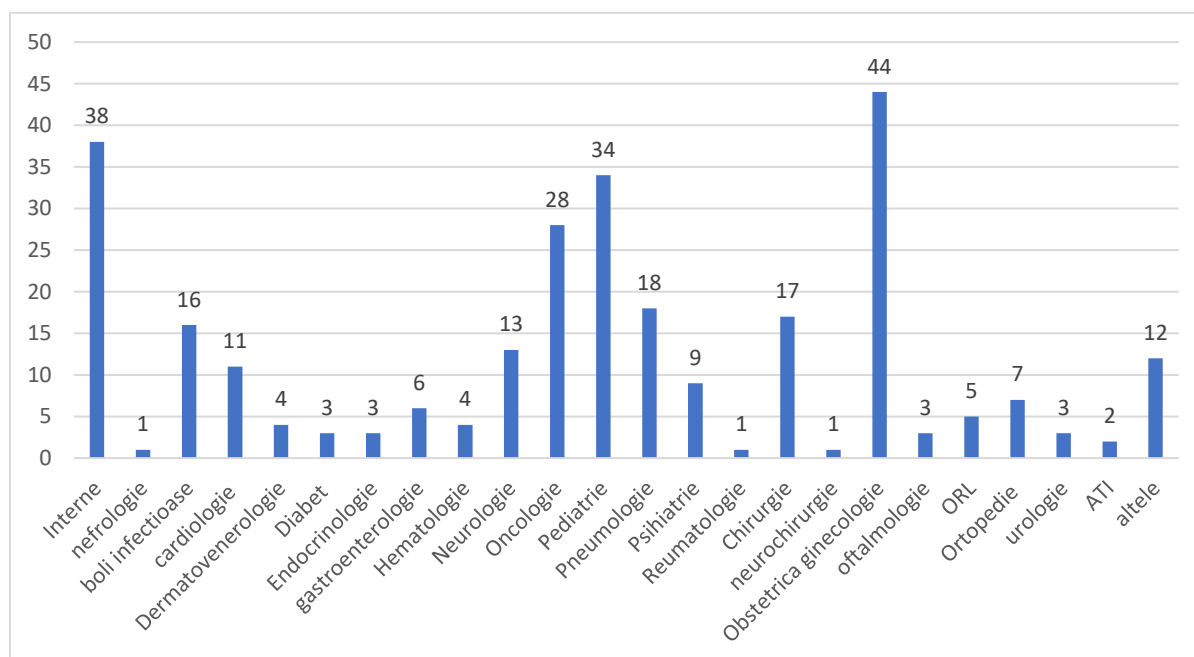


Figura 5: Distribuția paturilor pentru spitalizare de zi pe specialități

De altfel și datele de utilizare ale serviciilor de internare de zi pentru afecțiuni cronice prevalente arată o subutilizare a serviciilor existente.

Tabel 11: Utilizarea serviciilor spitalizare de zi în județul Brașov pentru afecțiuni cu importanță pentru sănătatea publică. (date CASJBV).

Denumire serviciu medical spitalizare de zi	Număr servicii
Diagnostic precoce tumori mamare	0
Diagnostic precoce al leziunilor precanceroase ale colului uterin	0
Supravegherea sarcinii cu risc crescut	5
Evaluarea gravidei pentru infecții cu risc pentru sarcină	0
Diabet tip 1 și 2	491
Insuficiența renală cronică	0
Hepatite cronice B, C, D	371
Ciroza hepatică	3
Monitorizare afecțiuni oncologice cu investigații de înaltă performanță	2953
Monitorizare afecțiuni oncologice fără investigații de înaltă performanță	4061

Din totalul de 3.614 paturi disponibile în județ, 898 sunt paturi de cronici. Distribuția pe specialități a paturilor de cronici este prezentată în graficul alăturat.

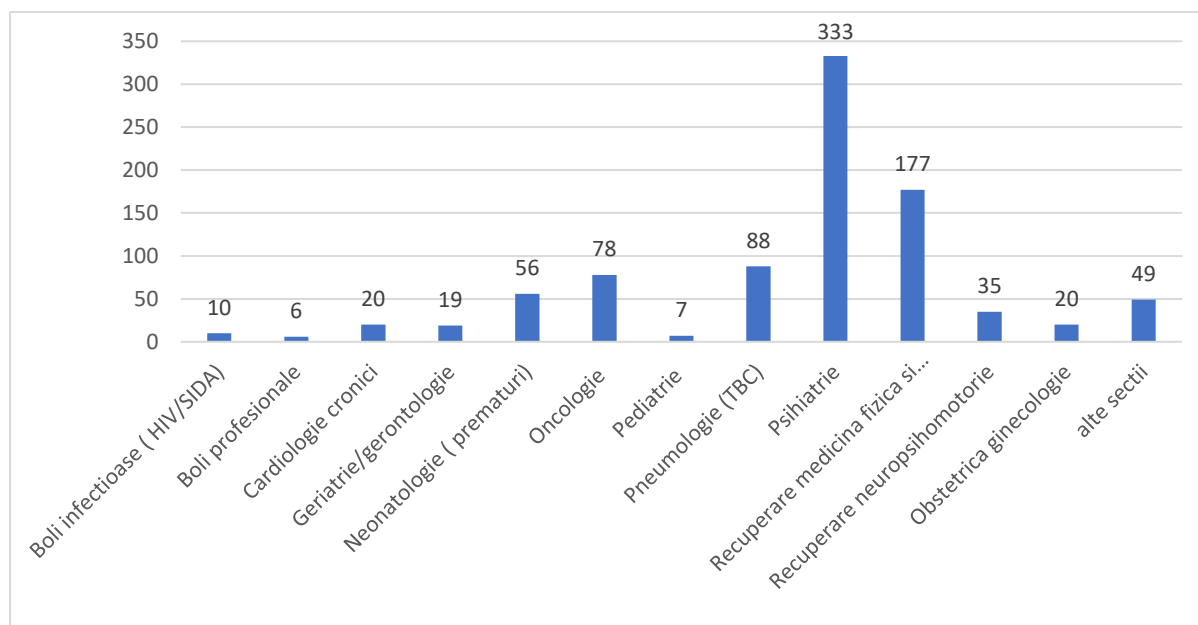


Figura 6: Distribuția paturilor de cronici pe specialități (sursa - Sistemul sanitar brașovean 2015-2016)

Se remarcă un disponibil redus de paturi pentru cronici pentru recuperarea neuromotorie, aspect important în contextul unei prevalențe crescute a bolilor cerebro-vasculare (10.771 cazuri în evidență în anul 2017- sursa Direcția Județeană de Statistică).

Serviciile de recuperare sunt normate de către PRSS la 30 de paturi la 100.000 de locuitori, ceea ce duce la un normativ calculat de 130 de paturi. Și resursa umană este normată la 1 medic și 2 asistente la 5000 de locuitori ceea ce duce la un necesar de 127 de medici de recuperare pentru întreg județul, în prezent existând 20. Întreaga rețea de recuperare trebuie regândită.

Sunt semnalate de către actori cheie din sistem număr insuficient de paturi pentru îngrijiri paliative oncologice și non-oncologice, de geriatrie/gerontologie, alte secții cu capacitate de îngrijire pe termen lung a pacienților cu nevoi speciale.

Dintre pacienții cu nevoi speciale amintim pe cei cu boli pulmonare cronice (ventilație mecanică), boli cardiovasculare (insuficiența cardiacă congestivă clasa IV), pacienți neurologici (scleroză laterală amiotrofică, boala Parkinson, comatoși, miastenia gravis), copii cu boli rare etc. Lista afecțiunilor care prezintă indicații pentru îngrijire pe termen lung sunt cuprinse în

ordinul 253/2018 privind regulamentul de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative (anexa 3).

Capacitatea de răspuns

Timpii de așteptare pentru internare în spitale se leagă în special de disponibilul redus al locurilor de consultație în ambulatoriile integrate, cale prin care pacientul non-acut poate ajunge internat în spital.

Pentru anumite servicii timpii de așteptare la o programare este de 2-3 luni.

În ceea ce privește capacitatea de internare pe termen lung timpii de așteptare sunt grevați de numărul redus de paturi.

Capabilitatea

În sistemul medical spitalicesc lucrează o resursă umană pregătită.

Numeric vorbind există o dimensionare inadecvată cu medici în sistemul spitalicesc fapt care atrage oboseala cronică a personalului.

Noile reglementări cu privire la ziua de odihnă după garda lasă secțiile și ambulatoriile de specialitate integrate descoperite de personal.

În același timp există un necesar de instruire specifică a personalului medical în supraspecializări sau competențe cum ar fi:

- colangiopancreatografie retrogradă (gastroenterologi)
- cardiologie pediatrică
- diabet și boli nutriție pediatrică
- îngrijiri paliative

Acceptabilitatea

Satisfacția pacienților este explorată în toate spitalele.

Calitatea

În toate spitalele sunt implementate sisteme de managementul calității

Eficiență și eficacitate

În sistemul spitalicesc eficientizarea cheltuielilor se poate realiza prin reducerea zilelor de spitalizare și transferul către serviciile de spitalizare de zi.

Există servicii de interes pentru sănătatea comunității cum ar fi urmărirea gravidei în regim de spitalizare de zi, serviciu util pentru dispensarizarea gravidelor cu risc crescut, sau evaluare gravidelor pentru infecții cu risc pentru sarcină, care nu sunt efectuate deloc la Spitalul de Obstetrică și Ginecologie Brașov acesta fiind considerat lipsit de cost-eficiență.

Integrare

În ceea ce privește integrarea serviciilor ne putem referi la integrare verticală care implică transmiterea informației de la furnizorii din asistența medicală primară, cea de urgență, din ambulatoriile de specialitate către spital și invers, cu un circuit bidirecțional.

Există în acest moment o precaritate în comunicarea între medici a informației legate de pacient, fapt care merită o analiză detaliată.

Lipsa informațiilor despre pacient duce la utilizarea inadecvată a resurselor medicale, în sensul duplicării de investigații sau în sensul întârzierii diagnosticului sau a terapiei.

Stabilirea de căi clinice pentru patologii cu impact semnificativ asupra sănătății pacienților este foarte important.

Un alt aspect este integrarea îngrijirilor **pe orizontală** pentru a eficientiza abordarea cazurilor complexe și a minimiza riscurile legate de transferul între nivelurile de asistență medicală sau secții.

În acest sens se solicită de la Spitalul Județean, înființarea de linii de gardă de oftalmologie, neurochirurgie, neurologie.

Unul din serviciile cu impact major asupra sănătății populației este serviciul de STROKE pentru managementul accidentelor vasculare acute, care necesită integrarea serviciilor de urgență cu cele de neurologie și anestezie terapie intensivă, imagistică (computer tomograf) într-o singură locație, pentru a putea acorda serviciul în timpul optim de la declanșarea evenimentului acut.

Este de menționat că în acest moment consultul de neurologie în timpul gărzii se realizează prin transport cu ambulanța al pacientului la spitalul de Neuropsihiatrie, fapt consumator de resurse umane și materiale și reprezentând un inconvenient major pentru pacient, iar pentru pacientul cu AVC reprezintă de fapt pierderea șansei la recuperare totală.

Spitalul de Neuropsihiatrie semnalează un deficit de personal în asigurarea liniei de gardă având doar 10 medici. De asemenea semnalează problematica pacientului cu afecțiuni psihice care este un pacient ce poate asocia și alte morbidități, fiind necesare consulturi de cardiologie și/sau medicină internă, motiv pentru care solicită crearea de posturi în aceste specialități în cadrul spitalului de Neuropsihiatrie Brașov.

Tabel 12. Lista nevoilor de servicii spitalicești

Nevoi de sănătate	Servicii medicale	Nevoi neacoperite
Populație cu boli cronice	Servicii de spitalizare de zi	Număr insuficient de paturi
	Servicii de spitalizare cu paturi pentru cronici	Număr insuficient de paturi
	Servicii de spitalizare pentru durată lungă	Număr insuficient de paturi
Populație cu boli acute	Servicii de terapie intensivă	Suplimentare paturi de terapie intensivă în Spitalul Județean Înființare de paturi de terapie intensivă în spitalele de monospecialitate
	Linii de gardă de specialitate în specialități complementare	Înființare linii de gardă în spitale monospecialitate Linii de gardă complete în Spitalul Județean
	Servicii medicale care necesită tehnologii complexe	Înființare secție de arși/colangiopancreatografie retrogradă
Femei cu sarcini la risc	Servicii de urmărire a sarcinii în ambulatorii de specialitate	Serviciul de evaluare și monitorizare gravide prin SMOG- de dezvoltat
	Servicii de identificare a sarcinii cu risc prin spitalizare de zi	De dezvoltat
	Servicii de urmărire a sarcinii cu risc prin spitalizare de zi	De dezvoltat
Populație la risc pentru cancer prevenibile	Servicii de diagnostic precoce al tumorilor mamare	Insuficient utilizat
	Servicii de diagnostic precoce al leziunilor precanceroase ale colului uterin	Insuficient utilizat
Adulți cu afecțiuni osteoarticulare	Recuperare neuro-motorie și psihiatrică	Număr insuficient de paturi
Adulți/copii cu dizabilitate/handicap	Recuperare neuro-motorie și psihiatrică	
Adulți/copii cu probleme de sănătate mintală	Recuperare neuro-motorie și psihiatrică	
Adulți/ copii cu boli cronice	Recuperare/reabilitare	Insuficiente paturi și specialiști

➤ *La nivel de comunitate*

• Servicii de asistență medicală primară

- La nivel de cabinete de medicina de familie

Descrierea serviciilor din asistența medicală primară.

Medicina de familie este segmentul de asistență medicală, considerat punctul de

intrare în sistemul de sănătate. La acest nivel se prestează servicii dintr-un pachet de bază care este considerat esențial pentru nevoile populației. De acest pachet de bază beneficiază populația asigurată a județului care este de 471.696 (sursa CASBV-2018) , procentul de persoane asigurate din județ fiind de 74.2%.

Chiar și persoanele neasigurate beneficiază de un pachet minimal de servicii medicale pentru situații de urgență (atât în cabinete cât și în centrele de permanență), pentru situații cu risc epidemiologic, gravidele etc.

În situația în care o persoană prezintă afecțiuni grave aceasta poate deveni asigurată prin boala respectivă.

Medicii de familie sunt organizați ca profesie liberală. Activitatea lor este reglementată de către un contract cadru bianual, împreună cu normele de implementare ale acestuia.

Pot presta servicii în asistența medicală primară doar medicii care au contract cu Casa de Asigurări de Sănătate.

Numărul de medici de familie în județ este reglementat prin contractul cadru, în așa fel încât distribuția să fie de 1 medic la 1.800 de locuitori, cu un număr minim de 800 de asigurați pentru a putea menține contractual cu Casa de Asigurări.

Acoperirea cu medici de familie în județul nostru este peste media națională ea fiind de 6,2 medici de 10.000 de locuitori¹⁵ față de media națională de 5,9 la 10.000 de locuitori. Distribuția medicilor de familie nu este uniformă în județ, la nivel rural existând 5,2 medici la 10.000 de locuitori față de urban unde este de 7,3 la 10.000 de locuitori.

Fiecare medic de familie are obligația contractuală de a colabora cu o asistență medicală. În acest sens putem afirma că există disponibil cel puțin același număr de asistente medicale, câți medici sunt în contract cu CAS. Datorită finanțării deficitare a acestui segment de asistență medicală, salariile asistentelor din cabinetele de medicina familiei nu sunt motivante și există o fluctuație a forței de muncă în acest sens.

Pe lângă datele de la Direcția de Sănătate Publică și cele de la CASBV, pentru a putea descrie mai bine serviciile de medicina familiei din punct de vedere al utilizării, accesibilității, responsivității, capabilității, acceptabilității și calității și a evidențierii locului real al medicului de familie în raport cu nevoile de sănătate ale pacienților, am efectuat un studiu pe un eșantion

¹⁵ Datele Institutului Național de Statistică, 2014

reprezentativ statistic, în populația județului Brașov. Câteva din aceste date sunt prezentate în descrierea de mai jos.

Locația

Cabinetele de medicina familiei sunt înființate și coordonate de către medicii de familie, în spații proprii și în spații puse la dispoziție de către comunitățile locale. Aproape fiecare localitate are un cabinet de medic de familie.

În acest moment în contract cu CASBV sunt 316 medici de familie și nu este raportat deficit, la acest indicator, pentru că este luată în calcul și rețeaua de medici de familie de la Casa OPSNAJ.

Există însă localități cum ar fi Cața, Beclean, Augustin care nu au în prezent medic de familie. Harta furnizorilor de servicii din AMP poate fi consultată pe site-ul CASJBV¹⁶.

Utilizarea serviciilor

Datele de utilizare a serviciilor pot fi obținute de la CASBV. În general se poate afirma că există o debalansare a serviciilor către patologia acută și cronică, cu o evidențiere mai mică a serviciilor de interes pentru sănătatea publică cum ar fi cele preventive sau cele de monitorizare de boală cronică. Acest fapt se datorează mai multor factori de sistem și vor fi explicitate în cele ce urmează.

Accesibilitatea

Cabinetele de medicina familiei funcționează într-un program de minim 5 ore de cabinet și 2 ore de teren pe zi/ 5 zile pe săptămână. Cabinetele cu liste mai mari de pacienți pot contracta un timp mai mare de lucru respectiv 6 sau 7 ore de cabinet urmate de 2 ore de teren.

Majoritatea cabinetelor lucrează în două schimburi, ceea ce asigură și accesul persoanelor care lucrează până la ore mai târzii după amiaza. Accesul la medicul de familie nu este grevat de plata serviciilor, acest serviciu este gratuit la punctul de utilizare.

Există însă bariere de acces, în situația cabinetelor care lucrează în schimburi, putând exista perioade de 24 de ore în care medicul de familie nu este disponibil.

Datele despre accesibilitatea la cabinetele de medicină de familie, geografic vorbind, sunt confirmate de către studiul de „Analiză a nevoilor de acces la serviciile de sănătate ale populației generale din regiunile de dezvoltare Vest și Centru”, un proiect finanțat de către

¹⁶ <http://www.cnas.ro/casbv/map-location/idCounty/14>

Fondul Social European (2011), care a studiat distanțele medii până la cabinetul medicului de familie, pentru județul Brașov, datele arătând acces relativ facil la medicul de familie, atât pentru localitățile urbane cât și cele rurale.

Din punct de vedere al accesibilității la medicul de familie este important de reținut că numărul de consultații este normat la 20/24 pe zi în funcție de timpul contractat. Acest aspect poate fi limitativ, un pacient putând obține programare pentru o consultație, a doua sau chiar a treia zi pentru o afecțiune acută. Cu toate acestea la întrebarea adresată pacienților privitor la dificultăți de accesare a medicului de familie în ultimele 6 luni, doar 11,4% au răspuns că nu și-au putut accesa medicul de familie în condițiile dorite.

Populația a fost de asemenea întrebată cu privire la numărul de vizite la medicul de familie în ultimul an. Aproximativ 70% din persoanele intervievate au accesat medicul de familie de 1-8 ori în ultimele 12 luni, ceea ce arată că serviciile din cabinetele de medicina de familie sunt solicitate frecvent.

Privitor la acces a fost explorată și accesarea telefonică a cabinetului, care se poate realiza cu ușurință în 90 % din situații. La fel și programul cabinetului. 91,2% din respondenți au afirmat că programul medicului de familie îi permite să ajungă la consultație

Capabilitatea resursei umane din medicina de familie

Această caracteristică este data de abilitățile și competențele medicului de familie. În 91,1% din situații respondenții au afirmat că medicul de familie le-a putut rezolva problema pentru care s-au adresat iar 93% din persoanele intervievate au afirmat că medicul de familie le cunoaște istoricul medical și medicamentele pe care le iau. 88% au afirmat că primesc de la medicul de familie, informații clare despre boala lor.

Acest lucru subliniază, ceea ce toate statisticile internaționale arată, și anume că majoritatea problemelor de sănătate ale populației se rezolvă la nivelul medicinei primare și faptul că medicul de familie este o resursă de încredere pentru pacient care asigură îngrijiri nu numai transversale, dar și longitudinale de-a lungul vieții pacientului, fapt apreciat de către populație.

Acceptabilitatea serviciilor

Legat de satisfacția pacienților în legătură cu serviciile din asistența medicală primară, un indicator indirect este stabilitatea la medicul de familie. Din studiul realizat de către echipa de proiect rezultă că mai mult de 50% din pacienții intervievați sunt de peste 10 ani la același medic de familie.

Calitatea

În cabinetele de medicina familiei sunt respectate standarde de autorizare impuse de Autoritățile sanitare și cele de evaluare propuse de Casele de Asigurări de Sănătate.

Investițiile și dezvoltarea cabinetelor de medicina familiei sunt însă grevate de slaba finanțare a acestui segment de asistență medicală.

Eficiență și eficacitate

Datele cu privire la numărul de consultații pe cap de locuitor la nivelul medicinei de familie arată că Brașovul are o medie de 1,4 consultații/cap de locuitor, mult sub celelalte județe din Regiunea de Centru¹⁷, cu o medie ușor mai mare în mediul rural 1,6 consultații pe cap de locuitor. Acest lucru poate releva mai multe aspecte:

- populația județului este predominant urbană și accesul la servicii medicale private este facil. Acest lucru se remarcă în special în segmentul de populație tânără care accesează sisteme private de sănătate (asigurări în rețele private prin angajatori);
- numărul de servicii raportat nu se suprapune peste cel real efectuat deoarece există un număr limitat de servicii care sunt raportate prin plafonarea acestora.

Principalele tipuri de servicii din asistența medicală primară sunt următoarele:

- serviciile preventive (aduți/copii),
- servicii curative (pentru afecțiuni acute și cornice),
- servicii la domiciliu,
- servicii de urmărire a sarcinii și lăuziei,
- servicii de supraveghere a bolilor cu potențial endemo-epidemic,
- servicii de educație,
- servicii de planning familial,
- servicii de urgențe medico-chirurgicale,
- servicii de management al bolilor cornice,
- servicii de suport.

Datele privind acoperirea cu servicii sunt furnizate de către Casa Județeană de Asigurări de Sănătate (2018).

Din datele amintite am extras informații privitoare la servicii de bază pentru grupuri populaționale la risc cum ar fi gravidele, copiii dar și date despre servicii considerate esențiale

¹⁷ Planurile Regionale de Servicii de Sănătate

pentru sănătatea populației.

- **monitorizarea gravidei** – un serviciu prestat de către medicul de familie pe parcursul întregii sarcini, care constă în 12 vizite, a înregistrat în anul 2018 un număr de 14.558 servicii prestate și raportate în pachetul de bază și 233 servicii în pachetul minimal;
- dacă ne raportăm la numărul de gravide rămase în evidență la sfârșitul anului 2017 care este de 2027 și estimăm un număr minim de 8 consultații de urmărire a gravidei ar rezulta un număr de 16.216 servicii de evaluare în cabinetele medicilor de familie care sunt peste cele efectuate;
- **examene de bilanț (adulți/copii)**- un serviciu de esențial în cabinetele medicilor de familie, au fost efectuate 32.473 consultații în pachetul de bază și 14 în pachetul minimal. Ținând cont de faptul că doar populația pediatrică, la care se indică vizite de evaluare anuale, numără 127.410 persoane se poate evidenția sub-utilizarea acestui serviciu;
- **consultații de planificare familială** - Nu există nici un serviciu raportat în pachetul de bază iar în pachetul minimal sunt raportat 161 de servicii. Practica serviciului de planning familial necesită un atestat dobândit prin formare în clinică de specialitate. Este un serviciu pe care medicii de familie îl prestează doar la nivel de consiliere. De menționat că există în județ un cabinet de planning familial însă accesarea lui nu este posibilă de către persoanele din județ datorită distanței;
- **servicii de urgență** - nu există servicii raportate în pachetul de bază, iar în pachetul minimal există raportate în anul 2018 un număr de 1188 de servicii. Raportat la o populație neasigurată de 164.901 în județ se evidențiază că nu este un serviciu utilizat de către populație.

Aceste date sunt îngrijorătoare arătând o subutilizare a acestor servicii importante.

După consultarea actorilor cheie din sistem (interviuri cu medici de familie) s-a constatat că exactitatea acestor date este grevată de următoarele probleme:

- numărul serviciilor medicale decontate este plafonat la nivel de furnizor ceea ce face ca multe servicii, deși efectuate, să nu fie evidențiate în cifrele din rapoartele CASBv;
- incidența mare a cazurilor acute și prevalența mare a bolnavilor cronici determină ca timpul dedicat pentru serviciile preventive să fie limitat. Medicii afirmă că prevenția se realizează de multe ori intricat actului medical curativ și de aceea nu este evidențiată;
- unele servicii necesită și investigații de laborator, imagistice, consulturi interdisciplinare

- care sunt mai greu accesibile pentru grupuri de pacienți din zone rurale îndepărtate;
- de asemenea este de remarcat că anumite servicii, cum ar fi consultațiile la domiciliul asiguraților sunt grevate de o procedură dificilă de raportare (necesitatea transportării cititorului de card la domiciliul pacientului), fapt care îi determină pe furnizori să nu le înregistreze.

Ținând cont de aceste aspecte, considerăm că datele de utilizare ale serviciilor din medicina de familie sunt incomplete și nu relevă realitatea din practica curentă.

Integrarea

Integrarea serviciilor la nivel de asistență medicală primară este esențială. Medicul de familie este gestionarul informației medicale legate de pacient, locul unde se realizează sinteza diagnostică și terapeutică. Medicii de familie trebuie să fie facilitatorii pacienților în sistem. În prezent aceste roluri sunt îndeplinite în mod necoordonat, existând căi clinice agreate între specialități privitor la principalele afecțiuni și modalitatea de trimitere a pacientului.

În concluzie în cabinetele medicilor de familie serviciile esențiale sunt disponibile, însă sunt în mod deficitar oferite (cel puțin aparent) către populațiile prioritare și grupurile la risc. Este necesară o mai atentă înregistrare și raportare a datelor care reflect activitatea medicului de familie în servicii esențiale pentru sănătatea populației.

Serviciile deficitare necesită și sprijin din partea autorităților locale care pot interveni prin:

- angajarea de asistenți comunitari, care să colaboreze cu medicii de familie în vederea identificării persoanelor vulnerabile la nivel de comunitate (copii, gravide, vârstnici).
- modernizarea infrastructurii cabinetelor din rural cu sprijinul comunităților locale.

Tabel 13. Nevoia de servicii din asistența medicală primară

Nevoia de sănătate	Servicii existente	Nevoia neacoperită
Mentținerea stării de sănătate și prevenția îmbolnăvirilor	Ex de urmărire a creșterii și dezvoltării copii	Serviciile există - trebuie îmbunătățită raportarea lor
	Ex preventive adulți	Serviciile există - trebuie îmbunătățită raportarea
	Ex de urmărire a gravidei	Serviciul există- trebuie identificat un sistem de management integrat cu Spitalul de Obstetrică și Ginecologie
	Servicii de planning familial	Servicii de planning specializat în cabinetele medicilor de familie/ distribuie de contraceptive
Acces la îngrijiri pentru boli	Servicii curative	Există dar trebuie îmbunătățit accesul la investigații de tip point of care testing (POCU) pentru a facilita accesul pacienților la
	Continuitatea asistenței în centre de permanență	Serviciul există. Este necesară înființarea de centre de permanență, cu sprijinul autorităților locale pentru o acoperire completă pe zone ale județului

- **Centrele de permanență**

Centrele de permanență sunt structuri înființate în baza Legii 263/2004, care reglementează asigurarea continuității asistenței medicale primare în regim de gardă a colectivităților arondate. Activitatea în centrele de permanență este reglementată prin normele metodologice prevăzute în ordinul 697 din anul 2011.¹⁸

Organizarea serviciului

Centrele de permanență sunt organizate și coordonate de către medici de familie și au fost înființate prin libera asociere a acestora.

Ele se află sub coordonarea Direcțiilor de Sănătate Publică.

Spațiile în care se desfășoară activitatea centrelor de permanență sunt cabinetele de medicina familiei sau spații special amenajate puse la dispoziție de către Consiliile Locale.

În județul nostru majoritatea centrelor de permanență funcționează în spațiile cabinetelor medicale, unul sigur funcționează în spațiul pus la dispoziție de către primărie (Victoria). În acest caz ultim caz, cheltuielile de întreținere și dotare revin Consiliului Local.

Locație

În prezent în județul Brașov există 10 centre de permanență. Toate centrele sunt de tip fix. Dintre acestea, în 6 centre medicii își desfășoară activitatea într-o singură locație, iar în alte 4 centre activitatea este prin rotație în fiecare cabinet din grupare.

În centrele de permanență lucrează 66 de medici de familie și tot atâtea asistente.

Tabel 14. Centre de permanență din județul Brașov

Tip Centru	Localități unde se află sediul centrului		Zona arondată
	Rural	Urban	
O singură locație		Râșnov	Râșnov, Tohanu Nou, Sohodol, Bran, Moieciu, Predeluț, Cristian, Vulcan, Fundata cu satele și zona turistică arondată
		Victoria	Oraș Victoria
		Medo	Brașov, Ghimbav
		Medfam Astra	Brașov - Astra, Răcădău
		Predeal	
	Feldioara		Feldioara, Rotbav, Reconstrucția
Rotative	Recea/ Lisa/ Ucea/ Viștea		Lisa, Sâmbăta de Sus, Recea, Ucea Viștea cu satele și zona turistică arondată
	Șinca Veche/ Șinca Nouă/		Șinca Veche/Șinca Nouă/Pârâu/Mândra

¹⁸ Ordinul 697/20122 - pentru aprobarea Normelor metodologice cu privire la asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență

Pârău/ Mândra	
Hărman, Sân Petru, Bod	Hărman, Sân Petru, Bod
Bunești, Hoghiz, Jibert, Comăna	Bunești, Hoghiz, Jibert, Comăna

Accesibilitate

Accesul populației la serviciile din centrele de permanență nu este condiționat de vârstă, sex, problema medicală sau de categoria de asigurat și nu sunt condiționate de costuri.

Populația este încurajată să se adreseze la centrele de permanență pentru afecțiuni încadrate în codul verde, adică afecțiuni cu un grad de urgență scăzut, care însă nu pot fi amânate până la obținerea unei programări la medicul curant.

Distribuția actuală a centrelor de permanență din județ nu asigură accesul facil al populației.

Un aspect important este numărul redus al acestora, existând zone cu populație marginalizată cum ar fi Săcele, Târlungeni, Zizin care ar avea nevoie de asistență medicală și înafara orelor de program ale medicilor de familie.

Din datele raportate de centrele de permanență există o adresabilitate mare și în urban, de aceea ar fi recomandată deschiderea de noi centre de permanență în localități urbane cum ar fi Codlea, Făgăraș, Brașov - cartiere Noua, Triaj.

O problemă de acces este identificată la centrele de permanență cu funcționare prin rotație. Dispersia mare a localităților din grupare nu permite accesul populației din zona arondată.

Capacitatea de răspuns

Centrele sunt deschise în timpul săptămânii între ora 15,00-8,00 iar în weekend 24/24.

Capabilitate

Resursa umană medici de familie și asistente au parcurs și sunt preocupați de parcurgerea de module de formare continuă pentru asistența de urgență.

Acceptabilitate

Nu a fost evaluată

Calitate

Nu a fost evaluată

Eficacitate și eficiență

Pentru 6 din cele 10 centre de permanență s-a putut centraliza activitatea pentru

ultimele 6 luni ale anului 2018, raportările fiind complete. În aceste centre s-au prestat un număr total de 9.761 de consultații ceea ce determină o medie totală pe zi de 53 de pacienți pentru întregul județ. Majoritatea pacienților sunt cei din grupa de vârstă 4-59 de ani, însă în Brașov se remarcă o adresabilitate mare a populației pediatrice (sugari și copii mici).

Majoritatea consultațiilor sunt acordate de către centrul de permanență din orașul Brașov (MEDFAM ASTRA) care a raportat 3.417 consultații în ultimele 6 luni ale anului 2018.

Consultațiile efectuate în centrele de permanență reprezintă circa 8% din numărul de prezentări la camera de gardă în spitalele publice din județ (652 prezentări pe zi în toate la UPU și camerele de gardă ale spitalelor - vezi tabel). Rezultatele unei cercetări¹⁹ anterioare au arătat că 70% din prezentările la camera de gardă și UPU sunt nejustificate, afecțiunile pentru care s-au înregistrat prezentări încadrându-se în codul verde, cu posibilitate de rezolvare prin centrele de permanență. Acest fapt indică o necesitate mai mare de centre de permanență în județ, precum și o promovare mai corectă a celor existente, în rândul populației.

Probleme de funcționare

Interviurile cu actorii cheie din sistem au arătat că există unele probleme în funcționarea centrelor de permanență.

Medicii de familie din centrele de permanență lucrează în regim de gardă. Majoritatea medicilor de familie sunt femei (2/3), la fel și asistenții medicali. Acest lucru expune personalul la pericole, mai ales în cursul nopții. Este necesară intervenția primărilor pentru a asigura pază și protecție pentru personalul medical.

Nevoia de sănătate	Servicii existente	Nevoia neacoperită
Afecțiuni cu caracter de urgență	Continuitatea asistenței în centre de permanență	Serviciul există. Este necesară înființarea de centre de permanență, cu sprijinul autorităților locale pentru o acoperire completă pe zone ale județului

- **Servicii de asistență medicală comunitară**

Asistența comunitară se adresează populației în general dar în special grupurilor vulnerabile, cu risc mare de excluziune socială.

Identificarea nevoii de asistență medicală comunitară are la bază o metodologie specific dezvoltată de către Școala Națională de Sănătate Publică și Management a Serviciilor

¹⁹ Neculau Andrea Elena et al „Emergency units are crowded - is that GP's fault? A case study in Brasov County, Romania“ Presenting author(s): Wonca Europe Prague, 28.06-01.07.2017, ID 1196

de Sănătate²⁰. Aceasta constă în calcularea scorului compozit de risc atât la nivel județean, cât și la nivel local.

Scorul compozit de risc este o cifră care se calculează ținând cont de procentele în care există la nivelul comunității studiate populația 0-14 ani, cea peste 60 de ani și populația de etnie romă.

Definim **intervalul de risc** diferența față de media națională, a ponderii populației studiate în comunitatea respectivă.

Astfel, pentru fiecare localitate din județ se va calcula abaterea față de medie a ponderilor populațiilor din fiecare grup amintit.

Riscul este 1 dacă valoarea este negativă cuprinzând și cifra 0.

Riscul este 2 dacă valoarea obținută este între 0 și prima quartilă

Riscul este 3 dacă valoarea obținută este între prima și a doua quartilă

Riscul este 4 dacă valoarea este cuprinsă între a doua și a treia quartilă

Riscul este 5 dacă valoarea este cuprinsă între a treia și a patra quartilă

Intervalele de risc astfel calculate pentru fiecare grup populațional dintr-o anumită comunitate se însumează rezultând **scorul compozit de risc**.

Aceste scoruri se pot situa între 3-15 pentru fiecare localitate.

Definim:

- Scor mic - între 3-5
- Scor mediu - între 6-8
- Scor mare - între 9-11
- Scor foarte mare - 12-15

Calculul scorului compozit de risc servește la normare activității asistentului medical comunitar și astfel la stabilirea necesarului pentru resursa umană din teritoriu.

Astfel pentru zonele cu risc mic – se normează 1 asistentă medicală comunitară (AMC) la 2000 de locuitori.

Cele cu risc mediu – 1 AMC la 1750 locuitori

Cele cu risc mare – 1 AMC la 1500 de locuitori

Cele cu risc foarte mare - 1 AMC la 1000 de locuitori

Normarea asistenților comunitari se poate face și în funcție de numărul de persoane

²⁰ Vlădescu C, Matei M, Sfetcu R. Ghid practic pentru asistența medicală comunitară, 2012.

asistate, respectiv 1 asistent comunitar la 420 de asistați.

Este rolul comunităților locale să identifice necesarul de personal și să contribuie la organizarea serviciului de AMC în zonă.

Planurile Regionale de Servicii de Sănătate prevăd următoarele:

- formarea unui număr de 25-30 de echipe comunitare integrate în Regiunea Centru până în anul 2020, în zonele cu concentrație mare a populației marginalizate;
- pentru crearea acestor noi echipe comunitare integrate se va lansa o invitație de depunere a cererilor în rândul autorităților locale. Sunt avute în vedere două etape de depunere a cererilor prima se va concentra pe comunele fără medici de familie, iar cea de-a doua se va adresa tuturor localităților.

Criteriile de stabilire a priorităților în selecția cererilor se vor baza pe:

- suport logistic și financiar pentru costurile operaționale ale centrelor comunitare integrate, asigurate de autoritatea locală (inclusiv o contribuție la plata salariilor personalului de îngrijire comunitară);
- localitățile incluse în Atlasul Zonelor Rurale Marginalizate și al Dezvoltării Locale;
- localități fără medic de familie;
- localități care au în componență cel puțin 3 sate;
- asigurarea personalului minim care să asigure funcționarea centrului;
- statut juridic și stare fizică adecvate ale unităților existente;
- % de populație de etnie rromă din totalul populației din zonă;
- numărul femeilor aflate la vârsta de reproducere de 15-49 ani;
- numărul copiilor cu vârsta între 0 și 5 ani;
- numărul adulților cu vârsta minimă de 65 de ani.

Atragerea și angajarea personalului de îngrijire la nivel de comunitate (asistentă comunitară și mediator de sănătate unde este cazul) pentru a susține și a completa (în special prin vizite pe teren) activitatea medicilor de familie și a lucra sub supravegherea medicului de familie.

Nevoia de sănătate	Servicii existente	Nevoia neacoperită
Probleme medicale în comunități defavorizate	Nu există	da

- **Servicii de asistență medicală din ambulatoriul de specialitate**

Planurile Regionale de Servicii de Sănătate²¹ prevăd dezvoltarea facilităților de îngrijire în regim ambulatoriu clinic și paraclinic, ca o alternativă la utilizarea serviciilor spitalicești în regim acut.

Obiectivele generale ale planurilor strategice pentru regiunea Centru din care face parte și Brașovul, sunt:

- creșterea gradului de acoperire cu medici și servicii în specialitățile clinice de bază în toate zonele urbane, în special medicină internă și chirurgie generală, care înregistrează cel mai mare deficit în regiune;
- suplimentarea numărului de medici în domeniile clinice care înregistrează deficit mare și adresabilitate mare în regiune, ca de exemplu reumatologia și neurologia pediatrică, în special în județele Covasna și Harghita;
- revizuirea și reducerea țăintelor normative pentru medici pentru domeniile clinice cu grad redus de adresabilitate (de exemplu chirurgia cardiacă, chirurgia toracică, neurochirurgia) și pentru care sunt disponibile servicii de îngrijire în regim de zi.

Întărirea capacității ambulatoriilor integrate prin reabilitare, renovare și echipare trebuie să fie în atenția autorităților locale.

Identificarea și atragerea de medici în specialități deficitare este de asemenea o prioritate.

Locația

Brașovul are un număr de 11 ambulatorii clinice integrate, 32 de cabinete medicale individuale și 31 de policlinici în care se acordă servicii ambulatorii de specialitate (sursa Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar din București).

Din punct de vedere al serviciilor paraclinice, Brașovul are 5 ambulatorii în spitale și 18 ambulatorii private.

Accesibilitatea

În anul 2017 în județul Brașov funcționau 108 cabinete medicale de specialitate în diferite forme de organizare, toate în mediul urban.

²¹ <http://www.monitoruljuridic.ro/act/planuri-regionale-din-6-decembrie-2016-de-servicii-de-s-n-tate-emitent-ministerul-s-n-t-ii-publicat-n-193861.html>

Normativele țintă pentru acoperirea cu servicii de specialitate în ambulatoriu (vezi anexa 1) prevăd un necesar de 1 medic la 10.000 de locuitori pentru specialitățile de bază (medicină internă, pediatrie, obstetrică și ginecologie) și 1 medic la 50.000 de locuitori pentru celelalte specialități clinice. Pornind de la aceste recomandări și calculând la populația județului Brașov oferită de Direcția Județeană de statistică de 634.236 locuitori, se identifică un deficit important în specialitățile de bază, în special în chirurgia generală dar și la nivel de medicină internă și pediatrie.

Raportat la normativele din planurile PRSS (vezi anexa 1) specialitățile identificate ca fiind deficitare în județul nostru sunt (vezi anexa 2 pentru lista tuturor specialităților):

Lista specialităților deficitare

Specialitatea	Deficit
Medicina internă	21
Pediatria	11
Obstetrică și ginecologie	11
Chirurgie generală	33
Chirurgie pediatrică	6
Chirurgia plastică și reparatorie	9
Chirurgie toracică	10
Chirurgie vasculară	9
Gastroenterologie	7
Geriatría	10
Hematologia	6
Nefrologia	5
Neurochirurgie	9
Neurologie pediatrică	7
Oftalmologie	1
Psihiatrie pediatrică	6
Reumatologie	2
Urologie	3

Accesibilitatea este dată și de programul ambulatoriilor de specialitate. O remarcă a managerilor de spitale a fost că programul ambulatoriilor de specialitate integrate este prea scurt și nu permite acoperirea unui număr suficient de cazuri.

Capacitatea de răspuns

Din datele oferite de focus grupul în care au fost invitați managerii și directorii medicali ai principalelor spitale din județul nostru au rezultat următoarele probleme în ceea ce privește capacitatea ambulatoriilor de a oferi programări pentru servicii.

- *Spitalul Județean Brașov* are în ambulatorul integrat 20 de cabinete dintre care 12 în sediul central. 7 cabinete sunt relocate odată cu secțiile aflate în prezent în renovare. Problemele sesizate sunt timpul limitat pentru consultațiile din ambulatoriile integrate și insuficienta dotare cu echipamente a serviciilor din ambulator.
 - *Soluția propusă:* ambulatorii de specialitate dedicate cu medic în contract integral cu CASBV
 - există în program achiziții de echipamente pentru ambulatoriile Spitalului Județean printr-un program POR)
- *Spitalul de Pneumologie* - 2 cabinete ambulatorii - semnalează că nu are spațiu să organizeze și altele. Există timpi de așteptare la programare de 3-4 săptămâni.
 - *Soluție propusă:* organizarea cabinetului în 2 ture
- *Spitalul de Boli Infecțioase* sesizează că ambulatoriul este aglomerat (în medie 70-90 de prezentări pe zi).
 - *Soluția propusă:* înființarea de posturi de medici de boli infecțioase și în cadrul altor spitale
- *Spitalul din Săcele* - 11 specialități în 6 cabinete. Timpi de așteptare aproximativ 2 luni pentru cardiologie. Nu mai au spațiu pentru extindere.

Capabilitatea

Resursa umană este pregătită corespunzător. Este însă semnalată dotarea precară a ambulatoriilor de specialitate fapt care nu permite rezolvarea de cazuri la acest nivel.

Acceptabilitatea

Pacienții au încredere în această resursă însă sunt descurajați de timpii de așteptare.

Calitatea

Nu a fost evaluată

Eficacitate și eficiență

Din analiza serviciilor prestate în ambulatoriile de specialitate privitor la anumite tipuri de servicii de interes pentru sănătatea populației rezultă următoarele:

Ambulatoriile de specialitate de obstetrică și ginecologie

- Serviciu de monitorizare a sarcinii în ambulatoriu - 253 de consultații pe an. Raportat la numărul de gravide aflate în evidență la sfârșitul anului 2017 acest număr de consultații arată adresabilitatea mică pentru acest serviciu. Este de analizat motivul pentru care

gravidele nu se adresează acestui serviciu.

- Serviciul de screening pentru cancerul de col uterin – prestat pentru 5829 de cazuri pe an

Ambulatorii pentru servicii conexe actului medical

- Servicii de consiliere psihologică adulți și copii - accesate de către 328 de persoane. Numărul consultațiilor este insuficient raportat la nevoia de consiliere asociată bolilor cronice

Ambulatoriile de recuperare pentru copii

- Nu există serviciul

Beneficiarii acestui serviciu sunt atât copiii cu afecțiuni ortopedice, cât și cei cu afecțiuni neurologice. Prezența unui serviciu de recuperare ambulatoriu care să fie coordonat de către un medic specialist în recuperare medicală (sau medic neurolog) este foarte importantă pentru că facilitează accesul copiilor la tratament recuperator fără a îi scoate din programul școlar, nu necesită zile de concediu de îngrijire copil pentru părinți, este cost eficient pentru că nu necesită costuri cu spitalizarea. Este nevoie de o resursă umană specializată care să aibă cunoștințe adecvate pentru recuperarea pediatrică

Nevoia de sănătate	Servicii existente	Nevoia neacoperită
Diagnostic si tratament afecțiuni	Ambulatorii de specialitate integrate și independente	Creșterea capacității ambulatoriilor integrate
Fumat		Reînființare serviciu STOP fumat
Obezitate		Serviciu de consiliere în nutriție
Pacienți cu consum de substanțe		Servicii ALIAT
Depresie, anxietate		Consiliere psihologică

- **Servicii de asistență medicală de urgență**

Serviciile medicale de urgență sunt cuprinse într-un sistem de modernizare la nivel național. În acest moment Unitatea de Primiri Urgențe este în curs de dotare și modernizare în cadrul unui program finanțat de către Banca Mondială ²².

Problematika serviciilor de urgență din județul nostru, ca de altfel din toată țara, este colmatarea acestora cu adresări non-urgente.

²² Planurile Regionale de Servicii de sănătate din 6 decembrie 2016. MO nr 988 bis din 08.12.2016

Acest fapt se datorează dificultăților de acces la servicii la alte niveluri ale asistenței medicale, pacienții alegând calea sistemului de urgență ca metodă de rezolvare a acestui deficit.

Cea mai stringentă problemă de acces este cea la ambulatoriile de specialitate precum și la serviciile de imagistică. Date dintr-un studiu personal efectuat în Unitatea de Primiri Urgențe Brașov în anul 2017 au arătat că 50% din cazurile prezentate ar fi putut fi rezolvate și la nivelul cabinetelor de medicina de familie, chiar și cu dotările minimale ale acestora.

Sunt necesare măsuri de degrevare a activității UPU și a ambulanței în care se încadrează și o mai bună distribuție a centrelor de permanență, precum și o mai bună promovare a lor.

Locația

Asistența medicală de urgență se desfășoară în:

- Unitatea de primiri urgențe Brașov,
- Centrul de primiri urgențe Făgăraș,
- Camerele de gardă ale spitalelor,
- Sistemul de ambulanță și SMURD,

Există 2 unități de ambulanță și SMURD care sunt proprietate publică și 3 care sunt proprietate privată

Utilizarea serviciilor de urgență

Tabel 15. Numărul de prezentări în camerele de gardă ale spitalelor pentru anul 2017

(sursa - Direcția Județeană de Statistică)

Spital	Urban	Rural	Total	Urban%	Rural%	Total%
Sp. Județean	59284	20764	80048	74,1	25,9	33,62
Sp. copii Brașov	24816	11937	36753	67,5	32,5	15,44
Sp. OG	11732	7041	18773	62,5	37,5	7,89
Sp. Boli infecțioase	17718	5034	22752	77,9	22,1	9,56
Sp. Psihiatrie	10092	4092	14184	71,2	28,8	5,96
Sp. Pneumoftiziologie	10201	2644	12845	79,4	20,6	5,40
Sp. Făgăraș	13306	13090	26396	50,4	49,6	11,09
Zărnești	6076	2455	8531	71,2	28,8	3,58
Rupea	2374	5375	7749	30,6	69,4	3,25
Codlea	7630	2325	9955	76,6	23,4	4,18
Săcele	91	0	91	100,0	0,0	0,04
	163320	74757	238077	68,6	31,4	100

Utilizarea inadecvată a serviciilor de urgență este subliniată de principalele afecțiuni

pentru care se prezintă pacienții în UPU. Într-un procent semnificativ (50%) sunt afecțiuni ce pot fi gestionate la alte niveluri ale asistenței medicale. Se remarcă o frecvență ridicată de accesare pentru leziuni și traumatisme, fapt care ar necesita un serviciu specializat de traumatisme minore, dotat cu radiologie, care să fie mai ușor accesibil.

Lista generală de afecțiuni pentru care pacienții se adresează la UPU (studiu mai 2017)²³

Total	1269	100,00
Luxații și entorse ale articulației NA	80	6,30
Dilaceratii / plăgi tăiate	80	6,30
Leziuni musculo-scheletale NA	52	4,10
Luxații și entorse ale gleznei	42	3,31
Sindrom dorsal cu durere iradiată	40	3,15
Calcul urinar	38	2,99
Cistita / alte infecții urinare	37	2,92
Fractura de radius / ulna	31	2,44
Alte fracturi	30	2,36
Echimoze / contuzii	30	2,36
Alte simptome și semne digestive	28	2,21
Traumatisme / leziuni NA	22	1,73
Dispepsie / indigestie	22	1,73
Alte simptome / semne cardiovasculare	20	1,58
Fractura oaselor mâinii / piciorului	20	1,58
Înțepătura / mușcătura de insecte	20	1,58
Durere abdominală, epigastrică	18	1,42
Hipertensiunea arterială necomplicată	18	1,42
Simptome generale / acuze, altele	17	1,34
Luxații și entorse ale genunchiului	17	1,34
Pneumonia	16	1,26

Motive de prezentare afecțiuni cardiovasculare	Nr	%
Alte simptome / semne cardiovasculare	20	16,39%
Hipertensiunea arterială necomplicată	18	14,75%
Hipertensiunea arterială complicată	10	8,20%
Boala cerebro-vasculară	8	6,56%
Flebita și tromboflebita	7	5,74%
Durere precordială	7	5,74%
Infarct miocardic acut	6	4,92%
Insuficiența cardiacă	6	4,92%
Hemoroizii	6	4,92%

²³ Neculau Andrea Elena et al „Emergency units are crowded - is that GP's fault? A case study in Brasov County, Romania“ Wonca Europe Prague, 28.06-01.07.2017, ID 1196

Ateroscleroza / boala vasculară periferică	5	4,10%
Boală cardiacă ischemică, fără angină	5	4,10%
Alte boli cardiace	5	4,10%
Palpitații cardiace	4	3,28%
Presiune sanguină crescută	4	3,28%
Fibrilație / flutter atrial	3	2,46%
Alte boli cardiovasculare	2	1,64%
Boală cardiacă ischemică, cu angină	2	1,64%
Embolism pulmonar	1	0,82%
Accident cerebro-vascular	1	0,82%
Infecții ale sistemului circulator	1	0,82%
Altele	1	0,82%
TOTAL	122	100%

Activitatea Stației de Salvare - 2017

Număr total solicitări 84.647 din care realizat 80.638. Dintre aceștia au fost transportați 61.136 și asistați la locul solicitării 19.502.

Nevoia de sănătate	Servicii existente	Nevoia neacoperită
Boli amenințătoare de viață	Servicii UPU/ CPU/ Camere de gardă	Degrevarea activității prin redirectionarea cazurilor non-urgente către alte servicii

- **Servicii de asistență medicală colectivității (școlară/grădinițe/universitate)**

Asistența medicală a colectivităților este reglementată de către OMS 761 din 31.07.2012.²⁴

Locația

În județul Brașov există un număr de 71 de cabinete medicale școlare, 3 cabinete stomatologice în școli.

Tabel 16. Situație acoperire cu servicii de asistență medicală la nivel de colectivități an școlar 2017-2018

Nr. crt.	Specificație	Total		Grădinițe		Școli-licee		Școli profesionale	
		urban	rural	urban	rural	urban	rural	urban	rural
1	Preșcolari/ elevi/ studenți înscriși în unitățile de învățământ	59578	1991 4	10751	5037	45903	14734	2924	143
2	din care: asistați medical	44942	0	6797	0	37350	0	795	0
3	Unități	185	231	100	126	81	105	4	0

²⁴ OMS 761 din 31.07.2012 - MONITORUL OFICIAL nr. 651 din 13 septembrie 2012

4	Număr cabinete medicale	71	0	30	0	41	0	0	0
5	Număr cabinete stomatologice	3	0	0	0	3	0	0	0
6	Număr posturi medici de familie	0	0	0	0	0	0	0	0
7	din care: ocupate	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Număr posturi medici școlari	24	0	1	0	23	0	0	0
9	din care: ocupate	13	0	0	0	13	0	0	0
10	Număr posturi medici dentiști	3	0	0	0	3	0	0	0
11	din care: ocupate	3	0	0	0	3	0	0	0
12	Număr posturi asistente medicale	84	0	30	0	54	0	0	0
13	din care: ocupate	80	0	29	0	51	0	0	0

Accesibilitatea

Este limitată de lipsa de acoperire cu personal la nivel de școli și grădinițe în special în rural. Având în vedere incidența crescută a bolilor parazitare, dermatologice, infectocontagioase, a tulburărilor de comportament și de alimentație, nevoia de acoperire a acestor servicii este stringentă.

Acoperirea cu medici este direcționată doar către licee. Nu există medici școlari pentru grădinițe.

	Medici școlari	Asistenți medicali
Existente	14 13 cu norma întreagă și 1 cu 1/2 normă	77
Necesar	67	167
Deficit	53	90

O soluție pentru acoperirea cu servicii de asistență a colectivităților este contractarea serviciilor de asistență cu medicii de familie. Un alt nivel de intervenție este și cel al asistenței medicale comunitare.

Nevoia de sănătate	Servicii existente	Nevoia neacoperită
Boli ale colectivităților (scarlatina, pediculoza)		Acoperirea cu personalul necesar în rețeaua școlară
Tulburarea de nutriție la copii		Servicii de consiliere nutrițională inexistente
Insuficiența creșterii la copii		Creșterea capacității de screening în școli și grădinițe
Tulburări de vedere copii		Servicii de screening oftalmologic

		subdimensionate
Caria dentară la copii	Există un număr insuficient	Servicii stomatologice la copii - în școli
Tulburări de statică coloană și alte deformări		Servicii de recuperare

- **Servicii de îngrijiri la domiciliu**

Serviciile de îngrijiri la domiciliu se acordă de către furnizori aflați în contract cu Casele de Asigurări de Sănătate.

Serviciile sunt indicate de către medici de diferite specialități, pacienților cu diagnostic și stări grave care asociază un status de performanță ECOG 3 sau 4.

Un pacient poate beneficia de maxim 90 de zile de îngrijiri la domiciliu pe an.

Paleta de servicii de îngrijiri a domiciliu cuprinde 34 de manevre și tehnici care permit recuperarea sau evitarea complicațiilor, alimentarea, asigurarea eliminărilor etc.

Acestea se acordă de către echipe formate din asistenți medicali și medici, care stabilesc un plan de îngrijire raportat la nevoi.

Există în acest moment 4 organizații private care oferă servicii de îngrijiri la domiciliu dintre care una este Hospice Casa Speranței care acordă îngrijiri paliative la domiciliu.

Locația

Sediul acestor organizații este în Brașov și respective în comuna , aria de acțiune fiind județul Brașov pe o rază maximă de 30 km și Făgărașul cu zone din vecinătate.

Această distribuție nu acoperă zone importante din nord-vestul și sud-estul județului fapt care lasă o parte important de populație fără acces la servicii de îngrijire la domiciliu

Accesibilitatea

Având în vedere numărul mic de furnizori, complexitatea serviciilor, duratele de deplasare până la caz, numărul de cazuri ce poate fi alocat pe zi unui asistent medical, accesul este limitat.

Accesul este limitat pentru un pacient la 90 de zile pe an, ceea ce este insuficient mai ales pentru pacientul cu boală cronică care are nevoi continue de îngrijire.

Capacitatea de răspuns

Nu există durate semnificative de așteptare pentru acest serviciu, altele decât cele legate de durata limită pe an a serviciilor.

Eficacitate și eficiență

Din datele furnizate de către CASBV se evidențiază un număr total de 34.121 de

servicii medicale de îngrijiri la domiciliu în anul 2018. Având în vedere că în medie fiecărui pacient i se acordă 4-5 servicii rezultă că numărul de beneficiar este de aproximativ 90 de persoane.

Studiu de caz

Raport de activitate centru CURATIONIS anul 2018

Număr total pacienți: 80.

Beneficiari a 3 episoade a câte 30 de zile: 78%

Beneficiari a 2 episoade a câte 30 de zile: 13 %

Beneficiar a 1 episod a câte 30 de zile: 9%

Mediul de rezidență: 88% rural; 12% urban

Aria deservită: județul Brașov (preponderent rural)

Media de vârstă: 86% peste 80 de ani

Distribuția pe sexe: 26 % femei; 74% bărbați

Număr mediu servicii medicale recomandate/ episod de îngrijire/zi: 4-5 servicii.

Tipul serviciilor medicale solicitate: predominant îngrijirea escarelor de decubit, aplicarea de mijloc ajutător pentru absorbția urinei, administrarea medicamentelor intravenos, intramuscular, subcutanat.

Gradul de dependență al pacienților: 92% status ECOG 4; 8% status ECOG 3.

Starea la încheierea unui episod de îngrijire: 69% ameliorat; 11% staționar; 19% agravat; 1% decedat.

Nota: majoritatea pacienților solicită continuarea îngrijirilor la finalizarea celor 3 episoade, motivația fiind aceea că patologiiile sunt de natură cronică.

Integrare

Este necesară comunicarea echipei de îngrijire cu medicii care au făcut indicația pentru a putea adapta planul de îngrijire la nevoile pacienților.

Nevoia de sănătate	Nevoia de servicii	Nevoi neacoperite
Îngrijire medicală pe termen lung	Servicii de administrare medicamente	Insuficientă acoperire pentru serviciu la nivel de județ
	Servicii de îngrijire tegumente	
	Servicii de alimentație enterală/parenterală	
	Serviciul de psihoterapie	
	Servicii de kinetoterapie	
	Manevre diagnostice și	

- **Servicii de îngrijiri paliative**

Serviciile de îngrijire paliative din județul nostru s-au dezvoltat datorită unei inițiative private, pornită din comunitate. Prin procesul parcurs din anii 90 și până acum, constituie un model pentru dezvoltarea oricărui tip de serviciu medical.

Pornind de la nevoile unui grup populațional, neglijat de către sistemul de sănătate și anume pacientul oncologic în stadiu terminal, a fost dezvoltat conceptul HOSPICE, un concept care astăzi reprezintă un standard pentru îngrijirile paliative din țara noastră și nu numai.

Importanța acestui proiect rezidă din faptul că a crescut pas cu pas, parcurgând etapele necesare dezvoltării unui serviciu medical, de la analiza de nevoi, planificare, asigurarea funcționării, formarea și perfecționarea resursei umane, evaluare și monitorizare.

Datele cu privire la activitatea acestor centre sunt sumarizate în Catalogul Serviciilor Paliative²⁵ publicat în mai multe ediții începând din anul 2006 de către Asociația Națională de îngrijiri paliative, un model de exercițiu de transparență demn de semnalat.

Mai mult decât atât, promotorii proiectului de promovare a serviciilor paliative, au înțeles și au influențat un cadru legislativ coerent care să asigure atât poziționarea corectă a acestui serviciu în sistemul de sănătate cât și relaționarea cu celelalte servicii, precum și finanțarea și dezvoltarea acestuia.

În acest sens, Ordinul Ministrului nr 253 din 2018²⁶, definește modalitatea de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor paliative.

În ordin sunt clarificate un set de definiții care arată că paleta de servicii paliative depășește cadrul strict al pacientului oncologic în stadiu terminal și se referă și la alte afecțiuni cronice, cu potențial amenințător de viață, pentru care, atât pacienții cât și familiile acestora, au nevoie de îngrijiri pe diferite niveluri de specializare.

Îngrijirea paliativă este „*un tip de îngrijire care combină intervenții și tratamente având ca scop îmbunătățirea calității vieții pacienților și familiilor acestora, pentru a face față problemelor asociate cu boala amenințătoare de viață, prin prevenirea și înlăturarea suferinței, prin identificarea precoce, evaluarea corectă și tratamentul durerii și al altor probleme fizice, psiho-sociale și spiritual*” [OM 253/2018].

Este de remarcat faptul că ținta serviciilor paliative nu sunt doar pacienții, ci și familiile

²⁵ <https://www.anip.ro/resurse/catalogul-serviciilor-de-ingrijire-paliativa-din-romania/>

²⁶ <https://infojurist.ro/monitorul-oficial-partea-i-nr-199-din-05-03-2018/>

acestora, care sunt pe de-o parte îngrijitori direcți și de cele mai multe ori trebuie educați, pentru a dobândi un set de minime abilități de îngrijire, pentru a asigura calitatea vieții rudei îngrijite, fapt evidențiat în actul normativ prin definirea nivelurilor de îngrijiri paliative.

Profesioniștii implicați în procesul de îngrijiri paliative formează o echipă multidisciplinară, din nou un model de replicat și la nivelul altor tipuri de servicii, mai ales la nivel de ambulator, unde resursele sunt împrăștiate și prin aceasta accesul pacientului la ele fiind dificil.

Din echipă de îngrijiri paliative fac parte atât medici, cât și asistenți medicali, asistenți sociali, kinetoterapeuți, cleric, fiecare necesitând o pregătire specifică pe care Fundația Hospice o asigură prin programe de formare specifice în cadrul Centrului de Studii Paliative.

Diversitatea de resurse pe de o parte, specificitatea serviciului pe de alta, arată cât de dificilă este normarea resursei și a serviciilor pentru îngrijirile paliative, însă subliniază că nevoia este una pregnantă, afectând un grup populațional care excede mult cifra bolnavilor cu afecțiuni ce prezintă indicații de îngrijiri paliative așa cum ar putea rezulta din cifrele de morbiditate și mortalitate.

Estimarea nevoii de îngrijiri paliative din România a fost făcută printr-un proiect realizat de către Asociația Națională de Îngrijiri Paliative și Comisia de Paliatie din Ministerul Sănătății, împreună cu experți NICE (National Institute for Clinical Excellence).

Ea pornește de la datele de mortalitate generală. Pornind de la premiza că un procent din pacienții care decedează ar fi avut nevoie, anterior decesului, de îngrijiri paliative, premiză importantă din punct de vedere al dreptului oricărei persoane la un tratament decent și la demnitate, formulele de calcul estimează că aproximativ 73% din totalul deceselor sunt din cauze non-oncologice și 20% din cauze oncologice. Din cele non-oncologice se estimează că aproximativ 66% ar putea necesita îngrijire de tip paliativ înainte de deces iar din cele oncologice 90%. Pornind de la aceste estimări, se poate stabili un număr de persoane care ar avea nevoie pe un an, de acest serviciu. (vezi tabel)

Tabel 17. Estimarea nevoii de îngrijiri paliative din România (extras pentru județul Brașov din Catalogul ANIP 2018)

Județ	Decese totale 2015	Decese cauze non-oncologice	Decese cauze oncologice	Estimare nevoie îngrijiri paliative total	Estimarea nevoii de îngrijiri paliative (non-oncologice)	Estimarea nevoii de îngrijiri paliative oncologice
	D	E=D*73%	F=D*20%	G= H+I	H=E*66%	I=F*90%
Brașov	6263	4572	1253	4145	3018	1127

Deși acest calcul este raportat la numărul de decese din anul 2015, pentru județul nostru, datele din 2016 disponibile, arată că cifra mortalității, nu este semnificativ diferită. Neexistând variații anuale semnificative, estimarea necesarului de servicii se poate actualiza după perioade mai lungi de timp, de pildă la 5 ani.

OM 253/2018 are prevăzute normative de personal și de paturi pentru toate tipurile de servicii paliative. Pornind de la aceste cifre și raportând la datele existente în județul nostru, am calculat necesarul de personal, în special medici, dar și necesarul de paturi în unități de îngrijire cu paturi [vezi tabel].

Locație

Hospice Casa Speranței este o organizație înființată în anul 1992, la Brașov, cu scopul acordării de îngrijiri paliative pentru adulții cu boli oncologice în stadii avansate.

Organizația a crescut în timp, atât prin prezența deschiderea mai multor locații, cât și prin diversificarea serviciilor oferite.

Din 1996 se oferă și servicii de îngrijire paliativă copiilor cu cancer, distrofii neuro-musculare, malformații congenitale și alte boli rare sau cu speranță de viață limitată (Catalogul serviciilor de îngrijiri paliative 2018).

Sub coordonarea Hospice s-au deschis încă două locații în județul nostru și anume la Făgăraș și Zărnești asigurând și accesul populației din zona de nord a județului la servicii de îngrijiri paliative.

Fundația Hospice Casa Speranței este și un centru metodologic și de formare în îngrijiri paliative atât pentru țara noastră cât și pentru Europa de Est și Asia.

Cadrul legislativ, la care echipa Hospice a contribuit în mod decisiv, definește mai multe tipuri de servicii paliative.

Echipa de îngrijiri paliative este formată din medici, asistenți medicală, asistenți sociali, psihologi, kinetoterapeuți, infirmiere, consilier spiritual, preoți și farmacist.

În acest moment în cele 3 locații funcționează următoarea structură de personal:

În Hospice Brașov : o echipă formată din 9 medici dintre care 2 medici în unitatea cu paturi, 5 medici în componența echipelor de domiciliu și 2 medici pentru ambulatoriul de specialitate.

Schema de personal auxiliar este astfel alcătuită încât asigură posibilitatea formării de 5 echipe complexe de îngrijire.

În cadrul Hospice Făgăraș funcționează 2 medici cu atestat de îngrijiri paliative, 2 asistenți medicali, 2 asistenți sociali și 1 asistent administrativ.

În cadrul Hospice Zărnești funcționează un medic și echipa formată din asistenți medicali, asistent social, asistent administrativ.

Mai există servicii de tip paliativ și în Spital Codlea, Spital Pneumoftiziologie Brașov.

Utilizare servicii

Datele raportate de către organizația Hospice pentru anul 2017 sunt:

Serviciul	Brașov	Făgăraș	Zărnești
Internări adulți	352		
Internări copii	305		
Pacienți asistați la domiciliu adulți	617	160	119
Pacienți asistați la domiciliu copii	71		
Consultații ambulator adult	4776		
Consultații ambulator copii	194		
Asistați centru de zi	12		
Consultații echipă mobilă spital	575		
Consultații apeluri telefonice HELPLINE	3972		

Accesibilitate

Serviciile de îngrijiri paliative specializate sunt cele care sunt în atenția noastră.

Acestea sunt servicii la domiciliu (echipa de îngrijiri mobile), servicii în unități cu paturi (spitalizare în unități cu paturi din spitale sau de tip HOSPICE), servicii medico-sociale de tip centru de zi, servicii de consultații mobile solicitate pentru pacienți spitalizați, servicii de suport (helpline).

Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu sunt calculate cu normativul de 1 medic raportat la 30 de pacienți. Estimarea actuală a numărului de pacienți oncologici, conform metodologiei, este de 1127, persoane care potențial ar necesita acest tip de îngrijiri în județul

nostru. Necesarul calculat de medici este de 38. În prezent, există 7 medici în echipele mobile de îngrijiri la domiciliu. Necesarul de 31 s-ar putea acoperi având în vedere că în evidențele Centrului de Studii Paliative figurează un număr de 47 de medici care au atestat de paliatie și care ar putea coordona echipe de îngrijiri paliative la domiciliu, problema care se pune este locația în care aceste echipe pot activa.

Având în vedere că echipele de îngrijiri paliative mobile nu au personalitate juridică ele pot funcționa fie în centre special create, fie ca resursă a unui spital care să coordoneze îngrijirile pentru o anumită regiune.

Echipele de îngrijiri paliative la domiciliu existente în prezent sunt situate în Brașov, Făgăraș și Zărnești toate fiind afiliate unui centru HOSPICE. Fiecare dintre ele acoperă o zonă arondată. Sunt acoperite astfel Brașov cu zone limitrofe de maxim 30 km, Făgăraș cu zone limitrofe până la maxim 30 km. Este nevoie de acoperire și în alte zone ale județului. Pentru aceasta se pot identifica soluții cu implicarea autorităților locale cum ar fi:

- identificarea și amenajarea de spații unde acestea să funcționeze;
- stimularea spitalelor din regiune să dezvolte colaborări cu echipe mobile de asistență paliativă la domiciliu;
- inițierea de colaborări cu alte organizații de îngrijiri la domiciliu

Un alt aspect legat de serviciile de tip îngrijiri paliative la domiciliu este finanțarea acestora prin contractul cu Casa de Asigurări de Sănătate.

Acestea sunt decontate în regim de plată per serviciu, într-un buget contractat în funcție de numărul de echipe de îngrijiri paliative pe care furnizorul le deține. Bugetul alocat îngrijirilor la domiciliu este stabilit pentru tot județul și se împarte între furnizori.

Acest mecanism de plată duce la scăderea interesului organizațiilor pentru dezvoltarea de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, pentru că un număr mare de servicii duce la reducerea valorii plății per serviciu.

Este important de semnalat acest lucru finanțatorilor, pentru că reprezintă o barieră în dezvoltarea de servicii considerate de importanță pentru populație.

Capacitatea de răspuns

Capacitatea actuală a județului nostru pentru îngrijiri paliative în regim de spitalizare (Hospice sau Spital Clinic) este de 45 de paturi (vezi tabel). Față de normativul recomandat²⁷

²⁷ <https://infojurist.ro/monitorul-oficial-partea-i-nr-199-din-05-03-2018/>

de 20 paturi la 100.000 de locuitori, care pentru județul nostru ar fi de 120 de paturi, serviciul este clar subdimensionat.

Având în vedere spectrul larg de patologii care se încadrează la îngrijiri paliative (cardiovasculare, neurologice etc.) înființarea de secții de îngrijiri pentru pacienții non-oncologici la nivelul spitalelor din județ ar trebui să fie prioritară.

Ca un set de concluzii la cele prezentate putem afirma:

- nevoia de servicii paliative excede cu mult serviciile existente;
- serviciile specializate de îngrijiri paliative la domiciliu au nevoie de sprijin logistic pentru înființare. Coordonarea metodologică prin Hospice Casa Speranței, finanțare prin CAS;
- serviciile specializate cu paturi necesită extindere în special prin înființarea de secții cu specific de îngrijiri paliative în spitale;
- sprijinul metodologic poate fi oferit de HOSPICE Casa Speranței pentru dezvoltarea de servicii paliative la nivelul serviciilor de îngrijiri la domiciliu fără profil paliativ sau în unitățile de îngrijire pe termen lung,
- sprijinul logistic și financiar poate fi oferit de Consiliului Județean pentru extinderea gamei de servicii medic-sociale (centre de zi) și de support (helpline)

Nevoi de sănătate	Servicii existente	Servicii neacoperite
Boala terminală	Echipe mobile de îngrijiri la domiciliu	Echipe mobile de îngrijiri la domiciliu - insuficiente
Boala terminală		Secții în unități spitalicești pentru îngrijiri paliative non-oncologice - de înființat
Boala cronică și cea terminală		Servicii paliative de bază la nivelul mai multor tipuri de furnizori de servicii (medici de familie, ambulatorii de specialitate clinice)- de stimulat
Problematika socială a pacientului cu afecțiune dizabilitantă		Servicii medico-sociale

Tip serviciu	Normativul de personal (calculate la 20%*rata decese prin afecțiuni oncologice)	Resursa necesară conf.normativ	Resursa umană existentă	Necesar
Educarea și sprijinul pacientului pentru autoîngrijire de către personalul din serviciile de îngrijiri paliative de bază și specializate (nivel 1)	Nu există normativ Se practică de către medici de familie și asistenți medicali, asistenți sociali, cu supraspecializare/ competență	-	47 medici cu atestat de paliatie	- Creșterea competențelor medicilor de familie
Îngrijiri paliative de bază (nivel 2)	Nu există normativ Se practică de către medici de familie și asistenți medicali, asistenți sociali, cu supraspecializare/ competență	-	47 medici cu atestat de paliatie	Evidențierea serviciului de îngrijiri paliative în plata per serviciu
Servicii de îngrijiri paliative specializate - la domiciliu (nivel 3)	Îngrijiri paliative la domiciliu 1 medic la 30 de pacienți 1 asistent la 15 pacienți 1 asistent social la 50 de pacienți 1 psiholog la 50-60 de pacienți Norme parțiale kinetoterapeut/ cleric	-38 medici -81 asistenți -24 asistenți sociali 24 psihologi	7 medici	31 medici
Servicii de îngrijiri paliative pentru secții/ compartimente/ unități sanitare cu profil de îngrijiri (nivel 3)	1 norma medic cu supraspecializare / competență/ atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, la 10-12 paturi; 1 normă asistent medical cu studii aprofundate/ specializate în îngrijiri paliative, la 4-8 paturi pe tură; 1 normă infirmieră la 4-8 paturi pe tură; 1 normă de asistent social la 25 paturi; ½ normă psiholog la 10-12 paturi; 4 norme parțiale alt personal - kinetoterapeut, preot/ cleric ș.a.	4 medici	4 medici	
Servicii paliative în ambulatorii de specialitate:	1 normă medic cu supraspecializare/ competență/ atestat de studii complementare în îngrijiri paliative la 60.000 locuitori; 1 normă asistent medical cu studii aprofundate/ specializate în îngrijiri paliative la 60.000 locuitori; 1 normă parțială asistent social, psiholog, kinetoterapeut, consilier spiritual.	10 medici de ambulator 10 asistenți medicali	2 medici	

Servicii paliative în centre de zi	1 normă medic cu supraspecializare/ competență/ atestat de studii complementare în îngrijiri paliative; 1 normă asistent medical cu studii aprofundate/specializate în îngrijiri paliative la 10 pacienți; 1 infirmieră la 10 pacienți; 1 normă parțială asistent social, psiholog, terapeut ocupațional, preot, infirmieră, voluntari.	1 medic	1 medic
Servicii paliative in echipe mobile de spital	1 normă medic cu supraspecializare/ competență/ atestat de studii complementare în îngrijiri paliative; 1 normă asistent medical cu studii aprofundate/ specializate în îngrijiri paliative; 1 normă asistent social cu studii de îngrijiri paliative.	1 medic	1 medic

Tabel 18. Necesari paturi pentru îngrijiri paliative în județul Brașov.

Unități medicale care au servicii de îngrijiri paliative în regim continuu	Număr paturi existent	Normativ calculat 20 paturi la 100000 locuitori (raportat la 634 236 locuitori la 01.07.2018)	Deficit
Hospice Brașov	19 (13 adulți și 6 copii)		
Codlea	20		
Pneumoftiziologie	6		
TOTAL	45	120 paturi	75 paturi

- **Servicii de asistență medicală din unități medico-sociale și unități rezidențiale pentru vârstnici**

La zona de interferență dintre serviciile medicale și cele sociale se află categorii vulnerabile din populație. Așa cum se observă din tendințele demografice, vârstnicii reprezintă un grup populațional în creștere și nevoile acestora sunt din ce în ce mai mari.

Indicația de instituționalizare, deși ar trebui să fie ultima din paleta de servicii sociale adresate vârstnicilor, implică și asigurarea accesului la serviciile medicale necesare.

Alături de vârstnici se află pacienți cu afecțiuni cronice, irecuperabile, care necesită îngrijiri specializate pe termen lung.

Între aceștia se numără pacienții cu TBC, pacienții cu afecțiuni însoțite de handicap fizic sau psihic (nevăzători, hipoacuzici, copii cu tulburare de spectru autist, copii cu sindrom Down etc.).

În cazul acestei ultime categorii amintite doar pacienții cu TBC beneficiază de o unitate medicosocială dedicată.

În situația pacienților copii cu TSA sau alte afecțiuni asociate nu există servicii disponibile oferite de către autoritățile locale. Acest aspect grevează viețile familiilor acestor copii care întrețin din eforturi propria atât tratamentele de recuperare neuropsihică și fizică alterând astfel șansa la recuperare și reintegrare. Un aspect important de semnalat este că în cazul indisponibilității familiei, îngrijirea pe termen lung a persoanelor cu handicap sau dizabilități din sfera celor amintite nu își găsește rezolvare în sistemul de sănătate brașovean.

Locație

În județul Brașov există 12 unități rezidențiale pentru persoane vârstnice care oferă îngrijiri medicale în cadrul unității. 9 dintre aceste unități se află în urban iar 3 în rural. În proprietate privată există 2 asemenea unități.

Serviciile medicale oferite în unitățile rezidențiale pentru vârstnici sunt servicii medicale de asistență primară precum și intermediere de servicii cu alți furnizori.

În ceea ce privește unitățile medico-sociale în județ există doare Unitatea de Asistență Medico-socială de Pneumoftiziologie de la Sânpetru care are o capacitate de 70 de paturi.

Serviciile medicale oferite în cadrul Unității medico-sociale sunt:

- servicii specializate de imagistică,

- monitorizarea parametrilor biologici,
- servicii de recuperare fizico-motorie și senzorial cognitivă,
- însoțirea persoanei la servicii medicale acordate de alți furnizori.

Unități medico-sociale sau unități rezidențiale	Număr locuri
Unitatea de Asistență Medico-socială de Pneumoftiziologie Sânpetru	70
Căminul pentru persoane vârstnice Brașov	150
Serviciul Rezidențial pentru vârstnici din cadrul complexului "castanul" Victoria	30
TOTAL	250 locuri

Accesibilitatea

Este grevată de numărul redus de locuri.

Capacitatea de răspuns

Pentru serviciile publice de tip medico social există liste de așteptare.

Capabilitatea

Personalul Unității Medico-sociale de la Sânpetru este format din 3 medici, 10 asistenți medicali, 1 psiholog, 1 asistent social, 15 infirmiere.

În cadrul Căminului de Persoane vârstnice Brașov nu există medic angajat

Eficacitate și eficiență

Indicii de utilizare a paturilor din unități medico-sociale sunt ridicați

- Durata medie de internare 200.13 zile
- Utilizarea paturilor 355.53

Integrare

Integrarea serviciilor medicale din unitățile de îngrijire vârstnici presupune existența unei convenții pentru eliberare de prescripții și trimeri în sistemul de asigurări de sănătate.

Tabel 19. Nevoia de servicii medico-sociale

Nevoia de sănătate	Servicii necesare	Nevoi neacoperite
Îngrijirea sănătății persoanelor instituționalizate	Servicii de asistență medicală primară	Servicii de asistență medicală primară (angajare sau contractare)

Recuperare neuropsihică	Servicii de recuperare	instituții
Îngrijire pe termen lung	Servici paliative	Instituții specializate

- **Servicii de asistență stomatologică**

Locație

Date referitoare la unitățile sanitare din Brașov²⁸ arată existența a 2 cabinete stomatologice independente, 2 cabinete stomatologice școlare (suplimentat în cursul anului 2018 cu încă unul), 2 cabinete stomatologice studențești.

În sistem privat figurează 373 de cabinete stomatologice independente din care 32 se află în mediul rural.

În contract cu Casa de Asigurări de Sănătate funcționează doar 49 de cabinete de stomatologie în care lucrează 53 de medici stomatologi.

Accesibilitatea

Aceste cabinete sunt localizate preponderent în mediul urban, doar 7 funcționând în mediul rural ceea ce arată o accesibilitate geografică redusă a populației la servicii stomatologice.

În ceea ce privește accesul la servicii stomatologice în regim decontat de către CASBV, numărul de cabinete care contractează servicii este atât de redus încât accesibilitatea este evident nesatisfăcătoare. Datorită barierelor financiare o bună parte a populației nu poate accesa servicii stomatologice în regim privat.

În chestionarul de nevoi de sănătate distribuit în populația județului nostru 24% din persoanele chestionate au declarat nevoia de asistență stomatologică în ultimele 12 luni dar și dificultăți de acces la servicii stomatologice în regim compensat.

Un aspect și mai important pentru sănătatea orală este oferta redusă de servicii preventive stomatologice în cabinetele stomatologice aflate în contract cu CASBV. Din acest punct de vedere, în evidențele CASBV, nu există nici un serviciu raportat.

²⁸ Sistemul sanitar brașovean 2015-2016

Tabel 20. Nevoia de servicii stomatologice

Nevoia de sănătate	Servicii necesare	Nevoi neacoperite
Sănătatea orală – prevenție	Servicii stomatologice preventive	Cabinete stomatologice în școli Servicii preventive stomatologice în contract cu CASBV
Sănătatea orală - curativ	Servicii stomatologice curative	Stimularea contractării serviciilor stomatologice curative

În cabinetele medicale stomatologice aflate în comodat s-au raportat în anul 2017 un număr de 31.647 de servicii stomatologice acestea fiind acordate preponderant populației adulte.

4.1.5. Prioritizarea problemelor de sănătate

În tabelul de mai jos se află principalele servicii medicale identificate ca fiind neacoperite în cadrul analizei din acest proiect.

Echipa de proiect a aplicat metoda de prioritizare HANLON, conform metodologiei prezentate în partea general a proiectului.

Fiecărei probleme i-a fost acordat, în mod independent de către fiecare cercetător un scor în conformitate cu descrierea din tabel.

S-a efectuat o medie a scorurilor acordate de către fiecare cercetător și în funcție de aceasta s-a făcut o ordine a importanței problemelor.

Tabel 21. Indicele PEARL al principalelor servicii neacoperite din județul Brașov.

Problema de sănătate	Servicii neacoperite	A Amplimea problemei (0-10)	B Severitatea problemei (0-10)	C Eficacitatea soluțiilor (1-10)	Indice PEARL (A+2B)*C	Poziția
Cancer de col uterin	Servicii de screening oncologic (cancerul de col uterin, sân și colon)	6	10	8	208	1
Cancer de sân	Servicii de screening oncologic (cancerul de col uterin, sân și colon)	6	10	8	208	2
Cancerul de colon	Servicii de screening oncologic (cancerul de col uterin, sân și colon)	6	10	8	208	3
Mortalitatea perinatală	Asistenta comunitara	0	10	9	180	4
Îmbolnăviri prin afecțiuni prevenibile prin vaccinare	Servicii de vaccinare în grupurile defavorizate	7	5	10	170	5
Probleme medicale non-urgente (cod verde, albastru)	Servicii de asigurare a continuității asistenței medicale primare în centrele de permanență	10	7	7	168	6
Boli cronice	Servicii de internare de zi pentru principalele boli prevalente (boli cardiovasculare, diabet zaharat, BPOC, cancere)	10	7	7	168	7
Boli amenințătoare de viață	Servicii de gardă neurologie, oftalmologie, neurochirurgie Spital Județean Brașov	1	10	8	168	8
Starea terminală	Servicii paliative în unități specializate	3	10	7	161	9
Sarcini nedorite (avorturi la cerere)	Servicii de planning familial (în cabinetele MF și în cabinetele dedicate)	0	8	10	160	10
Pacienți cu afecțiuni ce necesită tehnolo-	Servicii specializate de gastroenterologie	0	10	8	160	11

gii specializate						
Insuficienta creșterii la copii	Servicii de asistență medicală comunitară, servicii de asistență școlară	7	5	9	153	12
Pacientul în stare terminală	Servicii paliative de îngrijiri la domiciliu	0	10	7	140	13
Sarcina cu risc	Servicii de urmărire a sarcinii cu risc prin internare de zi.	3	5	9	117	14
Tulburări de vedere	Servicii de screening oftalmologic (copii)	8	3	8	112	15
Sarcina în adolescență	Asistenta comunitara	0	7	8	112	16
Boli ale colectivităților (scarlatina/ pediculoza)	Servicii de asistență medicală comunitară, servicii de asistență școlară	0	7	8	112	17
Adolescenți/ adulți fumători	Cabinete consiliere STOP fumat	8	5	6	108	18
Pacient cu multitorbidități	Servicii de gardă în spitalele monospecialitate	7	10	4	108	19
Adolescenți/ adulți cu consum problematic de substanțe	Cabinete ALIAT	7	7	5	105	20
Pacienți cu afecțiuni ce necesită tehnologii specializate	Servicii specializate pentru arși	1	10	5	105	21
	Servicii pentru ventilație mecanică prelungită	0	10	5	100	22
Consum de substanțe	Serviciul de consiliere pentru consum problematic de substanțe (ALIAT)	7	8	4	92	23
Copii cu boli infecto-contagioase	Asistența medicală școlară Asistența comunitară	5	5	6	90	24
Afecțiuni cu afectare neurologica, locomotorie	Servicii de recuperare neuro-motorie și psihică în unități cu paturi	6	6	5	90	25
Caria dentară în populația pediatrică	Servicii de screening stomatologic (copii)	5	3	8	88	26
Stres, depresie, anxietate asociate bolilor	Servicii de consiliere psihologică (conex sănătate mintală/ conex afecțiuni cronice)	9	4	5	85	27
Diagnostic și tratament afecțiuni	Ambulatorii de specialitate integrate cu două schimburi.	9	1	7	77	28
Depresie/ anxietate	Servicii de sănătate mintală ambulatorii.	5	5	5	75	29
Acces dificil la servicii medicale (rural	Lipsă medic de familie Lipsa asistent comunitar	8	3	5	70	30

marginalizat)						
Tulburări de statică a coloanei	Servicii de medicina școlară	0	7	5	70	31
Fumat	Serviciul STOP FUMAT	8	4	4	64	32
Obezitatea la adult	Servicii de consiliere nutriție	9	3	4	60	33
Obezitatea la copii	Servicii de asistență medicală comunitară, servicii de asistență școlară	5	2	5	45	34

4.2. Concluzii și recomandări

Premiza de la care a pornit echipa de proiect în demersul structurării „hărții de nevoi de servicii de sănătate” este că nevoia servicii medicale trebuie să răspundă nevoilor de sănătate și așteptărilor populației.

Alocarea de fonduri doar pe date istorice de utilizare a serviciilor nu poate oglindi evoluția stării de sănătate a colectivităților care înregistrează tendințe în schimbare datorită influenței a mulți factori care determină starea de sănătate.

Echipa de proiect a propus o metodologie care are ca etape: evaluarea nevoilor de sănătate, a celei de servicii, realizarea procesului de corelație între cele două prin implicarea tuturor celor interesați, stabilirea listei de probleme, prioritizarea, planificarea și implementarea.

Fiecare etapă a necesitat o documentare la nivelul mai multor surse de informație: de la analiza de rapoarte statistice, discuții cu actori cheie, până la chestionare adresate direct populației. Datele s-au dovedit a fi incomplete în privința cuantificării precise a dimensiunii grupurilor populaționale vulnerabile și necesită alte surse de informare cum ar fi serviciile sociale, consiliile locale ale primăriilor.

Rezultatele analizei au arătat mai multe categorii de probleme:

- servicii aproape inexistente (asistență stomatologică în școli, sau servicii de înaltă specializare în spitale - cum ar fi anumite tehnici endoscopice - ERCP);
- servicii insuficiente față de nevoi (paliativă, planning familial, ambulatorii de specialitate, servicii de internare cronici);
- servicii existente dar utilizate necorespunzător (centrele de permanență, spitalizare de zi a gravidei cu risc).

Un alt set de probleme identificate în cadrul analizei este precaritatea datelor necesare

pentru o catagrafiere corectă a nevoilor colectivităților, acestea putând fi obținute doar prin introducerea unei metodologii de colectare a datelor îmbunătățită.

Lista finală cu tipurile de servicii deficitare, prezentate este un instrument care poate fi folosit de către autoritățile locale și județene pentru a iniția pașii următori în planificarea de servicii medicale așa cum am ilustrat în prezentarea metodologiei acestui proiect.

5. Bibliografie

1. <http://www.ms.ro/strategia-nationala-de-sanatate-2014-2020/>
2. <http://www.monitoruljuridic.ro/monitorul-oficial/988-bis/2016-12-08/>
3. Mihăescu-Pinția, Constanța; Panait, Carmen Lavinia; Geană, Adina "Health need assessment, the starting point for effective health policies and interventions." *Management in Health* 21.2 (2017)
4. Australian Government Department of Health. Primary Health Networks Commissioning-needs Assesment guide 2015
5. Ware Jr, John E.; Sherbourne Cathy Donald "The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection." *Medical care* (1992): 473-483.
6. Health Need Assessment – A practical Guide. National Institute of Clinical Excellence
7. <http://journal.managementinhealth.com/index.php/rms/article/viewFile/452/1207>
8. Strategia de dezvoltare a municipiului Brașov- https://addjb.ro/uploads/proiecte/SDJBV/Documente/ADDJB_Strategia.pdf
9. Stjernswärd, Jan; Foley, Kathleen M.; Ferris, Frank D. „The public health strategy for palliative care." *Journal of pain and symptom management* 33.5 (2007): 486-493.

6. Anexe

Anexa 1: Ținte normative folosite în estimarea deficitelor în serviciile de sănătate

Sursa:

A. Îngrijire primară

a) Mediul urban

- a. 1 medic de familie și 2 asistente angajate cu normă întreagă la 2.000 de locuitori
- b. 1 medic de școală, 1 stomatolog și 2 asistente angajate cu normă întreagă la 4 școli

b) zonele rurale fără grupuri vulnerabile

- a. 1 medic de familie și 1 asistentă angajată cu normă întreagă la 1.000 de locuitori
- b. 1 medic de școală, 1 stomatolog și 1 asistentă angajată cu normă întreagă la 4 școli

c) zonele rurale cu grupuri vulnerabile

- a. 1 medic de familie și 1 asistentă angajată cu normă întreagă la 1.000 de locuitori
- b. 1 medic de școală, 1 stomatolog și 1 asistentă angajată cu normă întreagă la 4 școli
- c. cel puțin un centru de permanență

B. Îngrijire la nivelul comunității

a) Mediul urban

- a. 1 asistentă comunitară și 1 mediator de sănătate la 500 de locuitori asistați

b) zonele rurale fără grupuri vulnerabile

- a. 1 asistentă comunitară și 1 mediator de sănătate la 420 de locuitori asistați

c) zonele rurale cu grupuri vulnerabile

- a. 1 asistentă comunitară și 1 mediator de sănătate la 420 de locuitori asistați
- b. 1 asistentă comunitară și 1 mediator de sănătate la 250 de locuitori asistați pentru comunitățile din zone cu acces dificil

Criterii pentru stabilirea zonelor cu acces dificil:

- comunități rurale cu o densitate a populației mai mică de 50/kmp
- condiții geografice:
 - o altitudine mai mare de 600m sau pantă mai abruptă de 15%
 - o Delta Dunării – Accesul rutier este dificil pe toată durata anului

- Numărul de aşezări (în afară de cele care îndeplinesc criteriile de mai sus) aflate la o distanţă mai mare de 50km de cel mai apropiat centru de ambulanţă
- Numărul de aşezări (în afară de cele care îndeplinesc criteriile de mai sus) aflate la o distanţă mai mare de 150km de cea mai apropiată unitate medicală cu paturi

C. Îngrijire în regim ambulatoriu

- 1 medic specialist angajat cu normă întreagă şi 1 asistentă angajată*14) cu normă întreagă pentru fiecare specialitate clinică ambulatorie de bază la 10.000 de locuitor
- *14) Medicină internă, pediatrie, obstetrică-ginecologie şi chirurgie generală
- 1 medic specialist angajat cu normă întreagă şi 1 asistentă angajată cu normă întreagă pentru toate celelalte specialităţi clinice ambulatorii la 50.000 de locuitori
- 1 medic laborant angajat cu normă întreagă şi 2 asistenţi laboranţi angajaţi cu normă întreagă la 10.000 de locuitori
- 1 medic radiolog angajat cu normă întreagă şi 1 asistent radiolog angajat cu normă întreagă la 10.000 de locuitori
- 1 medic de recuperare şi 2 asistente de recuperare angajate cu normă întreagă la 5.000 de locuitori
- 1 fizioterapeut, 1 psihoterapeut şi 1 logoped la 10.000 de locuitori
- echipamente medicale (date provizorii până la realizarea analizelor detaliate pe baza volumului de lucru)
 - o 1 computer tomograf la 200.000 de locuitori
 - o 1 aparat de rezonanţă magnetică la 250.000 de locuitori
 - o 1 ecograf la 10.000 de locuitori

D. Îngrijire paliativă

- Recuperare: 30 de paturi la 100.000 de locuitori;
- Îngrijire paliativă: 20 de paturi pentru îngrijire paliativă la 100.000 de locuitori;
- Gestionarea îngrijirii pe termen lung şi a persoanelor vârstnice: 6 paturi la 1.000 de locuitori cu vârsta de cel puţin 65 de ani
- 1 medic angajat cu normă întreagă şi 2 asistente angajate cu normă întreagă la 40 de pacienţi curenţi
- 1 echipă de îngrijire la domiciliu la 20.000 de locuitori

2 : Nevoia de personal medical în ambulatoriile de specialitate din județul Brașov raportată la normativele din planurile regionale

Specialitatea	Nr. existent în contract cu CASBV la data 30.10.2018	normativ raportat la populația județ la 01.07.2018/ 634 236 locuitori	Necesar medici (cf.normativ)	Deficit medici	Surplus medici
medicina interna	42	1 medic la 10.000	63	21	
pediatrie	52	1 medic la 10.000	63	11	
obstetrica ginecologie	54	1 medic la 10.000	63	11	
chirurgie generala	30	1 medic la 10.000	63	33	
alergologie/imunologie	8	1 medic la 50 000	12	4	
boli infecțioase	4	1 medic la 50 000	12	8	
cardiologie	35	1 medic la 50 000	12		23
chirurgie pediatrica	6	1 medic la 50 000	12	6	
chirurgie plastica si reparatorie	3	1 medic la 50 000	12	9	
chirurgie toracica	2	1 medic la 50 000	12	10	
dermatovenerologie	13	1 medic la 50 000	12		1
diabet si boli de nutriție	18	1 medic la 50 000	12		6
endocrinologie	12	1 medic la 50 000	12		
gastroenterologie	5	1 medic la 50 000	12	7	
geriatrie	2	1 medic la 50 000	12	10	
hematologie	6	1 medic la 50 000	12	6	
nefrologie	7	1 medic la 50 000	12	5	
neurochirurgie	3	1 medic la 50 000	12	9	
neurologie	25	1 medic la 50 000	12		13
neurologie pediatrica	3	1 medic la 50 000	12	7	
neuropsihiatrie infantila	2	1 medic la 50 000			
oftalmologie	11	1 medic la 50 000	12	1	
oncologie medicala	15	1 medic la 50 000	12		3
ortopedie traumatologie	33	1 medic la 50 000	12		21
ORL	18	1 medic la 50 000	12		6
pneumologie	13	1 medic la 50 000	12		1
psihiatrie	38	1 medic la 50 000	12		26
psihiatrie pediatrica	6	1 medic la 50 000	12	6	
reumatologie	10	1 medic la 50 000	12	2	
urologie	9	1 medic la 50 000	12	3	
Total	485		552	169	100

Anexa 3: Sinteza nevoi de servicii

Informația epidemiologică	Nevoia de sănătate	Nevoia de servicii	Nevoi neacoperite
Incidență crescută afecțiuni respiratorii la copii	Prevenire îmbolnăviri	Triaj epidemiologic în colectivități vaccinare antigripală	creșterea capacității serviciilor de medicină școlară Campanii de vaccinare în grupurile cu risc
	Tratament corect afecțiuni	Acces la medicul de familie - în special în centrele de permanență pentru a evita accesarea serviciilor de urgență (în mod nejustificat)	Sprijin pentru înființarea și funcționarea centrelor de permanență
		Acces la servicii de spital în context de afecțiune gravă	Ajustare număr de paturi în unitățile de spital
Sarcina la copil și adolescent	Prevenirea sarcinilor nedorite	Servicii de planning familial	Creșterea accesului la servicii de planning familial
Sarcina cu risc	Identificarea și monitorizarea sarcinii cu risc	Servicii de identificare și monitorizare a sarcinii cu risc	Creșterea utilizării serviciilor de urmărire a gravidei prin spitalizare de zi - Îmbunătățirea utilizării serviciului de urmărire a gravidei la medicul de familie Înființarea serviciului de asistență comunitară în special în comunitățile cu risc.
Incidență crescută afecțiuni digestive la adult	Nevoia de acces la servicii specializate	Servicii specializate	Creșterea numărului de gastroenterologi
Incidență crescută afecțiuni locomotorii	Nevoia de recuperare după intervenție ortopedică	Servicii specializate	Creșterea capacității de paturi pentru recuperare neuro-locomotorie
Incidența crescută afecțiuni genitourinare la adulți	Urmărire corectă a sarcinii în contextul identificării riscurilor Screening cancer de col uterin	Servicii disponibile cu tot ceea ce implică standardul de îngrijire conform recomandărilor naționale Cabinet MF Ambulatoriu de specialitate Asistență comunitară	Stimulare efectuării de servicii de monitorizare a sarcinii la medicii de familie și în ambulatoriile de specialitate pe serviciul de spitalizare de zi Asigurare necesar asistenți comunitari conform normativelor

	Nevoia de sănătate	Nevoia de servicii	Nevoia neacoperită
Limitare funcțională datorită bolii	Handicap fizic temporar sau definitiv	Servicii de recuperare	Nevoie insuficient utilizată
		Servicii de îngrijire la domiciliu	Nevoie neacoperită
	modificarea stării psihice datorită bolii, modificarea capacitate de relaționare datorită bolii	Servicii de sănătate mintală	Acoperită dar insuficient accesată
	Stare de oboseală cronică	Servicii de cură balneară	Acoperite dar insuficient accesate
Afectarea calității vieții datorită durerii	Afecțiuni asociate cu durere acută	Servicii de urgență	Inadecvat utilizate
	Afecțiuni asociate cu durere cronică	Servicii paliative	Insuficientă acoperire
Elemente de stil de viață	Fumat	Serviciu stop fumat	da
	Consum problematic de alcool	Servicii de terapie a dependențelor (ALIAT)	da
	Exces de greutate	Servicii de consiliere în nutriție	da

