

## ANALIZA SITUAȚIEI CURENTE A SERVICIILOR DE SĂNĂTATE DIN DOLJ/VRATSA

### Cap 1. Sistemul National de Sănătate

#### 1.1. Scurtă descriere a sistemului de sănătate din România

Asigurarea sănătății este obiectivul esențial al unui sistem sanitar. Principalele scopuri sunt realizarea unui nivel ridicat de sănătate și distribuirea echitabilă a serviciilor de asistență medicală.

Un sistem sanitar trebuie să corespundă așteptărilor populației, ceea ce implică respectul pentru individ (autonomie și confidențialitate) și orientarea clientului (servicii prompte și calitate a dotărilor).

După anul 1989, România a demarat o reformă a sistemului său fiscal centralizat. Schimbările introduse pe parcursul primului deceniu de la revoluție au fost consolidate și aprofundate prin Legea privind asigurările de sănătate din anul 1997 și prin Legea privind reforma în sănătate din anul 2006. Scopul reformei era acela de a crea un sistem de asigurări sociale de sănătate descentralizat și pluralist, în cadrul căruia cetățenii urmau să contribuie în baza veniturilor obținute de aceștia la fondurile pentru asigurări de sănătate care urmau să achiziționeze servicii de la furnizorii de servicii de sănătate pe o piață pe care calitatea și siguranța ar fi reglementată cu atenție de către o entitate independentă. Chiar dacă s-au realizat progrese semnificative în ceea ce privește direcționarea sistemului spre această viziune, multe dintre trăsăturile vechiului sistem persistă și nu au fost create unele capacități vitale pentru a-i da posibilitatea noului sistem să funcționeze eficient. Teoretic, principala responsabilitate a Ministerului Sănătății este aceea de a elabora politicile din domeniul sănătății la nivel național, de a reglementa sectorul sănătății, de a stabili standardele organizaționale și funcționale și de a ameliora sănătatea publică.

Cu toate acestea, infrastructura de Sănătate a României și sistemul său de furnizare a serviciilor nu au fost adaptate la tehnologiile moderne și nu satisfac nevoile medicale ale populației. Capacitatea de îngrijire primară este insuficient utilizată și distribuită neunitar. Majoritatea serviciilor sunt prestate în spitale. Deși unele spitale au fost modernizate iar serviciile de urgență au fost dezvoltate, continuă să existe discrepanțe semnificative la nivelul furnizării serviciilor. Finanțarea serviciilor de asistență medicală (sub forma unei cote din PIB) se situează printre cele mai mici din regiunea Uniunii Europene, iar cheltuielile cele mai mari se înregistrează cu îngrijirea în spitale. Există un deficit acut de medici și asistente medicale, în special în sectorul spitalicesc.

Sectorul sanitar are la bază o infrastructură care a fost concepută în urmă cu 50-60 de ani, când nevoia de servicii medicale era diferită de realitatea zilelor noastre. Rețeaua de spitale este adesea fragmentată (multe spitale sunt formate din mai multe pavilioane care uneori sunt situate la distanță unul de celălalt, ceea ce necesită transferul între secțiile aceluiași spital cu ambulanța); sunt folosite clădiri vechi (unele au chiar peste 100 de ani) care nu permit integrarea optimă a circuitelor intraspitalicești și creează dificultăți în adoptarea de noi tehnologii din cauza limitărilor fizice inerente ale clădirilor. Mai mult, unele nu dispun de facilități adecvate de acces fizic (de exemplu pentru persoane cu dizabilități). Prin urmare, adaptarea infrastructurii la nevoia de servicii medicale actuală (boli netransmisibile, acumularea problemelor de sănătate, complexe de comorbiditate, existența tehnologiilor complexe etc.) este în

multe cazuri imposibilă sau mult mai costîșitoare decât construirea unor clădiri noi pentru a consolida activitățile în anumite spitale. De asemenea, cu precădere în spitalele vechi, cu circuite deficitare, controlul infecțiilor asociate asistenței medicale este inadecvat, ceea ce are un efect negativ asupra siguranței pacientului și care atrage cheltuieli ce pot fi evitate. Furnizarea echipamentului necesar este încă departe de standardele din țările europene avansate și, deseori, distribuția teritorială și utilizarea echipamentelor medicale în unitățile de stat nu sunt cunoscute. Există dovezi despre variații semnificative la nivelul unităților medicale și al regiunilor geografice și că distribuția acestora nu reflectă nevoile medicale ale populației.

În anul 2014, România avea în jur de 55.000 de medici, circa 116.000 de asistente, circa 130.000 de alți angajați medicali și în jur de 61.000 de angajați ai personalului medical auxiliar. Majoritatea erau angajați în sistemul public de sănătate. Conform datelor OCDE (Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică), densitatea personalului medical (personal medical la 1.000 de locuitori) în România este printre cele mai mici din Europa: în 2012, România avea 2,5 medici/1.000 locuitori și 5,8 asistente/1.000 locuitori, comparativ cu o medie a Uniunii Europene de 3,4 medici/1.000 locuitori și 8 asistente/1.000 de locuitori. În plus, aceste cadre medicale sunt răspândite inegal atât din punct de vedere geografic cât și din punct de vedere al specialităților medicale.

Lipsa personalului medical este și mai mult exacerbată de un exod acut al medicilor, un număr mare de medici emigrând în special în Europa Occidentală. Deși nu există date exacte despre emigrația medicală, Ministerul Sănătății a emis în perioada 2007 - 2013 peste 43.000 de certificate de conformitate, ceea ce arată niveluri semnificative ale intenției de emigrare. Acest lucru este confirmat de datele statistice din țările de destinație: medicii formați în România se situează pe primele locuri în statisticile privind personalul medical din Germania, Regatul Unit al Mării Britanii, Franța și Belgia. Atât factorii de respingere, cât și factorii de atracție sunt relevanți în decizia unui cadru medical de a părăsi țara; un factor de respingere constă, fără îndoială, în starea precară a infrastructurii medicale din România și impactul aferent asupra capacității medicului de a-și practica meseria și de a acorda o îngrijire corespunzătoare pacienților săi.

## **1.2. Structura sistemului de sănătate**

Ministerul Sănătății Publice este organul de specialitate al administrației publice centrale, cu personalitate juridică, în subordinea Guvernului.

Autoritățile de sănătate publică județene și a municipiului București sunt servicii publice deconcentrate ale Ministerului Sănătății Publice, cu personalitate juridică, reprezentând autoritatea de sănătate publică la nivel local.

Institutele sau centrele de sănătate publică sunt instituții publice regionale sau naționale, cu personalitate juridică, în subordinea Ministerului Sănătății Publice, și care coordonează tehnic și metodologic activitatea de specialitate în domeniul fundamentării, elaborării și implementării strategiilor privitoare la prevenirea îmbolnăvirilor, controlul bolilor transmișibile și netransmișibile și a politicilor de sănătate publică din domeniile specifice, la nivel național și/sau regional.

Institutele naționale de cercetare-dezvoltare în domeniile sănătății publice sunt instituții publice cu personalitate juridică, în coordonarea Ministerului Sănătății Publice.

În practică, Ministerul Sănătății și cele 42 de direcții de sănătate publică județene continuă să fie răspunzătoare de funcționarea spitalelor publice și sunt adânc implicate în finanțarea activităților bazate pe tehnologie avansată din cadrul sectorului prin intermediul unui număr anormal de mare de programe naționale de sănătate. Aceste responsabilități au distras atenția Ministerului Sănătății (MS) de la necesitatea de dezvoltare a capacității sale în domeniul politicilor și reglementării și, drept urmare, unitatea sa de elaborare a politicilor dispune de personal insuficient iar reglementarea calității este aproape inexistentă. Pe parcursul anului 2010, MS a relansat procesul de reformă prin descentralizarea responsabilității managementului spitalelor de nivel inferior (360 din cele 432 spitale publice) către autoritățile locale. Acesta este un pas important care va degreva ministerul de povara gestionării unităților mai mici, dar își va menține rolul de furnizor de servicii, fiind în continuare responsabil de spitalele mai mari și de programele naționale de sănătate bazate pe tehnologii avansate. Rețeaua de furnizare a serviciilor de sănătate este puternic polarizată către asistența în regim de spitalizare. Moștenirea rămasă din perioada comunistă includea un număr mare de spitale și de paturi de spital care funcționau în cadrul unei structuri fragmentate și cu o dezvoltare insuficientă a diferitelor niveluri de asistență medicală. România are o rată crescută de spitalizare. Chiar dacă politica guvernului stabilită pe parcursul ultimului deceniu a fost aceea de a reduce recursul la servicii spitalicești și sporirea utilizării medicilor de familie și a serviciilor ambulatorii, s-au înregistrat progrese nesemnificative până în prezent în ceea ce privește punerea în practică a acestei schimbări. Chiar dacă numărul paturilor de spital pentru afecțiuni acute s-a redus, România continuă să aibă peste 5 paturi la 1.000 de locuitori comparativ cu 4 paturi la 1.000 de locuitori pentru populația din UE. Serviciile de asistență medicală primară sunt furnizate de aproximativ 10.000 de medici de familie care operează în calitate de practicieni independenți.

### **1.3. Finanțarea sistemului**

Finanțarea este o funcție esențială a sistemelor de sănătate.

Majoritatea comparațiilor indică faptul că România cheltuie cu sănătatea mai puțin decât alte țări similare. Conform cifrelor oficiale, România cheltuie puțin sub 6% din PIB cu serviciile medicale (publice și private), comparativ cu media europeană de 8,5% și cu media de 9,8% a Uniunii Europene (toate statele membre).

Investigarea modului de alocare a resurselor în cadrul sistemului indică un model relativ constant de alocare a resurselor financiare între segmentele sistemului de sănătate, cea mai mare parte fiind direcționată către spitale și doar un mic procent către îngrijirea extraspitalicească. Din analiza datelor recente se observă că în ultima perioadă spitalele au consumat peste 50% din bugetul de sănătate publică, în timp ce îngrijirea primară a primit mai puțin de 7%, iar îngrijirea pe termen lung a beneficiat de o alocare neglijabilă.

Un factor ce trebuie luat în considerare cu privire la finanțarea globală a sistemului este reprezentat de dimensiunea atât a încasărilor fiscale din impozite cât și a veniturilor naționale. În această privință, nivelul veniturilor bugetului consolidat din România este mult mai scăzut decât media țărilor din UE.

România se bazează pe un sistem de asigurări de sănătate pentru a finanța cea mai mare parte a serviciilor sale de îngrijiri de sănătate. Acest sistem, implementat în 1998, a fost benefic deoarece a crescut suma cheltuielilor publice disponibilă pentru

acest sector. Aproximativ 78 de procente din totalul cheltuielilor publice pentru sănătate sunt asigurate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), în timp ce doar 22 de procente din totalul cheltuielilor provin din alte surse. Aproape o jumătate din cheltuielile CNAS au fost alocate asistenței medicale din spitale, pentru medicamente și consumabile medicale ce au reprezentat cea de-a doua mare cheltuială (aproximativ o treime din total și care se află în creștere)

În 2010, dreptul de proprietate asupra majorității spitalelor a fost transferat consiliilor locale. Spitalele sunt rambursate prin CNAS și Ministerul Sănătății pentru aproximativ 95 la sută din costurile acestora de operare, iar consiliile locale sunt obligate să acopere 3 până la 5 procente din costurile de funcționare ale spitalelor ce se află în jurisdicțiile lor. Unele consilii locale contribuie cu până la 20 procente.

Sistemul de asigurări de sănătate este administrat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), un organism central cvasi-independent, cu 42 de case județene de asigurări de sănătate, răspunzătoare pentru contractarea serviciilor de la furnizorii de servicii medicale.

Chiar dacă aproape întreaga populație a României de aproximativ 20 milioane de locuitori are dreptul la beneficii, un număr estimat de 10 milioane de locuitori nu achită contribuții la asigurările sociale de sănătate fie pentru că sunt scutiți în mod formal de plată (printre care se numără pensionarii, șomerii, deținuții, personalul militar, persoanele aflate în concediu medical sau concediu de maternitate și elevii/studenții), fie pentru că activează în sectorul muncii la negru și nu contribuie.

Pentru cei angajați legal, rata globală a contribuției la asigurări, calculând angajatorii și angajații la un loc, este în prezent de 10,7 % din salariul unui contribuabil. Aceasta a fost redusă de la 14% în 2008 și, în raport cu standardele europene, în prezent aceasta este relativ scăzută. În anul 2010, s-a adoptat legislația care extindea contribuțiile pentru un număr suplimentar de 3,5 milioane de persoane, inclusiv pentru pensionarii cu venituri care depășeau un anumit plafon.

Cu toate acestea, procentajul din impozitul pe salarii alocat sectorului sănătății a fost redus semnificativ pe parcursul anilor de creștere economică și nu a fost readus la nivelul precedent pe parcursul încetinirii creșterii economice, ducând la o reducere abruptă a procentului din cheltuielile guvernamentale totale alocat sectorului sănătății.

#### **1.4. Analiza SWOT a sistemului sanitar din Romania**

##### **Puncte tari:**

Este importantă înțelegerea faptului că serviciile de sănătate constituie doar un subsistem al sistemului de sănătate și se referă la unitățile și prestațiile preponderant medicale pe care le produc aceste unități.

În esență, sistemul serviciilor de sănătate a fost și este un sistem organizat și finanțat de către stat, fiind alcătuit dintr-o rețea de unități sanitare proprietate a statului, administrate într-o structură centralizată, având la vârf Ministerul Sănătății. Finanțarea se face din impozite și taxe generale prin bugetul de stat, iar medicii sunt salariați ai statului.

- Examinarea critică a finanțării, organizării și funcționării sistemului serviciilor de sănătate scoate în evidență, pe lângă neajunsurile sale, și o serie de avantaje. O asemenea perspectivă este extrem de importantă pentru ceea ce se dorește a fi în viitor asistența medicală și ea a apărut în ultima vreme tot mai evidentă în

lucrările de specialitate elaborate mai ales în mediile academice, ale experților și consultanților occidentali, chemați să propună soluții de schimbare.

Dintr-un asemenea unghi de vedere, sistemul care a funcționat în România a avut o serie de elemente pozitive care au fost mai evidente cu deosebire în perioadele de creștere economică rapidă.

- Sistemul a fost dezvoltat pe principii de echitate, asigurând accesul la servicii de sănătate cuprinzătoare pentru cvasitotalitatea populației. Accesul la servicii nu a fost influențat de capacitatea de a plăti a pacientului. Avantajul absenței plății în momentul utilizării s-a erodat însă pe măsură ce veniturile profesiei medicale au devenit (și mai ales au fost percepute) tot mai necorespunzătoare și s-a ajuns ca sumele pretinse sau primite suplimentar de la pacienți de către personalul sanitar să fie considerate socialmente acceptabile sau chiar îndreptățite.
- Finanțarea și organizarea sistemului au permis un control eficace al costurilor. Proporția cheltuielilor pentru sănătate din PIB a fost relativ scăzută. "Prețul" unei asemenea limitări a fost și lipsa sau limitarea accesului la unele servicii, în special cele necesitând cheltuieli mari pentru echipamente sau materiale (de exemplu, dializa renală, chirurgie cardiovasculară, transplante, proteze articulare, tomografie computerizată). Sistemul a funcționat cu structuri și costuri administrative reduse.
- Infrastructura serviciilor a fost dezvoltată extensiv, existând o rețea integrată de dispensare (teritoriale și de întreprindere), policlinici și spitale. Spre deosebire de alte foste țări socialiste, rețeaua de asistentă medicală primară (dispensarele de medicină generală) a fost dezvoltată din punct de vedere organizatoric, dar neglijată ca dotare. Aici au fost cele mai evidente și inegalitățile în privința asigurării personalului medical, legate de disparități de dezvoltare economică între județe, mediu urban/rural etc. În condițiile includerii dispensarelor în structura organizatorică a spitalelor, competiția pentru resurse a dat în general câștig de cauză serviciilor de specialitate, în detrimentul medicinei generale. Aceasta a avut un efect defavorabil asupra eficienței sistemului, cazurile care ar fi putut fi rezolvate la nivel primar încărcând spitalele și consumând resurse scumpe.
- Asigurarea asistenței medicale a populației cu paturi a fost bună, chiar supra-dimensionată față de nevoile reale, de posibilitățile acoperirii cheltuielilor curente și față de densitatea paturilor existentă în țările occidentale. Spitalele consumă peste 70% din bugetul acordat ocrotirii sănătății și rezolvă cca. 20% din cererile sanitare ale populației.
- A existat suficient personal medical calificat și un învățământ medical de calitate. Știind acest domeniu, dacă se are în vedere densitatea medicilor raportată la PIB, România are o poziție convenabilă. Posibilitatea ingerintelor politicului a dus însă la disfuncții legate de formarea personalului în special în anii '80 (sistarea pregătirii medicilor specialiști și a accesului acestora în orașe, desființarea pregătirii postliceale pentru cadre medii).

Până la jumătatea anilor '70 s-au înregistrat ameliorări evidente ale nivelului stării de sănătate, ilustrate prin creșterea duratei medii de viață, eradicarea sau reducerea multor boli transmișibile, reducerea mortalității infantile, inițierea unor programe naționale în domeniile bolilor cardiovasculare, cancerului, tuberculozei,

sănătății mentale și sănătății dentare. La aceste îmbunătățiri ale sănătății au contribuit în mare măsură și serviciile medicale.

### **Puncte slabe:**

- Medicalizarea excesivă a sănătății, influențată și de modul de organizare și conducere a serviciilor, marea majoritate a posturilor de conducere fiind ocupate de persoane fără nici o pregătire managerială, a redus mult șansele unor abordări intersectoriale, care să țină seama de toți factorii cu influență asupra sănătății.
- Planificarea rigidă, la care s-a adăugat sistemul centralizat și de comandă, au sufocat inițiativele și responsabilitatea în gestiunea serviciilor de sănătate și mai ales în adaptarea lor la nevoile sanitare în schimbare. Modelul centralizat, impunând pe cale administrativă norme și standarde rigide, de multe ori arbitrare, a împiedicat adaptarea serviciilor la nevoile locale ale populației, diferite de la o zonă la alta. Aceste norme au dus la un amestec ineficient de abundență și rîșipă în unele regiuni și de lipsuri în altele.

Planificarea de tip normativ a fost ineficace și ineficientă. Deși s-a încercat cu obstinație să se reducă prin metode administrative dezechilibrele prin uniformizarea distribuirii personalului și a infrastructurii sanitare, rezultatul a fost un eșec. Se poate constata și astăzi că sistemul nu a reușit să reducă inechitatea teritorială, nici în nivelul stării de sănătate, nici în asigurarea populației cu medici și nici în cea cu paturi. Finanțarea după criterii istorice, netinând seama de nevoile sanitare diferite ale populației, a accentuat disparitățile dintre județe.

- Subfinanțarea serviciilor a determinat întârzieri considerabile în introducerea tehnologiilor noi necesare diagnosticului sau tratamentului patologiei actuale, generând ulterior carențe grave în asigurarea cu medicamente și materiale sanitare de uz curent. Toate acestea au descurajat preocupările serviciilor de sănătate în domeniul asigurării și evaluării calității îngrijirilor medicale, element fundamental al performanței sistemului.
- Lipsa unei politici coerente în domeniul sănătății după 1990 a fost favorizată și de existența unui deficit în capacitatea de analiză sistematică și de dezvoltare de strategii, în condițiile unei cercetări și pregătiri insuficiente în domeniul managementului sănătății publice și al serviciilor de sănătate.

Așa cum am precizat anterior, sistemele naționale de sănătate sunt organizații sociale complexe, în continuă dezvoltare, ce produc servicii de sănătate. Centrele de putere în cadrul sistemelor naționale de sănătate au diverse funcții, interese și așteptări și dețin un anumit tip de putere. Sistemele de sănătate sunt instabile deoarece sunt influențate de numeroși factori externi, precum și de comportamentul centrelor de putere cu diverse interese și cerințe.

Intervențiile utile, benefice, făcute în organizarea și structura sistemului național de sănătate au în vedere următoarele **OBIECTIVE**:

- implementarea de programe noi pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației și/sau pentru ajustarea volumului și tipului serviciilor de sănătate în funcție de schimbările demografice și epidemiologice;
- introducerea unor tehnologii medicale îmbunătățite;
- adaptarea producției de servicii de sănătate la schimbările în structura cererii și ofertei resurselor de sănătate;

- îmbunătățirea justiției sociale și facilitarea accesului cetățenilor la îngrijirile de sănătate;
- eliminarea factorilor ce influențează funcționarea bună a serviciilor de sănătate;
- transformarea sistemului de sănătate în vederea implementării obiectivelor politicii naționale de sănătate.
- Sistemele de sănătate contemporane își dezvoltă continuu obiectivele, dar nu sunt organizate, structurate și conduse corespunzător pentru a implementa eficient politicile de sănătate. Evoluțiile de perspectivă cum ar fi: creșterea nevoilor de sănătate ale populației, progresul tehnologiilor medicale, creșterea cheltuielilor de sănătate și amplificarea presiunilor politice pentru mai multă securitate socială vor forța factorii de decizie ai politicilor de sănătate să caute obținerea de beneficii maxime cu minim de efort și cheltuieli. Pentru aceasta este necesară îmbunătățirea sistemelor de sănătate.

### **Oportunități:**

- Sănătatea este un domeniu de impact social major, care poate furniza argumente pentru adoptarea unor politici;
- Descentralizarea și acordarea unei autonomii reale autorităților cu competențe în sănătate și asistență medicală, statuate ca obiective în programul de guvernare;
- Implementarea asigurărilor private de sănătate care are ca o consecință benefică degrevarea sistemului social de povara crescândă și presiunea tot mai mare la care este supus din partea asiguraților;
- Efortul autorităților locale de a implementa un proiect de planificare strategic pe municipii în general;
- Integrarea în UE - creșterea competenței și calității actului medical, posibilitățile de dezvoltare pe care le poate deschide "turismul" medical, cu consecințe benefice în domeniul sănătății și economic pentru locuitorii județului/municipiului;
- Globalizarea;
- Șansa României de integrare în cercetarea internațională;
- Dezvoltarea tehnologiilor;
- Importuri masive de tehnologie de vârf;
- Existența fondurilor UE și a fondurilor structurale;
- Existența programelor europene și internaționale.

### **Amenințări:**

- Creșterea nivelului de informare a pacienților, concomitent cu progresul și diversificarea tehnologiilor diagnostice și terapeutice vor conduce la creșterea așteptărilor acestora și implicit, la o creștere a cererii de servicii medicale complexe; sistemul de sănătate trebuie să dispună de mecanisme care să asigure direcționarea resurselor financiare în virtutea principiului eficienței;
- Descentralizarea și acordarea unei autonomii reale autorităților cu competențe în sănătate și asistență medicală poate avea și consecințe mai puțin benefice;
- Apariția pe piață a asigurărilor private de sănătate. În acest sens personalul profesionist reprezintă o resursă care trebuie protejată, mai ales, având în vedere

tendențele accentuate de migrare a acestuia spre sectorul privat. Apariția unui decalaj social între persoanele care își pot permite o asigurare suplimentară și persoanele defavorizate;

- Lipsa capacităților și abilităților manageriale la nivelul sistemului de asigurări. Spre exemplu, managerii spitalelor sunt în continuare selectați pe criterii de excelență profesionale medicale care nu se transferă întotdeauna și în domeniul managerial-problema care se manifestă insidios printr-o gestionare inefficientă a fondurilor, greu de cuantificat;
- Libera circulație a persoanelor și facilitățile create după aderarea României la Uniunea Europeană pentru ocuparea de locuri de muncă induc riscul migrației personalului de specialitate, mai ales a celui înalt calificat și performant;
- Riscul ca incidența bolilor transmișibile și a bolilor cronice să crească constant, fără un program coerent și concret de intervenție;
- Integrarea în UE - creșterea costurilor asistenței medicale care poate conduce la creșterea decalajului în ceea ce privește accesul la serviciile de sănătate între populația cu venituri decente și populația aflată sub pragul sărăciei;
- Creșterea costurilor colaterale induse fie prin acoperirea tratamentului unor boli rare, dar foarte grave, fie datorită politicilor practicate de unii distribuitori de medicamente;
- Competiție internațională acerbă;
- Impactul globalizării;
- Importuri masive de tehnologie de vârf neavând un suport intern;
- Îmbătrânirea populației și migrarea forței de muncă tinere.



## **Cap. 2. Cadrul legislativ privind accesul la tratament România/Bulgaria**

### **2.1. Documente de referință aplicabile**

- a) Directiva 2011/24/UE** a Parlamentului European și a Consiliului din 9 martie 2011 privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere;
- b) Regulamentul (CE) nr. 883/2004** al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială;
- c) Regulamentul Consiliului (CEE) nr. 1408/71**, din 14 iunie 1971, privind aplicarea regimurilor de securitate socială lucrătorilor salariați, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor lor care se deplasează în interiorul Comunității;
- d) Regulamentul Consiliului (CEE) nr. 574/72** din 21 martie 1972 pentru stabilirea modalităților de aplicare a Regulamentului (CEE) nr. 1408/71 privind aplicarea regimurilor de securitate socială lucrătorilor salariați, lucrătorilor independenți și membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul Comunității;
- e) Legea nr. 95/2006** privind reforma în domeniul sănătății;
- f) Legea nr. 46/2003** privind drepturile pacientului
- g) Hotărârea Guvernului nr. 499/1996** pentru aprobarea Acordului de cooperare în domeniul sănătății și al științelor medicale dintre Guvernul României și Guvernul Republicii Bulgaria;
- h) Ordinul ministrului sănătății nr. 50/2004** privind metodologia de trimitere a unor categorii de bolnavi pentru tratament în străinătate;
- i) Decizia nr. S1 din 12 iunie 2009** privind cardul european de asigurări sociale de sănătate;
- j) Decizia nr. S2 din 12 iunie 2009** privind specificațiile tehnice ale cardului european de asigurări sociale de sănătate;
- k) Ordinul nr. 729 din 17 iulie 2009** pentru aprobarea Normelor metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte;
- l) Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1376/2016** pentru aprobarea Planurilor regionale de servicii de sănătate;
- m) Acordul între Guvernul României și Guvernul Republicii Bulgaria** privind regimul frontierei de stat româno-bulgare, colaborarea și asistența mutuală în probleme de frontieră din 28.06.2006.

### **2.2. Procedura privind accesul la tratamentul în străinătate**

Începând cu data de 1 ianuarie 2007 România și Bulgaria au devenit state membre ale Uniunii Europene, în această calitate beneficiind de toate prestațiile sociale care se furnizează pe teritoriul statelor membre, inclusiv privind asigurările sociale de sănătate.

În prezent la nivelul Uniunii Europene documentul în baza căruia se facilitează accesul la tratament în străinătate este Formularul E 112. Acest act se emite pentru două situații:

- A) Pentru persoanele care au dobândit dreptul la asigurarea de sănătate într-un stat membru UE și care solicită caselor de asigurări de sănătate unde sunt înscrise ca asigurate, transferul reședinței lor temporar sau definitiv pe teritoriul altui stat membru UE;**

**B)** Pentru persoanele asigurate care sunt autorizate de casa de asigurări de sănătate să se deplaseze pe teritoriul unui alt stat membru UE cu scopul de a primi tratament medical adecvat stării lor de sănătate.

**Conditii de emitere a formularului E 112 prevazute de regulamentele europene:**

**A)** Pentru situația transferului de reședință, în cadrul procesului de eliberare a formularului E 112, casele de asigurări de sănătate și persoanele asigurate solicitante vor respecta următoarea procedură:

**1)** Persoana care solicită formularul E 112 va depune o cerere scrisă la casa de asigurări de sănătate unde este luată în evidență ca persoană asigurată. Cererea va fi însoțită de următoarele acte:

**a)** o copie a actului de identitate sau a certificatului de naștere, după caz.

**b)** dosarul medical care va conține ca elemente de ordin general înscrisuri medicale din care să rezulte diagnosticul, precum și tratamentul medical aflat în derulare la o unitate sanitară aflată în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate din România. De asemenea, în cadrul acestor înscrisuri medicale trebuie precizat în mod explicit și argumentat dacă deplasarea persoanei solicitante prejudiciază sau nu starea sănătății sale sau primirea de tratament medical. Dosarul medical trebuie întocmit de un medic sau de o unitate sanitară aflată în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate din România. Toate aceste documente trebuie să fie semnate și ștampilate.

**c)** o confirmare scrisă din partea unității sanitare din statul membru UE în care se intenționează efectuarea serviciului medical cu privire la disponibilitatea acesteia de a acorda respectivul serviciu medical în perioada indicată de persoana solicitantă.

**d)** dovada transferului de reședință.

**2)** Cererea se înregistrează la registratura casei de asigurări de sănătate.

**3)** După efectuarea înregistrării, casa de asigurări de sănătate procedează la analiza cererii. Procesul de analiză cuprinde următoarele etape generale:

**a)** se verifică statutul de asigurat al persoanei solicitante. În situația în care în urma verificărilor se constată că persoana nu este asigurată, cererea de eliberare a formularului nu este aprobată, iar acest lucru se comunică în scris solicitantului.

**b)** dacă se constată că persoana solicitantă este asigurată se trece la analiza dosarului medical pentru a se verifica îndeplinirea condițiilor prevăzute de art. 22 alin. (2) teza întâi din Regulamentul (CEE) nr. 1408/71, respectiv: autorizația solicitată conform conform paragrafului 1 litera b) nu poate fi refuzată decât dacă s-a stabilit că deplasarea persoanei respective este de natură să-i compromită starea de sănătate sau aplicarea tratamentului medical;

**c)** dacă se constată îndeplinirea condițiilor prevăzute de art. 22 alin. (2) teza întâi din Regulamentul (CEE) nr. 1408/71 se va elibera formularul E112. Formularul se eliberează în două exemplare dintre care unul se păstrează la nivelul instituției, iar celălalt se comunică persoanei solicitante.

**B)** Pentru trimiterea la tratament medical trebuie îndeplinite cumulativ două condiții:

**1)** Tratamentul respectiv se regăsește printre serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază de care beneficiază asigurații din sistemul de asigurări sociale de sănătate din România.

2) Acest tratament să nu poată fi acordat în intervalul de timp necesar în mod normal pentru obținerea tratamentului respectiv în România, luând în considerare starea curentă de sănătate a persoanei solicitante și evoluția probabilă a bolii.

Dacă aceste două condiții sunt îndeplinite nu se poate refuza eliberarea acestui formular.

În ambele situații, regula generală este că formularul se eliberează înainte de plecarea persoanei solicitante la tratamentul planificat. Acesta se poate elibera și după plecarea persoanei, dar numai dacă din motive de forță majoră nu a putut fi eliberat anticipat și dacă nu a fost achitată contravaloarea serviciilor medicale. În acest caz, casa de asigurări întocmește un referat prin care se argumentează și justifică situația de forță majoră, document care va sta la baza eliberării formularului E 112. Prestațiile acordate în baza formularului se decontează numai între instituții pe bază de facturi (formularul E 125).

Sinteza condițiilor care trebuie îndeplinite cumulativ pentru a beneficia de tratament medical pe baza formularului E 112:

a) tratamentul respectiv trebuie să facă parte obligatoriu din lista serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază de care beneficiază asigurații din sistemul de asigurări sociale de sănătate din România;

b) tratamentul respectiv să nu poată fi efectuat în România în intervalul de timp necesar în mod normal, având în vedere starea de sănătate a pacientului și evoluția prognozată a bolii;

c) clinica unde se va urma tratamentul să fie situată într-o țară membră a Uniunii Europene;

d) clinica la care se solicită tratament trebuie să aibă încheiat un contract cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate din țara respectivă;

e) tratamentul pentru respectiva afecțiune să se afle pe lista serviciile medicale înscrise în pachetul de servicii de bază de care beneficiază persoanele asigurate în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România.

În situația în care oricare dintre condițiile enumerate nu sunt îndeplinite se poate solicita efectuarea tratamentului în străinătate prin alocarea de fonduri de la Ministerul Sănătății, conform Ordinului nr. 50/2004.

### **2.3. Modalitatea de internare**

Serviciile spitalicești sunt de tip preventiv, curativ, de recuperare, de reabilitare medicală, paliative și cuprind: consultații medicale de specialitate, investigații, tratamente medicale și/sau chirurgicale, îngrijire, medicație, monitorizare și supraveghere, cazare și masă.

În funcție de durata de spitalizare, asistența medicală spitalicească se acordă în regim de:

a) **spitalizare continuă** cu o durată peste 24 ore;

b) **spitalizare de zi** cu o durată de maximum 12 ore.

**2.3.1 Asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă** cuprinde îngrijiri de tip acut și îngrijiri de tip cronic și se acordă cu respectarea următoarelor criterii de internare:

a) naștere;

- b) urgențe medico-chirurgicale și situațiile în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial, ce necesită supraveghere medicală continuă;
- c) boli cu potențial endemoepidemic care necesită izolare;
- d) bolnavi aflați sub incidența art. 109, art. 110 , art. 124 și art. 125 din Codul penal și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie și tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, precum și tratamentul pacienților din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor spital;
- e) afecțiuni pentru care diagnosticul și/sau tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu sau spitalizare de zi.

Factorii de care trebuie să se țină cont cumulativ în luarea deciziei de internare în regim de spitalizare continuă sunt:

- a) severitatea semnelor și simptomelor prezentate de pacient;
- b) predictibilitatea medicală a unei evoluții negative, nedorite a pacientului;
- c) nevoia pentru și disponibilitatea analizelor/investigațiilor diagnostice;
- d) epuizarea resurselor diagnostice și terapeutice în celelalte domenii de asistență medicală.

Pacienții care prezintă un bilet de internare pentru spitalizare continuă vor putea fi programați pentru internare, în funcție de afecțiune și de gravitatea semnelor și simptomelor prezentate și de disponibilitatea serviciilor unității spitalicești solicitate.

Prevenirea spitalizărilor continue considerate evitabile se va realiza prin diagnosticare precoce, abordare, tratament și monitorizare, respectiv supraveghere corespunzătoare, în ambulator și în spitalizarea de zi, după caz.

**2.3.2. Asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare de zi** cuprinde îngrijiri de tip acut și îngrijiri de tip cronic și se acordă cu respectarea următoarelor criterii de internare:

- a) urgențe medico-chirurgicale, ce necesită supraveghere medicală până la 12 ore în condițiile stabilite în norme;
- b) diagnosticul și/sau tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu.

Serviciile necesare pentru diagnosticarea, tratarea sau monitorizarea pacientului care se efectuează în regim de spitalizare de zi pot avea caracter plurispecializat și/sau multidisciplinar, pot fi invazive, pot fi urmate de reacții adverse sau risc de urgență pe timpul efectuării lor sau corelate cu starea de sănătate a pacientului, impunând supraveghere medicală care nu poate fi efectuată în ambulatoriu.

Afecțiunile care pot fi diagnosticate și tratate în regim de spitalizare de zi sunt:

- afecțiunile prevăzute în norme
- afecțiuni pentru care se acordă servicii de chimioterapie, radioterapie, brahiterapie, litotritie, implant de cristal, întrerupere de sarcină cu recomandare medicală, amniocenteză, biopsie de vilozități coriale, administrarea tratamentului pentru profilaxia rabiei
- instalarea de gastrostome sau jejunostome percutane pentru administrarea nutriției enterale
- proceduri specifice de terapia durerii, conform normelor;
- instalarea de catetere intravenoase pentru utilizare îndelungată, tunelizate și/sau cu cameră implantabilă pentru diverse metode terapeutice, conform normelor;

- afecțiuni care necesită administrare de medicamente pentru care este necesară aprobarea comisiilor de experți constituite la nivelul CNAS
- HIV/SIDA care necesită monitorizarea bolnavilor.

Serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă și de zi se acordă pe baza biletului de internare eliberat de:

- medicul de familie,
- medicul de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare,
- medicii din unitățile de asistență medico-socială,
- medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate,
- medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, în cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică,
- medicii de medicină muncii.

Nu se solicită bilet de internare în următoarele situații:

- naștere,
- urgențe medico-chirurgicale
- boli cu potențial endemo-epidemic, care necesită izolare și tratament,
- bolnavi aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Codul penal și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie și tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, precum și tratamentul pacienților din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor spital;
- cazurile care au recomandare de internare într-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordată de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate,
- transferul intraspitalicesc în situația în care se schimbă tipul de îngrijire
- transferul interspitalicesc
- spitalizare de zi dacă se acordă servicii de: chimioterapie, radioterapie și administrare de medicamente pentru care este necesară aprobarea comisiilor de experți constituite la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate
- pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene beneficiază de servicii medicale spitalicești programate și acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/ Confederației Elvețiene, respectiv de servicii medicale spitalicești acordate pe baza cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederației Elvețiene, precum și serviciile medicale spitalicești pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României.

**Cap 3. Serviciile de sănătate transfrontaliere în județul Dolj și Regiunea Vratsa, axata pe domenii prioritare (cardiologie, chirurgie, obstetrica-ginecologie, neurologie, terapie intensivă);**

**3.1. Structura rețelei sanitare din județul Dolj și Regiunea Vratsa.**

**Numărul de Unități Sanitare din sistemul public din județul Dolj:**

Specificare	Total	Urban	Rural
<b>Spitale</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>2</b>
Institute și instituții fără paturi	1	1	0
Ambulatorii de specialitate	4	4	0
Ambulatorii integrate de spital	12	8	2
Dispensare medicale	6	6	0
Cab. medicale scolare	50	50	0
Cab. medicale studențești	1	1	0
Total cabinete stomatologice (în unitățile publice și în comodat), din care: - în școli și facultăți - în unități publice	21	20	1
	17	17	0
	4	3	1
Institute de medicină legală	1	1	0
Direcția de sănătate publică	1	1	0
C.R.T.S.	1	1	0
Servicii județene de ambulanță	2	2	0
Stații de ambulanță	12	7	5
Farmacii cu circuit închis	14	12	2
Nr. centre de hemodializă	1	1	0
Nr. aparate de hemodializă	14	14	0
Unități medico- sociale	7	1	6

### Număr secții și compartimente în spitalele publice

Specificare	Secții în spitale			Nr. săli operație în spitale			Compartimente*) în spitale		
	Total	Urban	Rural	Total	Urban	Rural	Total	Urban	Rural
<b>TOTAL, din care:</b>	<b>89</b>	<b>76</b>	<b>4</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	<b>0</b>	<b>72</b>	<b>68</b>	<b>4</b>
A.T.I.	3	3	0	0	0	0	8	8	0
Boli infecțioase	3	3	0	0	0	0	4	4	0
Boli profesionale	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Cardiologie	2	2	0	0	0	0	4	4	0
Chirurgie generală	9	9	0	19	19	0	3	3	0
Chirurgie infantilă	1	1	0	2	2	0	0	0	0
Chirurgie cardiovasculară	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Chirurgie toracică	1	1	0	2	2	0	0	0	0
Chirurgie maxilo-facială	1	1	0	2	2	0	0	0	0
Chirurgie plastică și reparatorie (arși)	1	1	0	2	2	0	1	1	0
Dermato-venerice	1	1	0	2	2	0	2	2	0
Diabet, boli de nutriție	1	1	0	0	0	0	2	2	0
Endocrinologie	1	1	0	1	1	0	0	0	0
Gastroenterologie	1	1	0	0	0	0	1	1	0
Hematologie	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Medicină fizică și balneologie	3	3	0	0	0	0	3	3	0
Medicină internă	12	12	0	0	0	0	2	2	0
Nefrologie	1	1	0	0	0	0	1	1	0
Neurochirurgie	1	1	0	1	1	0	0	0	0

Neurologie	2	2	0	0	0	0	6	6	0
Neonatologie și prematuri	2	2	0	0	0	0	9	9	0
Obstetrică-ginecologie	7	7	0	7	7	0	2	2	0
Oftalmologie	1	1	0	3	3	0	3	3	0
Oncologie medicală	3	3	0	0	0	0	2	2	0
O.R.L.	1	1	0	2	2	0	5	5	0
Ortopedie și traumatologie	1	1	0	2	2	0	2	2	0
Pediatrie	7	7	0	0	0	0	1	1	0
Pneumologie	7	3	4	0	0	0	0	0	0
Pneumologie -tbc	0	0	0	0	0	0	8	4	4
Psihiatrie	0	0	0	0	0	0	2	2	0
Psihiatrie acuți	3	3	0	0	0	0	0	0	0
Psihiatrie cronici	9	0	0	0	0	0	0	0	0
Reumatologie	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Toxicologie	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Urologie	1	1	0	2	2	0	0	0	0

#### Număr cabinete de consultație de tip ambulatoriu publice

Specificare	Total	Urban	Rural
<b>Total, din care:</b>	<b>150</b>	<b>146</b>	<b>4</b>
Alergologie și imunologie	2	2	0
Boli infecțioase	4	4	0
Cardiologie	7	7	0
Chirurgie	14	14	0
Dermato-venerologie	7	7	0
Diabet, nutriție și boli metab.	3	3	0
Endocrinologie	3	3	0
Gastroenterologie	1	1	0
Geriatrică și gerontologie	1	1	0
Hematologie	2	2	0
Medicină generală	2	2	0



Medicină internă	10	9	1
Medicină muncii	3	3	0
Medicină sportivă	4	4	0
Nefrologie	1	1	0
Neurologie	8	8	0
Obstetrică-ginecologie	8	8	0
Oftalmologie	8	8	0
Oncologie	2	2	0
Ortopedie și traumatologie	7	7	0
O.R.L.	11	11	0
Pediatrie	8	8	0
Planificare familială	6	6	0
Pneumologie	2	1	1
Psihiatrie	10	8	2
Recuperare med.fiz.și balneo	8	8	0
Recup. neuro-psiho-motorie	1	1	0
Urologie	2	2	0
Stomatologie	5	5	0

#### Laboratoare medicale publice

Specificare	Total	Urban	Rural
<b>Total, din care:</b>	<b>59</b>	<b>54</b>	<b>5</b>
<b>Analize medicale</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>2</b>
<b>Anatomie patologică</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>0</b>
<b>Explorări funcționale</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>1</b>
<b>Medicină nucleară</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Radiologie și imagistică medicală</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>1</b>
<b>Radioterapie</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Recup., med. fizică și balneologie</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
<b>Alte</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>1</b>

De asemenea, în județul Dolj funcționează și:

- 413 de Cabinete Medici de familie
- 371 de Farmacii
- 125 de Cabinete pentru Medicină dentară
- 6 Furnizori de Servicii de imagistică medicală
- 14 Furnizori de Servicii de îngrijiri la domiciliu

### 3.2. Personalul sanitar - analiză

Structura la nivelul județului Dolj a personalului sanitar care deservește bolnavii spitalizați: spitale, institute și centre medicale cu paturi și centre de sănătate de spital:

Categorii de personal sanitar		Total	Spitale	Laboratoare medicale ale spitalelor	Unități ambulatorii
<b>Total personal cu studii superioare</b>		<b>2688</b>	<b>2273</b>	<b>278</b>	<b>137</b>
Medici, din care:		<b>1670</b>	<b>1337</b>	<b>208</b>	<b>125</b>
- Rezidenți		<b>907</b>	<b>796</b>	<b>103</b>	<b>8</b>
Dentiști, din care:		<b>89</b>	<b>88</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
- Rezidenți		<b>73</b>	<b>73</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Fiziokinetoterapeuți, din care:		<b>18</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
- fizioterapeuți		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Asistenți medicali cu studii superioare, din care:		<b>650</b>	<b>621</b>	<b>22</b>	<b>7</b>
- asistenți medicali obstetrica - ginecologie(moașe)		<b>32</b>	<b>32</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Alt personal sanitar superior		<b>84</b>	<b>31</b>	<b>48</b>	<b>5</b>
Alt personal cu studii superioare		<b>284</b>	<b>284</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total personal mediu sanitar</b>		<b>2038</b>	<b>1678</b>	<b>201</b>	<b>159</b>
Total asistenți medicali, surori		<b>1866</b>	<b>1530</b>	<b>187</b>	<b>149</b>
După specialități	Medicale	<b>1398</b>	<b>1226</b>	<b>33</b>	<b>139</b>
	Pediatrie	<b>126</b>	<b>121</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
	Obstetrica - ginecologie (moașe)	<b>114</b>	<b>113</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
	Igienă	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
	Radiologie	<b>66</b>	<b>0</b>	<b>66</b>	<b>0</b>
	Balneofizioterapie și recuperare medicală	<b>25</b>	<b>22</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
	Dietetică	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
	Stomatologie	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
	Laboranți biologie clinică	<b>69</b>	<b>0</b>	<b>66</b>	<b>0</b>
	Laboranți anatomie-patologică	<b>24</b>	<b>0</b>	<b>22</b>	<b>0</b>
Registratori medicali		<b>156</b>	<b>131</b>	<b>16</b>	<b>2</b>
Statisticieni medicali		<b>15</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>2</b>

### **3.3. Specialitatea cardiologie**

Bolile cardiovasculare reprezintă prima cauza de morbiditate și mortalitate în România.

La nivelul județului Dolj, dar și al regiunii S-V Oltenia, nici o instituție de sănătate publică nu oferă servicii medicale privind cardiologia intervențională și chirurgia cardiovasculară.

Doar în cursul anului 2016 au fost transferați cu elicopterul SMURD ce deservește județul 244 de pacienți către Spitale de rang superior din țară.

#### **3.3.1. Oferta de servicii de cardiologie. Tipuri tratamente, intervenții.**

Spitalele publice care oferă servicii de cardiologie în Dolj sunt:

##### **➤ Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova:**

**Clinica Cardiologie:** 90 de paturi, din care:

- Compartiment USTACC: Numar paturi: 10;
- Compartiment Cardiologie Intentionala: Numar paturi: 20;
- Compartiment Cardiologie Pediatrica: Numar paturi: 10;

În secție își desfășoară activitatea 12 medici primari, 5 medici specialiști, din care 5 cadre universitare și 42 asistenți medicali;

##### **➤ Spitalul Clinic Municipal Filantropia Craiova:**

**Clinica Cardiologie:** 35 de paturi.

Actul medical în secție este prestat de 4 medici primari, din care 2 cadre universitare și 12 asistenți medicali;

##### **➤ Spitalul Clinic Căi Ferate Craiova**

**Compartiment Cardiologie:** 10 paturi;

Actul medical în secție este prestat de 2 medici primari și 4 asistenți medicali;

##### **➤ Spitalul Clinic de Urgență Militar Craiova**

**Compartiment Cardiologie:** 6 paturi;

Actul medical în secție este prestat de 1 medic primar și 2 asistenți medicali;

##### **➤ Spitalul „Filisanilor” - Filiasi;**

**Compartiment Cardiologie:** 10 paturi;

Personalul medical din Compartimentul Cardiologie este compus din 1 medic specialist și 1 asistent medical.

În cadrul secțiilor sus menționate sunt oferite servicii spitalicești specifice:

- Diagnosticul și tratamentul urgențelor cardiace;
- Diagnosticul și evaluarea complexă a patologiei cardiovasculare cronice și stabilirea managementului terapeutic pe termen lung;
- Electrocardiogramă de repaus, potențiale ventriculare tardive;
- ECG de efort;
- Holter ECG/24h;
- Ecocardiografii (TTE, TEE, contrast, stress);
- Ecografii vasculare;

- Analiza tulburărilor de ritm și conducere, cardiostimulari temporare și permanente, studii electrofiziologice, ablații.

Principalele afecțiuni tratate în secțiile de Cardiologie din Spitalele publice din județul Dolj sunt:

- Infarct miocardic
- Insuficiența cardiacă congestivă
- Angina instabilă
- Cardiopatia aterosclerotică a arterei coronariene native
- Cardiopatia ischemică cronică, nespecificată, fără coronarografie
- Insuficiența mitrală (valvă), fără indicație de intervenție chirurgicală
- Hipertensiune esențială
- Stenoza (valvă) aortică, fără indicație de intervenție chirurgicală
- Insuficiența (valvă) aortică, fără coronarografie
- Ateroscleroza cerebrală
- Vene varicoase ale extremităților inferioare fără ulceratie sau inflamatie
- Ateroscleroza arterelor extremităților cu claudicație intermitentă
- Insuficiența venoasă (cronică) (periferică)

### **3.3.2. Echipamente (aparatură) medicale**

Principala aparatură medicală din secțiile de Cardiologie cuprinde:

- Electrocardiograf
- Sistem testare la efort
- Ecograf Doppler
- Monitor funcții vitale
- Aparat de măsurare a presiunii arteriale
- Ecograf Doppler color cu 2 sonde
- Electrocardiograf cu 3 canale BT
- Holter ABPM
- Monitor pacient tip Mindray
- Defimonitor tip Primedic
- Analizor Markeri Cardiaci
- Aparat detectie alternanță totală
- Aparat Holter ECG
- Aparat pentru măsurarea elasticității
- Cardioangiograf monoplane
- Aparat ECG
- Defibrilator bifazic
- Ecocard
- ECG portabil

### **3.4. Specialitatea chirurgie**

#### **3.4.1. Oferta de servicii de chirurgie**

Spitalele ce oferă servicii de chirurgie în județul Dolj sunt:

➤ **Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova:**

**Chirurgie generală:** 190 paturi - 3 secții;

Actul medical este asigurat de 32 medici primari, 4 medici specialist, din care 26 cadre universitare și 62 de asistenți medicali;

- Compartiment Chirurgie vasculara: 10 paturi;

➤ **Sectia Neurochirurgie:** 25 paturi;

Actul medical este asigurat de 5 medici primari și 8 asistenți medicali;

➤ **Sectia Chirurgie și ortopedie pediatrica:** 25 paturi;

Actul medical este asigurat de 6 medici primari, 1 medic specialist, din care 3 cadre universitare și 8 asistenți medicali;

➤ **Sectia Chirurgie oro-maxilo-faciala** 25 paturi;

Actul medical este asigurat de 4 medici primari, 2 medici specialiști, din care 4 cadre universitare și 13 asistenți medicali;

➤ **Sectia Chirurgie plastica:** 35 paturi;

- Compartiment arsi: 10 paturi;

Actul medical este asigurat de 2 medici primari, 3 medici specialiști, din care 3 cadre universitare și 19 asistenți medicali;

➤ **Sectia Chirurgie toracica** 25 paturi;

Actul medical este asigurat de 4 medici primari, din care 3 cadre universitare și 14 asistenți medicali;

➤ **Spitalul „Filisanilor” Filiasi:**

**Sectia chirurgie generala:** 30 paturi;

Actul medical este asigurat de 2 medici primari și 5 asistenți medicali;

➤ **Spitalul Municipal „Prof. Dr. Irinel Popescu” Bailesti:**

**Sectia chirurgie generala:** 15 paturi;

Actul medical este asigurat de 1 medic primar, 1 medic specialist și 6 asistenți medicali.

➤ **Spitalul Municipal Calafat**

**Sectia chirurgie generală:** 35 paturi;

Actul medical este asigurat de 3 medici primari, 1 medic specialist și 15 asistenți medicali;

➤ **Spitalul Orasenesc “Asezamintele Brancovenesti” Dabuleni**

**Compartiment chirurgie generala:** 5 paturi;

Actul medical este asigurat de 1 medic primar, 1 medic specialist și 3 asistenți medicali.

➤ **Spitalul Clinic de Urgență Militar Craiova**

**Sectia Chirurgie generala:** 53 de paturi;

Actul medical este asigurat de 7 medici primari și 18 asistenți medicali;

➤ **Spitalul Orasenesc Segarcea**

**Sectie chirurgie generala:** 12 paturi;

Actul medical este asigurat 2 medici primari și 12 asistenți medicali;

Servicii spitalicești oferite de secțiile de chirurgie generală:

- Chirurgia glandei mamare: sectorectomii, tumorectomii, mamectomii pentru afecțiuni benigne sau maligne.
- Chirurgia defectelor parietale abdominale: hernii, eventrații, evisceratii.
- Chirurgia stomacului: rezecții gastrice parțiale sau totale pentru ulcer (gastric, duodenal) sau cancer, gastrostomii, derivații gastro-jejunale.
- Chirurgia splinei: splenectomii parțiale și totale pentru leziuni traumatice, chiste esențiale și parazitare, tumori, boli hematologice.
- Chirurgia hepato-biliara: chist hidatic hepatic, abcese intra-hepatice, intervenții și reintervenții pe căile biliare extra-hepatice (inclusiv coledocoscopia, colangiografie intraoperatorie), procedee reconstructive, derivații bilio-digestive.
- Chirurgia pancreatică: pancreatita acută necrotică infectată, pseudochist de pancreas, pancreatectomii parțiale și totale pentru neoplasm de pancreas sau pancreatita cronică, derivații pancreatico-digestive.
- Chirurgia intestinului subțire: enterectomii segmentare sau lărgite, jejunostomii, derivații entero-enterale.
- Chirurgia colonului și rectului: apendicectomie, colectomii segmentare, hemicolectomii, colectomii subtotale, proctocolectomie totală, amputații de rect, colostomii pentru afecțiuni benigne și maligne.
- Chirurgia glandei tiroide: tiroidectomii parțiale și totale pentru afecțiuni benigne (distrofii, hipertiroidii, tiroidite) sau maligne (cancer tiroidian).
- Chirurgia proctologică: hemoroizi, fisura anală, fistula perianală.
- Chirurgia ginecologică: anexectomie, salpingectomie, histerectomie simplă sau cu evidare limfoganglionară pentru afecțiuni benigne și maligne.
- Chirurgia varicocelului, chirurgia hidrocelului.
- Chirurgia varicelor membrelor inferioare.
- Amputații ale membrelor inferioare pentru afecțiuni ischemice sau septice: amputația de coapsă, amputații de gambă, amputații transmetatarsiene, necrectomii.
- Chirurgia partilor moi: infecții (abcese, flegmoane, furuncule, hidrosadenita), tumori maligne și benigne.
- Chirurgia laparoscopică: colecistectomie, apendicetomie, anexectomie, achalasia cardiacă, hernii hiatale, laparoscopii de diagnostic și de stadializare.
- Endoscopie diagnostică și terapeutică.
- Colangiopancreatografie retrogradă endoscopică, papilosfincterotomie oddiană, extragere de calculi din CBP cu sau fără litotritie.
- Chirurgia abdomenului acut: peritonite acute difuze, ocluzii intestinale, infarct enteromezenteric, hemoperitoneul, abdomenul acut traumatic.

### **3.5. Specialitatea obstetrică-ginecologie**

#### **3.5.1. Oferta de servicii de obstetrică-ginecologie**

Spitalele publice din județul Dolj ce oferă servicii în specialitatea obstetrică-ginecologie sunt:

➤ **Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova**

**Clinici Obstetrică - ginecologie:** 113 paturi - 2 secții;

Actul medical este asigurat de 23 medici primari, 3 medici specialiști, din care 14 cadre universitare și 51 asistenți medicali;

➤ **Spitalul „Filisanilor” Filiasi**

**Clinica Obstetrica - ginecologie: 25 paturi;**

Actul medical este asigurat de 4 medici primari și 5 asistenți medicali;

➤ **Spitalul Clinic Municipal Filantropia Craiova**

**Clinici Obstetrica - ginecologie: 90 paturi - 2 sectii;**

Actul medical este asigurat de 12 medici primari, din care 8 cadre universitare și 54 de asistenți medicali;

➤ **Spitalul Municipal „Prof. Dr. Irinel Popescu” Bailesti:**

**Clinica Obstetrica - ginecologie: 20 de paturi;**

Actul medical este asigurat de 1 medic primar, 1 medic specialist și 6 asistenți medicali;

➤ **Spitalul Municipal Calafat**

**Clinica Obstetrica - ginecologie: 35 de paturi;**

Actul medical este asigurat de 3 medici primari și 13 asistenți medicali;

➤ **Spitalul Orasenesc “Asezamintele Brancovenesti” Dabuleni**

**Compartiment Obstetrica - ginecologie: 10 paturi;**

Actul medical este asigurat de 2 medici primari și 4 asistenți medicali;

➤ **Spitalul Orășenesc Segarcea**

**Compartiment Obstetrica - ginecologie: 20 paturi;**

Actul medical este asigurat de 2 medici primari și 6 asistenți medicali;

Servicii spitalicesti oferite de clinicile Obstetrica-ginecologie:

- Diagnostic prenatal;
- Depistarea ecografică precoce a malformațiilor fetale (11-14 săptămâni);
- Ecografie pentru evaluarea morfologiei fetale, ecocardiografie fetală (18-22 săptămâni);
- Diagnostic prenatal invaziv (diagnostic genetic și terapie fetală intrauterină): puncție de vilozități coriale, amniocenteză, cordocenteză, transfuzie intrauterine;
- Asistența la naștere;
- Naștere naturală cu și fără analgezie peridurală;
- Naștere prin operație cezariană;
- Diagnosticul și tratamentul afecțiunilor ginecologice benigne și maligne;
- Chirurgie clasică pe cale abdominală și vaginală;
- Chirurgie laparoscopica ginecologica;
- Colposcopie;
- Screening cancer col uterin;
- Monitorizarea evolutiei sarcinilor;
- Cardiotocografii;
- Ingrijirea sarcinilor cu risc ;
- Terapia și urmarirea postinterventionala a leziunilor precanceroase ale colului, tratamentul tulburari ale pubertatii și menopauzei;

- Histeroscopie.

### **3.6. Specialitatea neurologie**

#### **3.6.1. Oferta de servicii de neurologie**

Spitalele publice din județul Dolj ce oferă servicii în specialitatea Neurologie:

➤ **Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova:**

**Compartiment Neurologie:** 15 paturi;

Actul medical este asigurat de 5 medici primari și 8 asistenți medicali;

➤ **Spitalul „Filisanilor” Filiasi:**

**Compartiment Neurologie:** 10 paturi;

Actul medical este asigurat de 1 medic primar și 2 asistenți medicali;

➤ **Spitalul Clinic De Neuropsihiatrie Craiova:**

**Clinici Neurologie:** 141 paturi - 2 secții;

Actul medical este asigurat de 2 medici specialiști, 14 medici primari și 67 asistenți medicali;

➤ **Spitalul Municipal Calafat:**

**Compartiment Neurologie:** 20 paturi;

Actul medical este asigurat de 2 medici primari și 5 asistenți medicali;

➤ **Spitalul Clinic de Urgență Militar Craiova**

**Compartiment Neurologie:** 12 paturi;

Actul medical este asigurat de 2 medici primari și 4 asistenți medicali;

Servicii spitalicești oferite de secțiile și compartimentele de neurologie:

- Urgente neurologice (patologie dominantă);
- Monitorizarea bolilor neurologice (epilepsie și tulburări de somn, boala Parkinson și alte manifestări extrapiramidale, boli neuromusculare, miastenia gravis și sindromul miastenic, neuropatii periferice, boli neurodegenerative ale sistemului nervos central, scleroza multiplă, stenoze arteriale carotidiene, vertebrale și artere subclaviculare, demențe, paralizii cerebrale)
- Proceduri specifice pentru cefalee, algii craniene, sindroame vertiginose și crize de pierdere a conștienței fără diagnostic etiologic cu investigații de înaltă performanță

### **3.7. Specialitatea terapie intensivă**

#### **3.7.1. Oferta de servicii de terapie intensivă**

Spitalele publice din județul Dolj ce oferă servicii în specialitatea Anestezie și Terapie Intensivă (ATI) :

➤ **Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;**

**Secția ATI:** 65 de paturi;

- Compartiment ATI copii: 10 paturi;
- Compartiment toxicologie: 5 paturi;

Actul medical este asigurat de 20 medici primari, 9 medici specialiști, din care 6 cadre universitare și 93 de asistenți medicali;



➤ **Spitalul „Filisanilor” Filiasi:**

**Compartiment ATI:** 6 paturi;

Actul medical este asigurat de 1 medic primar, 1 medic specialist și 5 asistenți medicali;

➤ **Spitalul Clinic Municipal Filantropia Craiova:**

**Sectia ATI:** 20 paturi;

Actul medical este asigurat de 4 medici primari, 2 medici specialiști și 29 de asistenți medicali;

➤ **Spitalul Municipal „Prof. Dr. Irinel Popescu” Bailesti:**

**Compartiment ATI:** 5 paturi;

Actul medical este asigurat de 1 medic primar și 4 asistenți medicali;

➤ **Spitalul Municipal Calafat**

**Compartiment ATI:** 10 paturi;

Actul medical este asigurat de 1 medic primar și 6 asistenți medicali;

➤ **Spitalul Orasenesc “Asezamintele Brancovenesti” Dabuleni**

**Compartiment ATI:** 3 paturi;

Actul medical este asigurat de 1 medic primar și 1 asistent medical;

➤ **Spitalul Orășenesc Segarcea:**

**Compartiment ATI:** 5 paturi;

Actul medical este asigurat de 2 medici primari și 2 asistenți medicali;

➤ **Spitalul Clinic Cai Ferate Craiova:**

**Compartiment ATI:** 15 paturi;

Actul medical este asigurat de 3 medici primari și 10 asistenți medicali;

➤ **Spitalul Clinic de Urgență Militar Craiova:**

**Compartiment ATI:** 10 paturi;

Actul medical este asigurat de 2 medici primari și 8 asistenți medicali;

**Servicii spitalicești oferite:**

- Suport avansat de funcții vitale pentru pacienții aflați în stare critică și gravă;
- Terapie intensivă postoperator general orice specialitate;
- Terapie intensivă pentru pacienții politraumatizați;
- Terapie intensivă patologii medicală;
- Terapie intensivă patologii chirurgicale;
- Terapie intensivă a marilor urgente;
- Protezare respiratorie cu aparatură de ultimă generație;
- Suport artificial pentru funcția pulmonară;
- Plasmafereza în urgență pentru diferitele tipuri de patologii neurologice/hematologice;
- Bronhoscopii pentru pacienții aflați în terapie intensivă;
- Montare de catetere venoase centrale pentru terapie sau efectuarea dializei;
- Traheostomii percutane;
- Fibroscopii;

- Analgezie postoperatorie.

#### Cap 4. Nevoia de servicii de sănătate de-a lungul frontierei dintre județul Dolj și Regiunea Vratsa;

##### 4.1. Date generale

Povara insuficienței cardiace se remarcă cu precădere în Regiunea Sud Vest, cu cea mai mare cotă a internărilor din toate regiunile.

Serviciile medicale în cadrul județului sunt concentrate în mediul urban în detrimentul celui rural, unele servicii medicale lipsind în mediul rural. Unele servicii, cum sunt cele de cardiologie interventională lipsesc la nivelul județului, ceea ce duce la fluxuri semnificative de pacienți către alte județe, regiuni.

##### 4.2. Morbiditatea / numărul bolnavilor pe clase de boli

AFECȚIUNILE TRATATE în SCJU CRAIOVA		
SPECIALITATEA	DENUMIRE AFECȚIUNE	NR. CAZURI
CARDIOLOGIE	I50.0 Insuficienta cardiaca congestiva	1628
	I50.1 Insuficienta ventriculara stanga	414
	I21.4 Infarct miocardic acut subendocardic	298
	I20.0 Angina instabila	241
	I34.0 Insuficienta mitrala (valva)	93
CHIRURGIE	K40.90 Hernia inghinala unilaterală sau nespecificată	224
	K80.00 Calcul al vezicii biliare cu colecistita acută	469
	K35.9 Apendicita acută	340
	D48.6 Tumora sin cu evoluție imprevizibilă și necunoscută	72
	K85 Pancreatita acută	49
	I70.24 Ateroscleroza arterelor extremităților cu gangrenă	157
CHIRURGIE PLASTICĂ	D48.5 Tumora pielii cu evoluție imprevizibilă și necunoscută	285
	D48.1 Tumora țesut conjunctiv și alte țesuturi moi cu evoluție imprevizibilă și necunoscută	68
	S68.1 Amputație traumatică a unui singur deget (completă) (parțială)	50
	M72.0 Fibromatoza fascială palmară [Dupuytren]	44
	S66.3 Leziune a mușchiului și tendonului extensor al altui deget la nivelul pumnului și mâinii	39
CHIRURGIE și ORTOPEDIE PEDIATRICĂ	K35.9 Apendicita acută, nespecificată	178
	K59.9 Tulburare funcțională a intestinului, nespecificată	176
	S52.4 Fractura a diafizelor atât ale ulnei cât și ale radiusului	108
	K40.90 Hernia inghinală unilaterală sau nespecificată,	97

	fără obstrucție sau gangrenă, nespecificată ca recidivantă	
	S42.41 Fractură supracondilară a humerusului	56
CHIRURGIE TORACICĂ	S22.44 Fracturi multiple de coaste implicând patru sau mai multe coaste	144
	S22.42 Fracturi multiple de coaste, implicând două coaste	129
	J90 Revarsare pleurală, neclasificată altundeva	114
	D38.1 Tumora traheii, bronhiilor și pulmonului cu evoluție imprevizibilă și necunoscută	63
	S22.43 Fracturi multiple de coaste, implicând trei coaste	62
CHIRURGIE VASCULARĂ	I83.9 Vene varicoase ale extremităților inferioare fără ulceratie sau inflamatie	26
	N18.0 Boala renală în stadiul final	22
	I70.20 Ateroscleroza arterelor extremităților, nespecificată	18
	I77.0 Fistula arterio-venoasă, dobândită	5
	I74.3 Embolia și tromboza arterelor extremităților inferioare	4
NEUROCHIRURGIE	M51.1+ Tulburări ale discului lombar și ale altor discuri intervertebrale cu radiculopatie (G55.1*)	611
	S06.8 Alte leziuni intracraniene	216
	S06.01 Pierdere a conștinței pe o durată nespecificată	100
	S06.5 Hemoragie subdurală traumatică	84
	S00.88 Leziune superficială a altor părți ale capului, alta	61
NEUROLOGIE	I63.3 Infarctul cerebral datorită trombozei arterelor cerebrale	90
	I63.4 Infarctul cerebral datorită emboliei arterelor cerebrale	71
	I63.0 Infarctul cerebral datorită trombozei arterelor precerebrale	59
	G81.9 Hemiplegia, nespecificată	40
	H81.8 Alte afecțiuni ale funcției vestibulare	35
OBSTETRICĂ GINECOLOGIE	O82 Naștere unică prin cezariană	1420
	O80 Naștere unică spontană	1100
	O20.0 Iminență de avort	879
	O47.0 Trăvaniu fals înainte de săptămâna 37-a completă de gestație	695
	O03.0 Avort spontan incomplet, complicat prin infecție pelvină și a tractului genital	299

**SITUAȚIA PREZENTĂRILOR ÎN CABINETELE DIN AMBULATORIUL SPITALELOR  
DE STAT DIN JUDEȚUL DOLJ**

<b>CATEGORIA</b>	<b>Denumire boală</b>	<b>Total</b>	<b>Morbiditate/ 100 mii</b>
CARDIOLOGIE	Hipertensiunea esentiala (primara)	4828	656.87%
	Alte boli cerebrovasculare	1780	242.18%
	Cardiopatie ischemica cronica	1589	216.19%
	Infarct cerebral	761	103.54%
	Ateroscleroza	584	79.46%
CHIRURGIE	Sindromul intestinului iritabil și alte tulburari functionale ale intestinului	723	98.37%
	Alte gastroenterite și colite neinfectioase	703	95.65%
	Colecistita	547	74.42%
	Leziune traumatica superficiala	488	66.39%
	Apendicita acuta	483	65.71%
CHIRURGIE PEDIATRICĂ	Deformatii congenitale ale piciorului	482	65.58%
	Alte malformatii congenitale specificate, afectand sisteme multiple	157	21.36%
	Deformatii congenitale ale soldului	87	11.84%
	Malformatii congenitale ale organelor genitale masculine	79	10.75%
	Deformatii osoase ale capului, fetei, coloanei vertebrale, pieptului și alte deformatii	53	7.21%
CHIRURGIE VASCULARĂ	Vene varicoase ale membrelor inferioare	598	81.36%
	Hemoroizi	594	80.82%
	Alte afectiuni ale arterelor și arteriolelor	391	53.20%
	Flebita și tromboflebita	376	51.16%
	Alte boli vasculare periferice	175	23.81%
GINECOLOGIE	Hemoragia de la debutul sarcinii	816	111.02%
	Hipertensiunea preexistenta, complicand sarcina, nasterea și lauzia	575	78.23%
	Displazia colului uterin	512	69.66%
	Alte afectiuni inflamatorii pelviene la femeie	481	65.44%
	Infectiile aparatului genito-urinar în cursul sarcinii	481	65.44%
NEUROLOGIE	Accidente ischemice cerebrale tranzitorii și sindroame inrudite	1517	206.39%
	sindroame de algii cefalice	1480	201.36%
	Alte polinevrite	668	90.88%
	Boala Parkinson	607	82.59%
	Epilepsia	522	71.02%

#### **4.3. Principala cauză a mortalității în Romania/Bulgaria: bolile cardiovasculare**

Raportul din 2015 al Băncii Mondiale arată că România ocupă locul 1 în Europa ca mortalitate a populației din cauza bolilor cardiovasculare, cu o medie de 108.9 decese la 100.000 de locuitori, față de media UE (43.8 la 100.000 de locuitori). De asemenea, bolile cardiovasculare reprezintă cauza numărul 1 de deces în țara noastră, cu 57% din totalul deceselor înregistrate la nivel național.

România este singura țară din Europa în care speranța de viață se deteriorează continuu. 58% din decesele românilor sunt provocate de bolile cardiovasculare, principala cauză fiind accesul inechitabil al populației la o infrastructură de sănătate și la tehnologiile moderne din medicină. Din 17.000 de proceduri chirurgicale cardiovasculare care ar trebui efectuate, CNAS finanțează doar 5.600. Spre comparație, în țările din vestul Europei suma medie alocată unui caz chirurgical este de aproximativ 18.000 de euro, în vreme ce în România, statul alocă o sumă de 10 ori mai mică, între 1.800-1.200 de euro. Chiar și în Bulgaria și Republica Moldova, finanțarea este de 7.000 de euro pe caz.

În plus, mai puțin de 40% din copiii cu afecțiuni cardiovasculare din România sunt operați în țară din cauza programelor actuale de finanțare din domeniul sănătății.

#### **4.4. Concluzii**

Atât în județul Dolj cât și în Districtul Vratsa nu există nici o clinică de cardiologie intervențională și chirurgie cardiacă care să ofere pacienților cardiaci posibilitatea de a se trata.

Există secții staționare de cardiologie în ambele zone dar nu există o secție de cardiologie invazivă conform standardelor.

În ceea ce privește echipamentul este evident că în ambele zone echipamentele medicale sunt la un nivel nesatisfăcător.

În ceea ce privește specialitatea chirurgie, în raionul Vratsa există 3 unități medicale cu astfel de secții și una cu activitate consultativă, în timp ce în Dolj există mai multe spitale, iar serviciile oferite în acest domeniu sunt aproape identice. Același lucru este valabil și pentru specialitățile obstetrică-ginecologie, neurologie și terapie intensivă.

În cazul în care se stabilește o conexiune de sistem în timp real între o unitate medicală bulgară și o unitate medicală română, tratamentul pacienților va fi mai eficient, deoarece este posibil ca medicii să interacționeze direct referitor la caz, precum și să discute rezultatele de imagistică și datele de diagnosticare ale pacientului.

Bolile cardiovasculare sunt principala cauză a morbidității și mortalității atât în Bulgaria, cât și în România, cu pierderea tragică a populației active.

Concluzia este că ambele părți ar trebui să aibă o unitate medicală care să răspundă nevoilor populației, care să se concentreze asupra bolilor cardiovasculare și mai precis asupra cardiologiei invazive, dotată cu echipamente moderne corespunzătoare.

Accesul pacienților la metode performante de tratament al bolilor cardiovasculare, înființarea de noi centre de diagnosticare și tratament, creșterea finanțării, îmbunătățirea calității actului medical și stoparea plecării din sistem a medicilor specialiști sunt soluții pentru scăderea ratei de mortalitate.

## **Cap 5. Probleme de complementaritate**

### **5.1. Dificultăți privind accesul la tratament pentru cetățenii din zona de frontieră.**

Conform art.27 alin (3) din **Acordul între Guvernul României și Guvernul Republicii Bulgaria privind regimul frontierei de stat româno-bulgare, colaborarea și asistența mutuală în probleme de frontieră din 28.06.2006**, *"Trecerea frontierei de stat fără documente se poate efectua și în cazurile când se solicită sprijinul autorităților competente ale celuilalt stat de a acorda ajutor medical sau veterinar ce comportă urgență"* și conform Art. 28 alin. (2) *"Prezentul acord poate fi oricând modificat și completat de către oricare dintre părțile contractante numai cu acordul scris al celeilalte părți contractante"*, propunerea noastră către autoritățile romane și bulgare este de a se completa acest Acord în sensul în care *"Persoanele prevăzute în prezentul articol (Art. 27) care necesita îngrijiri medicale de urgență pentru afecțiuni cardiovasculare și a caror viața este pusă în pericol, vor putea beneficia de tratament specific în Unitatea de Cardiologie Interventionala din cadrul Spitalului Clinic de Urgență Craiova, cu decontarea ulterioară a acestor servicii de către statul Bulgar."*

Cu toate că acest acord este în vigoare de peste 10 ani, locuitorii ce își au reședința de-a lungul graniței româno-bulgare nu au putut beneficia de tratamente de specialitate efectuate în țara vecină, tocmai din cauza lipsei, atât în județul Dolj, cât și în districtul Vratsa, a unei clinici de cardiologie intervențională. Pacienții cu probleme cardiace grave din Dolj sunt momentan transferați către centre de cardiologie din București, Timișoara sau Târgu Mureș iar cei din Vratsa către centrul din Sofia.

Un alt pas important făcut spre rezolvarea acestor probleme cu care se confruntă pacienții din cele două state a fost făcut în anul 2016 prin aprobarea unui Memorandum. Pentru ca pacienții să beneficieze rapid de medicamentele care lipsesc, Guvernul a aprobat negocierea și semnarea unui acord de cooperare cu Bulgaria al cărui cadru va asigura accesul pacienților la medicamente. În acest fel, pacienții din ambele țări vor putea beneficia rapid de medicamentele care lipsesc, din diferite motive, dintr-o țară, dar se găsesc în cealaltă.

### **5.2. Dificultăți de comunicare (lingvistice);**

Există dificultăți de comunicare între cetățenii celor două zone, Dolj și Vratsa, dar cu toate acestea există totuși și anumite avantaje:

- tinerii vorbesc engleza fluent, facilitând comunicarea;
- de-a lungul fluviului Dunărea de la Vidin la Svishtov trăiește așa-numita etnie vlahă, care vorbește limba română arhaică. Apropierea limbii vlahă de limba română este foarte mare, iar comunicarea în termeni lingvistici nu este atât de dificilă între românii și bulgarii din regiunea transfrontalieră.