

STRATEGIA DE DEZVOLTARE A SERVICIILOR MEDICALE DIN JUDETUL VALCEA

1. DESCRIEREA SITUATIEI ACTUALE

1. Profilul demografic și socio-economic

Judetul Valcea are 412 337 locuitori. Densitatea populatiei este de 75 locuitori/kmp, mai putin decat media tarii.

Judetul are 88 localitati, din care 2 municipii (Rm Valcea si Dragasani), 9 orase si 78 comune. Economia judetului este reprezentata cu preponderenta de sectorul industrial chimic si concentrata mai ales in jurul capitalei de judet, municipiul Rm Valcea.

Turismul si in special cel balneoclimateric este de asemenea dezvoltat, judetul Valcea ocupand locul 4 pe tara la capacitatea de cazare.

Organizarea administrativa veche si pastrata astazi doar in forma functionala imparte judetul in 5 teritorii arondate din punct de vedere metodologic si administrativ spitalelor teritoriale (Balcesti, Dragasani, Valcea, Horezu, Brezoi)

Indicatorii socio-economici

Există variații notabile între teritoriile judetului in ceea ce priveste indicatorii socio-demografici, variatii care vor trebui sa joace un rol important in organizarea si distributia serviciilor de sanatate viitoare in judet.

In ceea ce priveste **accesul la educatie**, se pare ca la noi in judet gradul de alfabetizare al populatiei este apropiat de cel regional si national : 97,2 % in Valcea (97,5% Romania) . **Rata bruta de cuprindere scolara** in toate nivelurile de invatamint (%) 64,6 % in Valcea si 72,9 % in Romania

In ceea ce priveste **ponderea populației fara acces la apa curenta**, acesta este de 48,78% .

In ceea ce priveste **ponderea populației rezidenta in urban versus cea din rural** , raportul este inversat fata de cel national si similar cu cel regional: astfel , in judetul Valcea, ponderea populatiei in urban este de **45,5 %** , in comparatie cu 45% la nivel regional si 53% la nivel national. In rural este rezidenta **54,5 %** din populatia judetului, fata de 55% din populatia zonei SV si fata de 47% la nivel national.

Cea mai ruralizata populație este in teritoriul Balcesti, cu **86,2 %** locuitori in mediul rural, iar cea mai urbanizata populatie este in teritoriul Valcea : 65,15% din populație in orase. **Raportul pe sexe** este identic cu cel national si regional : **masculin/feminin : 49,05 % / 50,95%**

Prudusul intern brut (PIB) pe locuitor (in 2005 - PIB pe locuitor exprimat în miliarde lei sau dolari SUA la paritatea puterii de cumparare) : 42.568,1 in Valcea si 2.464.687,9 in Romania

Caracteristici demografice

In cadrul mișcării naturale a populației se remarcă , la fel ca si la nivel national, decalajul dintre nivelul redus al natalității (8,35‰ in 2007) și nivelul înalt al mortalității (11‰) care determină un spor natural negativ (-2,65‰).

Din punct de vedere al **natalitatii** (8,35 ‰) judetul Valcea se afla sub media nationala de 10,7‰.

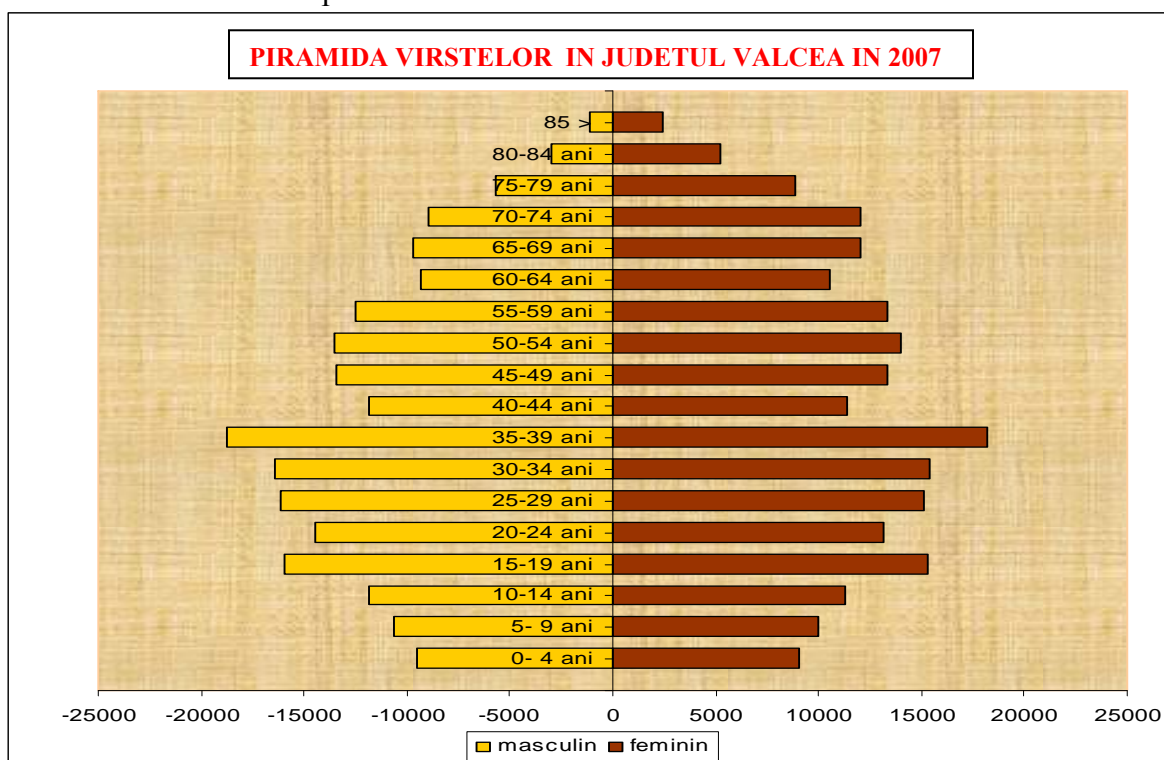
Mortalitatea generala este de 11 ‰ inregistrand un trend continuu ascendent pina in 2005 cind incepe sa scada discret.

Sporul natural este negativ, dar valoarea de -2,65‰ mult sub media pe tara – 0,127 ‰.

Tabelul nr 1 **Principalii Indicatori Demografici in teritoriile judetului Valcea**
Indicatorii demografici pe teritorii Anul 2006 / 2007

Teritoriul	Natalitate (nr nascuti vii la 1000 persoane)		Mortalitate Infantila (nr decese 0-1 an la 1000 nascuti vii)		Mortalitate Generala (nr decese la 1000 persoane)		Spor natural (diferenta intre nascutii vi si decese generale la 1000 persoane)	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
VALCEA	8,63	8,59	8,03	10,45	9,35	8,52	-0,72	- 0,08
BALCESTI	5,8	6,02	8,44	8,23	16,9	17,09	-11,1	-11,07
BREZOI	10,35	7,75	9,43	6,41	12,7	10,33	-2,34	-2,58
DRAGASANI	6,61	6,04	2,27	10,03	13,92	13,36	-7,31	-7,32
HOREZU	7,26	8,00	6,48	5,95	12,21	11,67	-4,94	-3,67

Din punct de vedere al **structurii pe varste**, ponderea varstelor cu cel mai mare consum de servicii medicale este dupa cum urmeaza: 0-14 ani :14,9 % si >65 ani 16,4 %, segmentul de varstnici fiind in crestere accentuata in ultima perioada.



Repartizarea populatiei pe grupe de virsta cincinale (piramida virstelor)

In 2007 populatie de virsta 0-14 ani era 14, 9% (16% in 2004)

Populatia de virsta 15-65 ani : 68,7% (67,5 % in 2004)

Populatia peste 65 ani 16,4 % (14,7 % in 2002) .

Tendinta piramidei este la o reducere constanta a bazei , generatiile cu virste intre 15 si 40 ani fiind cele mai numeroase .

Analiza in dinamica a structurii populatiei pe grupe de virsta in ultimii 25 ani si proiectiile demografice pina in anul 2009, evidentiaza procesul accentuat de imbatrinire a populatiei cu consecintele cunoscute.

Raportul de dependenta dupa virsta reprezinta raportul (exprimat in procente), dintre numarul populatiei de virsta tandra (0-14 ani) si al populatiei de virsta batrana (peste 60 ani), pe de o parte, si numarul populatiei de virsta adulta (15- 59 ani), pe de alta parte. Acest raport masoara „presiunea” populatiei tinere si a celei varstnice, numarul de tineri si batrani pe care ii “suporta” 100 persoane de virsta adulta. In județul Vâlcea raportul de dependenta demografica este mai

mic față de cel la nivel național (57,5% față de 62,2%). Valoarea acestui indicator este aproape de două ori mai mare în rural față de urban (76,0% față de 39,9).

Dacă **rata de ocupare a resurselor de muncă** a înregistrat o scădere ușoară în 2006 față de 2002 de la 69,7% la 68,1%, tendința de scădere este mult mai evidentă în cazul **ratei de activitate a resurselor umane** în 2006 față de 2002 de la 78,9% la 71,5%. Aceste două rate se calculează prin raportarea populației ocupate, respectiv a celei active la totalul resurselor de muncă ale județului și sunt o imagine mai fidelă a evoluției reale fiind mărimi relative exprimate procentual.

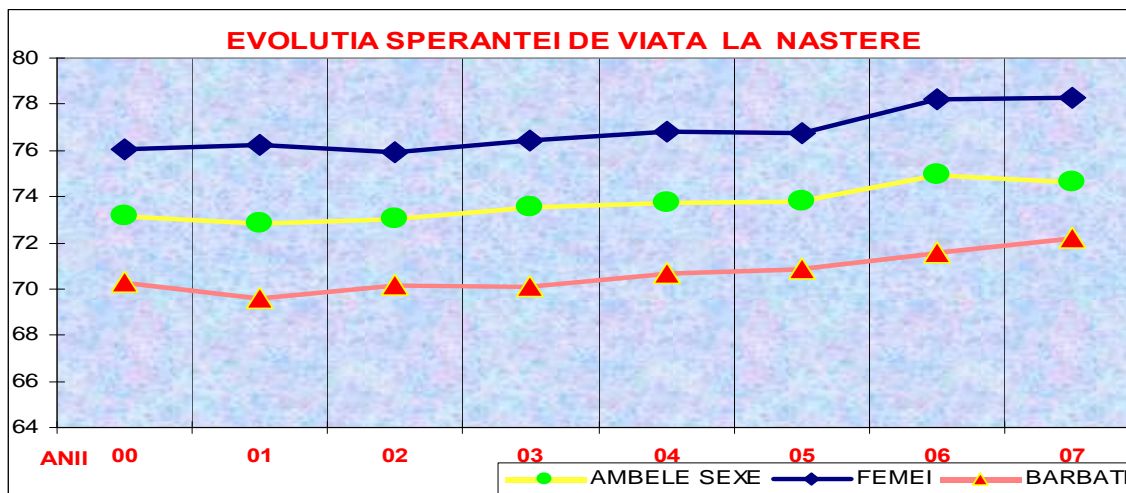
Ponderea populației rroma, (la recensământul populației din 2002) ca și unul dintre principalele grupuri vulnerabile la îmbolnăviri, este cea mai mică în cadrul județelor din regiune (0,96%), mult mai mică decât rata la nivel național (2,47%) și decât cea a regiunii (2,54%).

EVALUAREA STĂRII DE SĂNĂTATE

Starea de sănătate a populației, este caracterizată prin câțiva indici și indicatori sintetici:

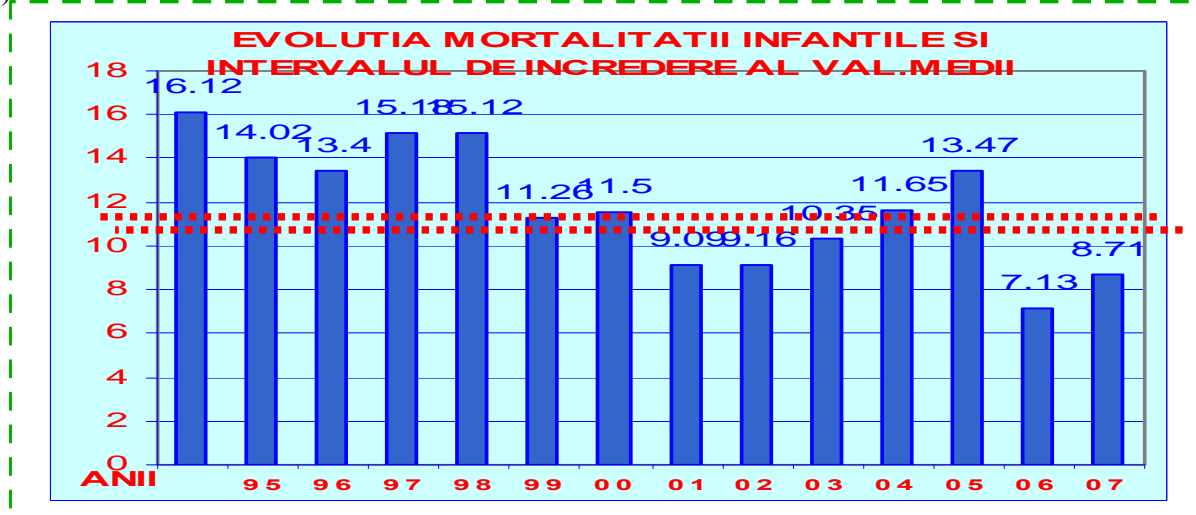
Speranța de viață la naștere a fost, după cum urmează :

1. **ambele sexe** :74,65 ani în 2007 ;74,95 ani în 2006 ;73,8 ani în 2005 ;73,78 ani în 2004 ;73,57 ani în 2003 ; 73,05 ani în 2002 ; 72,88 ani în 2001; 73,17 ani în 2000; (71,91 ani valoarea pe țară în 2007)
2. **Barbați** :72,2 ani în 2007 ;71,6 ani în 2006 ;70,9 ani în 2005; 70,7 ani în 2004; 70,14 ani în 2003 ; 70,17 ani în 2002 ; 69,62 ani în 2001 și 70,28 ani în 2000 ; (68,41 ani pe țară)
3. **Femei**: 78,3 ani în 2007 ;78,24 ani în 2006 ;76,73 ani în 2005 ; 76,8 ani în 2004; 76,45 ani în 2003 ; 75,93 ani în 2002; 76,23 ani în 2001 și 76,06 ani în 2000; (75,62 ani valoarea pe țară) *
Calculul mai corect al speranței de viață se face folosind media deceselor pe ultimii 3 ani ; un astfel de calcul duce la valoarea de :74,37 ani (ușor sub valoarea de 74,95 ani).
4. **Urban** :75,45 în 2007 ;74,68 în 2006 ;73,38 ani în 2005 ;73,7 ani în 2004
5. **Rural**: 74,53 în 2007 ;74,55 în 2006 ;73,81 ani în 2005



- **Mortalitatea infantilă**, Evoluția fenomenului în ultimii 25 ani a fost extrem de favorabilă în județ (contrastând puternic cu situația pe țară).
 În anul 1968 mortalitatea infantilă era de 80 ‰ de născuți vii (cu aproape 20 de procente peste valoarea pe țară).
 În urma unor programe de evaluare a factorilor de risc și de intervenție în funcție de gradul riscurilor s-a reușit o scădere spectaculoasă la valori sub 10 ‰ de născuți vii.
 Din 2002 indicatorul crește discret până în 2005 - 13,47‰. Anul 2006 reprezintă un adevărat record pentru țara noastră cu valori de necrezut până acum :7,13 ‰ .

In 2007 indicatorul creste usor fata de 2006 dar mult sub valorile pe tara .(24,6‰ pe tara in 2007)



- **Principalele cauze de deces 0-1an** in anul 2007 au fost:
 - 1.Afectiunile respiratorii (46,6%);
 - 2.Afectiuni perinatale (23,3%)
 - 3.Anomalii congenitale (20%)
 - 4.Alte cauze (8,1%)
- **Ponderea afectiunilor respiratorii** (rangul 1 cu 46,6 % din total cauze deces) se coreleaza cu profilul de mortalitate infantila in functie de virsta de deces .
- **Supra mortalitatea masculina** s-a mentinut pina in 2001. Incepind cu 2002 se inverseaza raportul ,aparind supramortalitatea feminina (exceptie 2004): Supra mortalitatea masculina a revenit in 2007 :4,93 ‰ fata de 3,77 ‰
-
- In privinta **mortalitatii infantile in functie de mediul de domiciliu** ,in 2007 se inverseaza situatia fata de anul 2006 devenind majoritara mortalitatea infantila din mediul rural : 2,03 ‰ in urban fata de 6,68 ‰ in rural.
- Fata de anii precedenti cind erau diferente foarte mari intre teritorii ,in 2007 nu numai ca au scazut foarte mult indicatorii din toate teritoriile dar s-au si nivelat disparitatiile :
- **Teritoriul Brezoi** : 6,41 ‰ in 2007 fata de 9,43 ‰ in 2006
- **Valcea** 10,45 ‰ in 2007 , 8,3 ‰ in 2006
- **Balcesti** :8,23 ‰ in 2007 , 8,4 ‰ in 2006
- **Dragasani** 10,03 ‰ in 2007 fata de 2,27 ‰ in 2006
- **Horezu** 5,95 ‰ in 2007 si 6,48 ‰ in 2006.

Mortalitatea maternă

Fata de situatia dinainte de 1989 cind erau 4-5 decese materne (in special prin avort septic) evolutia din ultimii 7 ani se situeaza la valori de 0,4- 0.7 la 1000 de nascuti vii , in 2005 , 2006 si 2007 fiind 0 ;

Toți acești indici sunt mai nefavorabili în mediul rural. Există, după cum se poate aștepta, disparități teritoriale ale acestora, teritoriile cu cele mai multe probleme fiind Balcesti, teritoriu preponderent rural si Dragasani.

Mortalitatea generală Rata bruta de mortalitate a avut la nivelul judetului o evolutie relativ constanta in jurul valorii de 11 ‰. Incepind cu anul 1989 fenomenul incepe sa se agraveze usor , culminind cu anii 1996, 1997 si 1998 ,dupa care are o scadere marcata in 1999 si mai ales 2000 ; reincepe sa creasca constant ajungind in 2005 la 12,2‰ , dupa care iar incepe sa scada : 11,77 ‰ in 2006 si 11,0 ‰ in 2007, sub limita inferioara a intervalul de incredere (val minima 11,7 si maxima 11,9) . (pe tara indicatorul estimat in 2007 a fost de 11,81 ‰)

Analiza indicatorului pe teritorii releva :

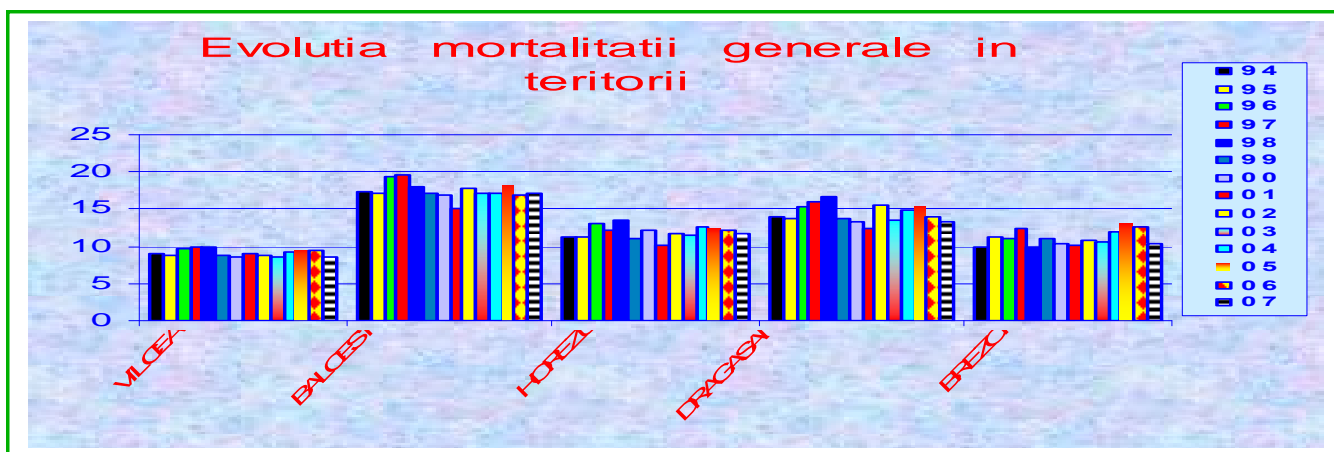
Terit. Vilcea are evolutia cea mai favorabila evoluind constant sub 10 % (9,35%o in 2006 si 8,52 %o in 2007).

Terit. Balcesti prezinta situatia cea mai grava cu valori peste 15 % (chiar 19,6 %o in 1997). In 2006 scade la 16,9%o dar creste la 17,09 %o in 2007.

Terit. Horezu are o evolutie inconstanta cu cresteri si scaderi de la un an la altul .In ultimii 3 ani exista o tendinta constanta de reducere discreta. In 2006 12,21 %o iar in 2007 11,67%o.

Terit. Dragasani are cresteri constante pina in 1998 (16,71 %o) ,apoi scaderi constante pina in 2001 (12,41 %o).Evolutia ulterioara devine inconstanta cu cresteri si scaderi dar si aici in ultimii 3 ani exista tendinta la scadere (13,92%o in 2006 si 13,36%o in 2007)

Terit. Brezoi creste si el incepind cu 2001 ajungind la 12,98 %o in 2005 , dupa care urmeaza trendul descendent al judetului cu scaderi pina la 12,7 %o in 2006 si 10,33 %o in 2007.

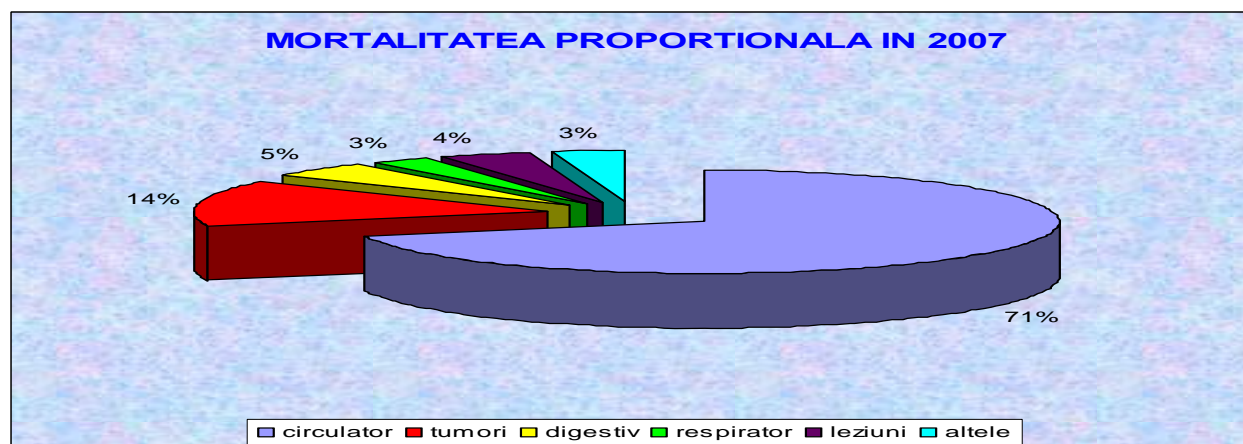


Principalele cauze de deces sunt similare celor mai multe țări ale Uniunii Europene:

Romania	Judetul Valcea
1. bolile aparatului circulator	1. bolile aparatului circulator
2. tumori	2. tumori
3. bolile aparatului digestiv	3. boli aparat digestiv
4. bolile aparatului respirator	4. bolile aparatului respirator
5. accidente	5. accidente ,traumatisme

Principalele cauze de deces in 2007 au fost:

1. Bolile aparatului circulator: 783,5 %ooo in 2007 (819,2 %ooo in 2006) pondere din total decese :70,9 % in 2007 .
2. Tumori:158,6 %ooo in 2007 , 179,7 %ooo in 2006, pondere din total decese :14,3 % in 2007 .
3. Ap. digestiv :54,08 %ooo in 2007 , 47,9 %ooo in 2006 , 50,09 %ooo pondere din total decese :4,9 % in 2007..
4. Ap.respirator :29,8 %ooo in 2007 ,45,5 %ooo in 2006 , 54,19 %ooo , pondere din total decese :2,7 % in 2007
5. Accidente ,traumatisme ,otraviri : 47,53 %ooo in 2007 , 45,1 %ooo in 2006 , pondere din total decese :7,3% in 2007 .



Se remarca mortalitatea prin bolile aparatului circulator, crescuta si in comparatie cu media nationala, fapt confirmat prin morbiditatea prin boli cardiovasculare, cea mai crescuta din regiune. Evolutia ponderii principalelor cauze de deces arata o crestere a ponderii aparatului circulator de la 65,1 % (1994) la 69% in 2004 , 69,4% in 2005 , 69,6 % in 2006 si 70,6% in 2007.

Ponderea deceselor prin tumori a crescut de la 11,6 % (1994) la 13,1% in 2004 , 14,3 % in 2005, 15,3 % in 2006 si scade la 14,3% in 2007;

Ponderea deceselor aparatului digestiv a scazut de la 4,9 % (1994) la 4,7 % (2003) , a crescut in 2004 la 5,6% dar a scazut in 2006 la 4,1%; creste din nou in 2007 la 4,9% .

Ponderea deceselor prin accidente a scazut de la 6 % (1994) la 4,2 % in 2005 , 3,8 % in 2006; creste in 2007 la 4,3% ;

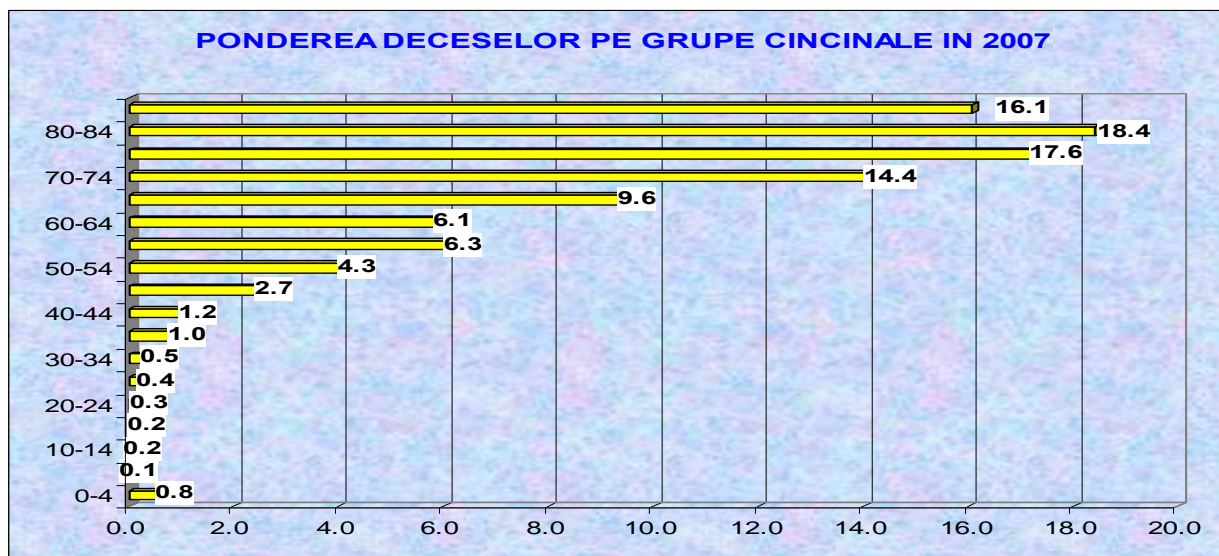
Ponderea deceselor aparatului respirator a scazut de la 6,9 % (1994) la 4,1% in 2004 , 4,4% in 2005 , 3,9 % in 2006 si 2,7% in 2007 ,trend de scadere constant;

Supramortalitatea din mediu rural scade de la 76,4 % (1994) la 68,7 % in 2006 si 68,6% in 2007 una din posibile cauze fiind o accesibilitate mai redusa la serviciile de sanatate de buna calitate dar si un nivel de trai mai scazut.

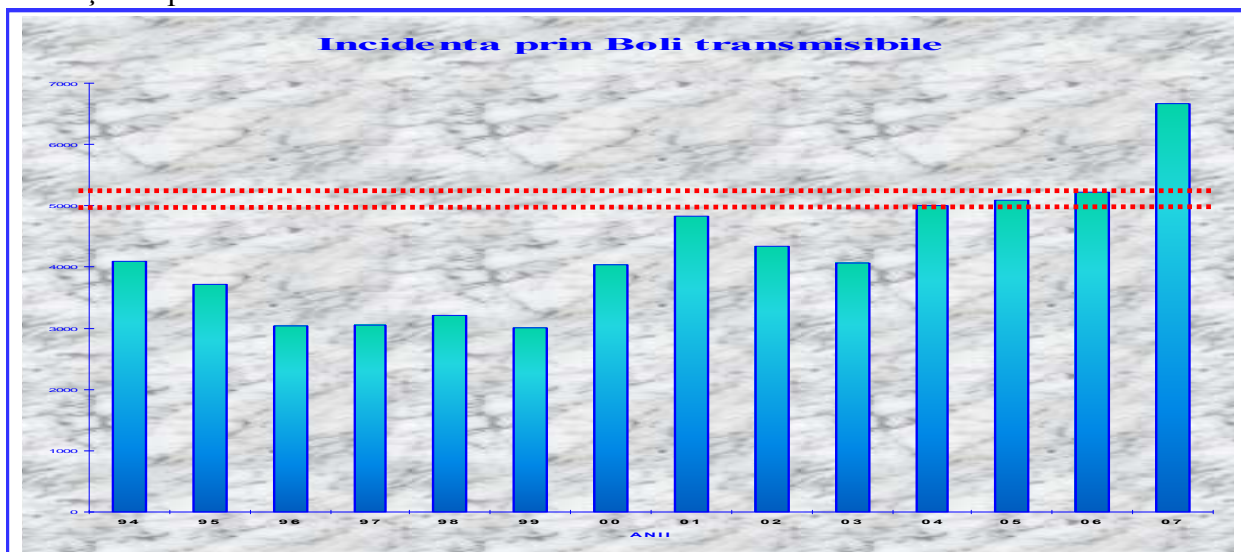
Supramortalitatea masculina scade de la o pondere de 52 % (1994) la o pondere de 50,6% in 2005 , 50,8 % in 2006 si la fel 50,8% in 2007.

Analiza mortalitatii pe grupe de virsta cincinale in 2007.

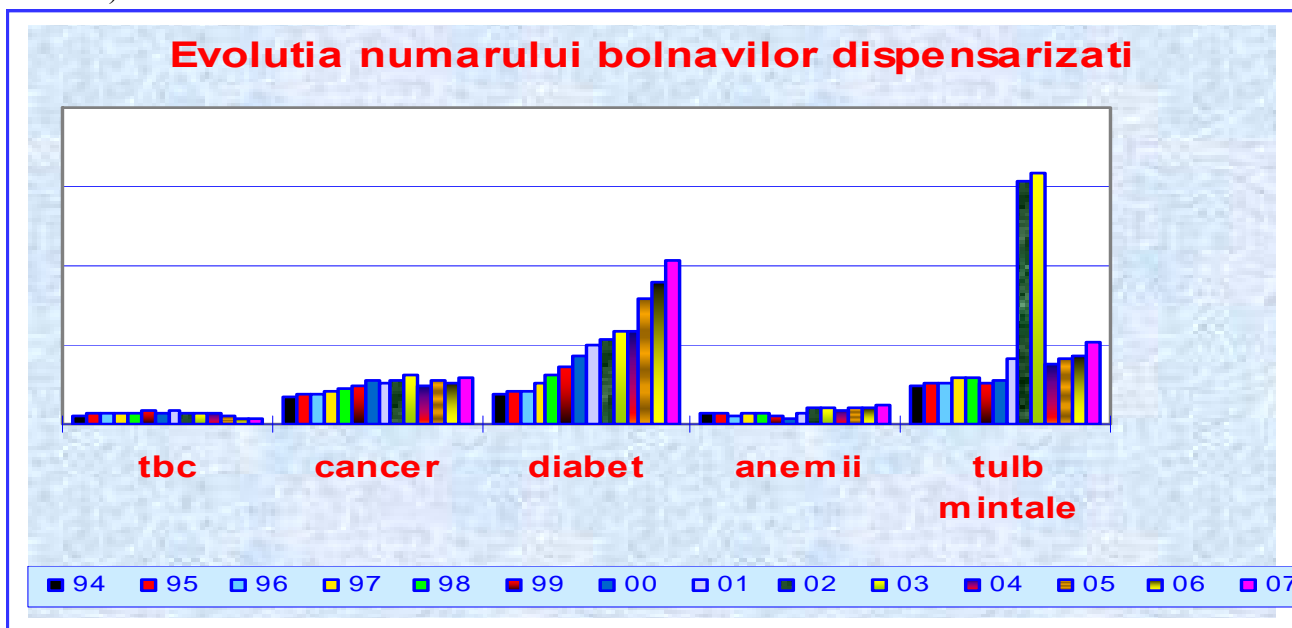
Grupa 0- 4 ani (detinea o pondere de 1,07 % in 2005 dar a scazut la 0,78 % in 2007 fiind de 12 ori mai mare decat grupa urmatoare 5-9 ani (pondere de 0,065 %)apoi cresterea este discreta pina la grupa 55-59 ani (pondere 6,28 %) si grupa 60-64 ani (pondere 6,07%); grupa urmatoare 65-69 ani (9,58 %). De la aceasta grupa mortalitatea creste cu 4-5 procente la fiecare noua grupa ajungind la 18,4 % la grupa de virsta 80-84 dupa care scade discret.



In totalul morbidității, bolile cronice sunt dominante, iar din cele cu caracter transmisibil, se înregistrează evoluția necorespunzătoare a varicelei, infecțiilor transmise sexual (lues si gonoree) precum și a hepatitelor.

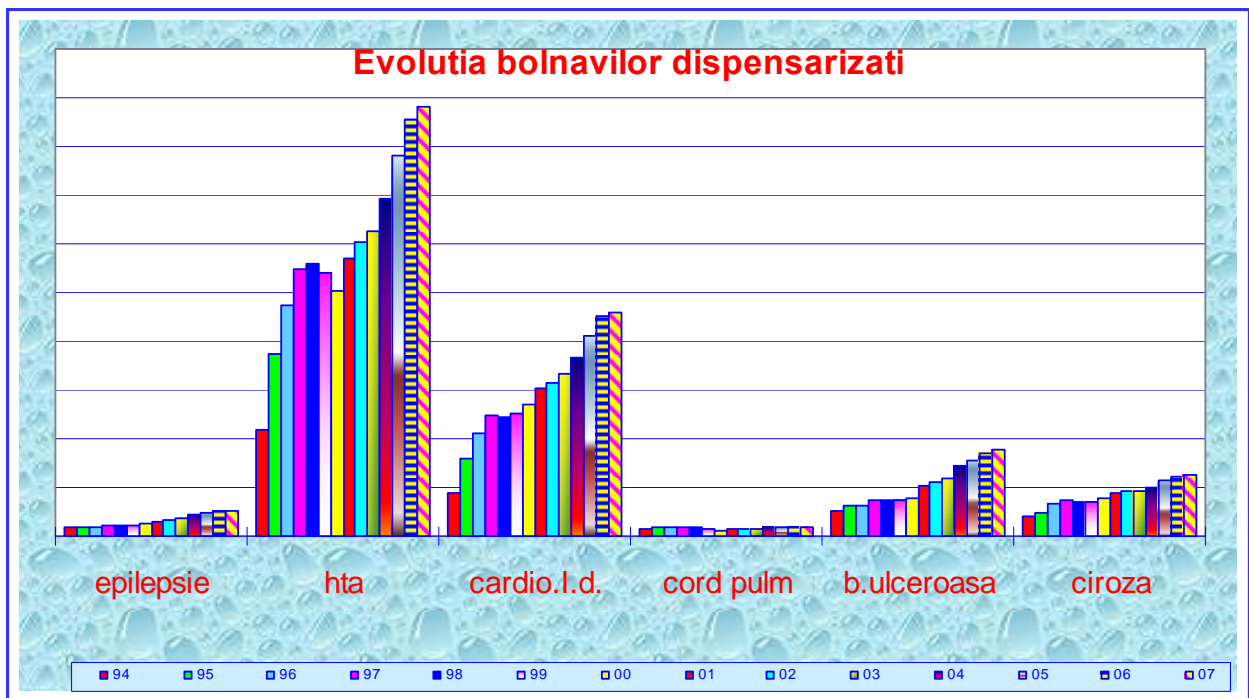


Evoluția incidenței prin boli transmisibile are un trend descrescător pînă în anul 1997 cînd depășește valoarea anului 1996, dar rămîne sub valorile anilor 1994. După anul 2000 indicatorul crește continuu depășind valorile anului 1994 ajungînd la 5089 ‰ în 2005, 5220,3 ‰ în 2006 și 6664,5 ‰ în anul 2007, depășind mult limita sup. a intervalului de încredere calculat (min 4048,6 și max.4062)



Numărul bolnavilor în evidență cu **TBC** a avut o evoluție de creștere ușoară pînă în anul 2001 (866) dar scade în 2002 la 760 bolnavi în 2005 504 bolnavi, în 2006: 377 bolnavi iar în anul 2007: 355.

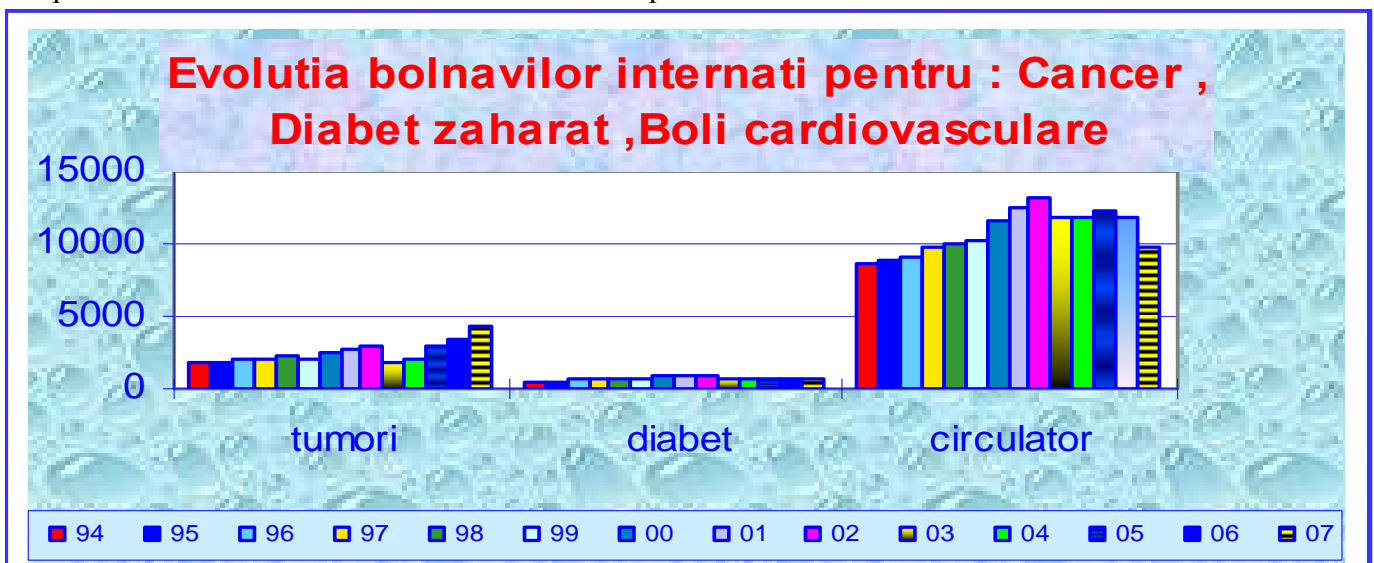
Cancerul (2912 în 2007) și mai ales **diabetul zaharat** (10425 în 2007) prezintă creșteri anuale constante; la fel și anemiile;



Numarul bolnavilor dispensarizati cu **epilepsie** creste de la 857 (1994) la 2672 in 2007.
 Numarul bolnavilor cu **HTA** creste de 4 ori (de la 10900 in 1994 la 44.004 in 2007).
 Numarul bolnavilor cu **cardiopatie ischemica** creste de 5 ori (de la 4471 in 1994 la 23.030 in 2007) .
 Numarul bolnavilor dispensarizati cu **cord pulmonar cronic** creste discret in 2007 (976) fata de 783 in 2003
 Numarul bolnavilor dispensarizati cu **boala ulceroasa** creste continu de la 2588 (1994) la 8651 in 2007 .
 Numarul bolnavilor dispensarizati cu **ciroza sau alte hepatopatii cronice** creste continu ajungind la 3864 in 2000 ,4666 in 2003 si 6358 in 2007.

Coreland trendurile ascendente ale morbiditatii cardiovasculare cu valorile crescute ale mortalitatii prin boli cardiovasculare este evidenta necesitatea instituirii de programe de prevenire a bolilor cardiovasculare cat si o centrare a atentiei pe sectorul asistentei primare ca principal promotor al profilaxiei primare si secundare a acestor boli.

In urmatorul tabel avem **evolutia internarilor pe tipuri de patologie**, relevand aceleasi tendinte pentru tumori si diabet dar si o usoara scadere pentru boli cardiovasculare .



Analiza serviciilor de sanatate

Serviciile de sănătate sunt grupate în subsisteme județene în cadrul cărora principalele sectoare sunt: îngrijirile primare dominate de medicina de familie, asistența ambulatorie de specialitate și sistemul asistenței spitalicești.

1.Asistenta primara

În acest sector își desfășoară activitatea 225 medici de familie, 39,7 % din totalul medicilor, 49 % în mediul urban și 51 % în mediul rural.

Media numărului de asigurați pe listele medicilor de familie este de 1672 (mult sub media României (2156) și a celei din regiunea de sud vest (2091), indicând un număr suficient de medici de familie (mai ales în condițiile în care și distribuția acestora este bună: 97% din localitățile județului au medici de familie).

Cheltuielile din bugetul asigurărilor sociale de sănătate pentru medicina de familie au reprezentat 8,61 % din totalul cheltuielilor publice din 2003, mult sub procentul alocat inițial prin legea asigurărilor sociale de sănătate.

Calitatea serviciilor asigurate este încă modestă, iar accesul la îngrijiri este mult îngreunat datorită nerespectării programului de activitate al medicilor, numărului insuficient de asistente medicale dar și datorită navetistilor.

Asigurarea permanenței asistenței medicale în mediul rural a fost asigurată de 6 centre de permanență în care își desfășurau activitatea un număr de 56 medici (un număr mediu de 10 medici/ centru) și care asigură asistența unui număr de 37 de localități.

Majoritatea centrelor existente în județ au fost grefate pe o structură deja existentă (în centre de sănătate, spitale, dispensare urbane), chiar și în spațiile medicilor de familie, susținându-se prin activitatea acestora (asistente, dulap de urgență).

Asistența oferită asiguraților, în condițiile lipsei dotării specifice situațiilor de urgență (de regulă au drept dotare doar o canapea de consultații, un dulap de urgență - dotat întotdeauna insuficient-, stetoscop și tensiometru), a fost de proastă calitate, mai ales în centrele care nu se grefau pe structuri primare urgente (camere de gardă, centru de sănătate). Numărul mediu de consultații pe gardă de 12 ore a fost de 3-4, iar mai mult de 70% din cazuri nu au fost rezolvate în centrul de permanență, fiind trimise către spitale.

Echipamentul de diagnostic și tratament existent în cabinetele medicilor de familie (20 ecografe, 32 EKG-uri portabile, 16 microlaboratoare, 108 glucometre etc) este insuficient exploatat, în multe cabinete din cauza costului consumabilelor (venituri insuficiente) .

Medicina generală a rămas prea puțin implicată în îngrijirile la domiciliu și comunitare, mai ales în condițiile în care acestea se dovedesc a fi costisitoare și prost plătite de către CAS.

Este necesară elaborarea unei strategii noi pentru îngrijirile primare de sănătate, care să vizeze creșterea productivității și a performanței acestui sector.

2.Asistența ambulatorie de specialitate se asigură prin :

- Ambulatorii de specialitate ale spitalelor: 8
- Unități sanitare cu personalitate juridică: 9 SRL-uri, 1 policlinică cu plată
- Cabinetele private ale medicilor specialiști: 100
- Societăți civile medicale: 11
- Cabinete în cadrul ONG-urilor: 1 ONG cu 1 societate civilă medicală și 1 ONG cu 1 cabinet medical

În acest sector lucrează 170 medici (4 medici la 10 000 locuitori și 3,40% din totalul medicilor).

Serviciile paraclinice sunt oferite de 10 laboratoare de analize medicale și 7 laboratoare de radiodiagnostic și imagistică, majoritatea în contract cu CAS și distribuite în totalitate în localități urbane.

O situație deosebită în județul nostru, datorată existenței stațiunilor balneoclimaterice de tradiție

din judet, este cea a asistentei de recuperare medicala. Pana la sfarsitul anului 2003 au existat 7 policlinici balneare , policlinici in care isi desfasurau activitatea 29 medici de medicina fizica si recuperatorie.

In acest domeniu au fost probleme permanente datorate finantarii insuficiente si nereglementarii coerente a acestui sector (bazele de tratament apartineau societatilor de turism sau sindicatelor iar personalul care isi desfasura activitatea in aceste baze era angajat al acestor policlinici (care la randul lor, desi situate in localitati diferite (Calimanesti, Olanesti, Govora) erau parte integranta din ambulatoriul de Spitalului Judetean Valcea).

In urma aparitiei legii care reglementeaza infiintarea unor societati turistice balneare (permitandu-le societatilor turistice sa aiba o structura proprie medicala, cu personal angajat propriu), a avut loc reorganizarea acestui sector, cu preluarea de catre aceste societati a personalului medical existent in policlinicile balneare.

Asistenta stomatologica este un sector eminentamente privat (mai sunt doar 2 cabinete publice de urgenete stomatologice mai fac parte din structura spitalelor: Judetean de Urgenta Valcea si orasenesc Horezu). In acest sector activeaza 119 stomatologi (0,22% din medici), din care: 50 medici primari, 28 specialisti, 25 stomatologi fara specialitate.

Cele 167 cabinete de stomatologie din judet (123 cabinete individuale, 11 societati civile medicale, 21 SRI uri) se distribuie preponderent in mediul urban (134 unitati – 79,8% din totalul unitayilor de stomatologie)

Din aceste unitati , 44 de cabinete , situate in fostele dispensare rurale sau urbane, sunt date in concesiune medicilor stomatologi, urmand ca in urmatoarea etapa sa fie vandute titularilor, restul fiind in spatii proprietate particulara.

Desi fondul de asigurari de sanatate acopera o parte din tarifele serviciilor stomatologice, in practica, datorita bugetului insuficient, birocratiei excesive dar si ignorantei pacientilor se platesc aproape integral toate manoperele efectuate.

Pe de alta parte, indiferent de modul de finantare (contract cu CAS sau autofinantare) cabinetele stomatologice au tarife ridicate pentru prestatiile lor, accesul populatiei catre aceste servicii fiind astfel limitat.

3.Asistenta medicala de urgenta prespitaliceasca:

Serviciul Judetean de Ambulanta Valcea are in componenta sa urmatoarele statii si substatii:

1. **Substatia Rm.-Valcea** Deserveste localitatile :in **S-E** :Danicei ,Milcoiu ,Budesti , N.Balcescu , Galicea , Stoilesti , Golesti ; in **S**: Babeni , Sirineasa , zona Ladesti cand nu e autosanitara aici ;in **V** si **N-V** :Mihaiesti , Baile Govora , Francesti , Bunesti , Stoienesti , Ocnele Mari , Pausesti Maglasi , Olanesti Bai ; in **N** : Bogbanesti , Muiereasca , Daesti –Fedelesoiu , Runcu.

punctele de lucru :

- **Ladesti** , ce deserveste comunele Popesti , Roiesti , Lapusata
- **Calimanesti**. Deserveste comunele : Jiblea Noua , Jiblea Veche , Pausa Salatrucel (Serbanesti, Patesti, Codlea) Berislavesti (Scaieni, Robaia, Dangesti, Radacinești)

2. **Substatia Dragasani** , ce deserveste localitatile : Lungesti , Sutesti , Creteni , Gusoieni , Madulari , Susani , Pesceana , Prundeni , Orlesti , Ionesti , Glavile , Amarast , Stefanesti , Voicesti

3. **Substatia Horezu** care deserveste Tomsani , Costesti , Pietrari , Barbatesti , Folestii de Sus , Folestii de Jos , Genuneni , Maldaresti , Otesani , Vaideeni , Slatioara , Milostea , Mateesti.

punctul de lucru Sinesti care deserveste Alunu , Slavesti , Berbesti

4. **Substatia Brezoi** . Deserveste comunele : Racovita , Caineni , Perisani, Boisoara, Titesti .

punctul de lucru Voineasa ce deserveste : Valea Macesului , Obarsia Lotrului , Malaia , Ciunget si Saliste.

5. **Substatia Balcesti**. Deserveste comunele : Lalosu, Fauresti ,Diculesti , Ghioroiu , Valea Mare ,

Maciuca(pana la Botorani) , Stanesti, Fartatesti , Dejoui, Tetoiu , Rosiile, Lacusteni , Zatrei , Livezi , Gradiste (pana la Obislavu).

PARCUL AUTO

Autosanitarele din structura parcului auto sunt distribuite astfel:

NR. CRT	STATIE / SUBSTATIE	NUMAR AMBULANTE EXISTENT					
		TOTAL	CDM	TIP A1	TIP A2	TIP B	TIP C
1	RM. VALCEA	24	2	6	4	8	4
2	PL CALIMANESTI	2	-	1	-	1	-
3	PL LADESTI	2	-	1	-	1	-
4	DRAGASANI	10	1	4	3	2	-
5	HOREZU	9	-	5	2	2	-
6	PL SINESTI	1	-	1	-	-	-
7	BALCESTI	7	1	4	1	1	-
8	PL TETOIU	1	-	1	-	-	-
9	BREZOI	6	-	4	1	1	-
10	PL VOINEASA	1	-	1	-	-	-
TOTAL EXISTENT, din care :		63	4	28	11	16	4

REPARTITIA AMBULANTELOR PRIMITE DE LA MSP IN 2007

NR. CRT	STATIE / SUBSTATIE	NUMAR AMBULANTE PRIMITE DE LA MSP IN 2007					
		TOTAL	CDM	TIP A1	TIP A2	TIP B	TIP C
1	RM. VALCEA	10	2	1	1	5	1
2	PL CALIMANESTI	2	-	1	-	1	-
3	PL LADESTI	1	-	-	-	1	-
4	DRAGASANI	3	1	-	1	1	-
5	HOREZU	4	-	1	1	2	-
6	PL SINESTI	-	-	-	-	-	-
7	BALCESTI	3	1	1	-	1	-
8	PL TETOIU	-	-	-	-	-	-
9	BREZOI	1	-	-	-	1	-
10	PL VOINEASA	-	-	-	-	-	-
TOTAL EXISTENT, din care :		24	4	4	3	12	1

RESURSE UMANE

REPARTITIA PERSONALULUI CE DESERVESTE AMBULANTELE

NR. CRT	STATIE / SUBSTATIE	TOTAL	MEDICI	ASISTENTI	AMBULANTIERI
		1	RM. VALCEA	96	13
2	PL CALIMANESTI	8	-	4	4
3	PL LADESTI	10	-	5	5
4	DRAGASANI	33	3	15	15
5	HOREZU	28	2	13	13
6	PL SINESTI	10	-	5	5
7	BALCESTI	21	1	10	10
8	PL TETOIU	4	-	2	2
9	BREZOI	19	1	9	9
10	PL VOINEASA	4	-	2	2
TOTAL EXISTENT, din care :		233	20	105	108

4.Asistenta medicala spitaliceasca lucreaza 195 medici . In judet a fost acceptata inca din anii precedenti o forma de integrare clinica a medicilor din ambulatoriile de spital, integrare care le-a permis

sa interneze si sa ingrijeasca pacienti spitalizati. In acest fel numarul specialistilor care lucreaza in spital este mult mai mare, generand o supraoferta in sectorul spitalicesc, fara contrabalansarea necesara din sectorul ambulatoriu.

Este firesc ca, in aceste conditii, dublate de precaritatea asistentei primare si fondul limitat pentru medicamente compensate si gratuite , pacientii sa se adreseze direct spitalelor.

In judetul Valcea exista **8** spitale de acuti, cate un spital in fiecare teritoriu al judetului, cu 6 spitale generale si 2 de specialitate (pneumoftiziologie si psihiatrie). Desi judetul are o buna acoperire din punct de vedere al distributiei unitatilor sanitare cu paturi, exista mari diferente in gama de specialitati oferita cat si in dotarea cu echipamente de inalta performanta (polarizarea existenta la nivel national intre clinicile universitare si restul lumii se repeta si la nivel judetean, spitalul judetean concentrand aproape 90 % din aparatura de inalta performanta din judet).

In conformitate cu HGR nr 412/ 2003, in judetul Valcea au fost infiintate de catre consiliile locale, la propunerea Directiei de Sanatate Publica Valcea, cu avizul Ministerului Sanatatii si al Ministerului Administratiei si Internelor, **doua unitati medico-sociale**:

- unitatea medico-sociala Sinesti, cu 30 paturi (hotararea Consiliului Local Sinesti nr. 15 din 17 septembrie 2004)

- unitatea medico-sociala Ladesti, cu 30 paturi (hotararea Consiliului Local Ladesti nr 27 din 28 iulie 2003).

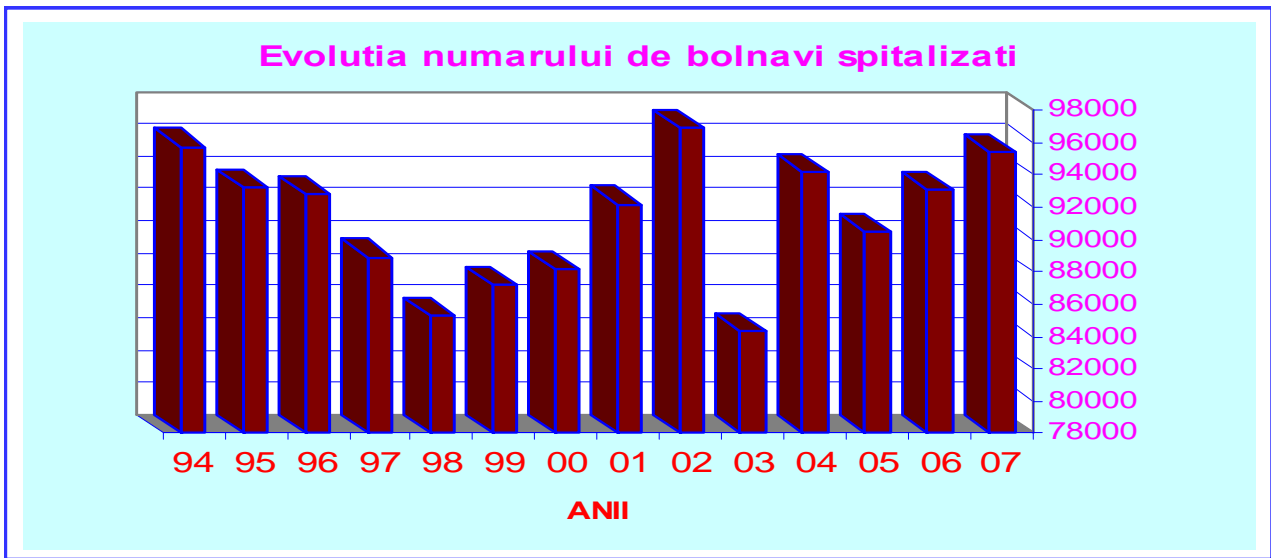
Incepand din luna iulie 2006 unitatea medico-sociala Ladesti a inceput sa functioneze.

In judetul nostru, reducerea numarului de paturi de la 2791 in 2002 (indice: 6,47 paturi la 1000 locuitori) la 2247 in 2007 (5,40 paturi la 1000 locuitori) nu s-a soldat cu o imbunatatire a indicatorilor de performanta a spitalelor si nici cu o reducere a cheltuielilor spitalelor, mai ales in conditiile in care personalul medical a ramas acelasi. Astfel, cheltuielile de personal, in jur de 60 % din cheltuielile totale ale spitalelor , au ramas aceleasi, marindu-se chiar, prin indexarile legale.

INDICELE DE UTILIZARE a paturilor a inregistrat practic urmatoarea evolutie

	PAT 2007	UTILIZARE (zile)	UTILIZARE	UTILIZARE	UTILIZARE	UTILIZARE
		2003	2004	2005	2006	2007
SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA VALCEA	1193	328.65	349.04	342.83	335,94	330,65
BALCESTI	55	242.13	292.91	296.35	299	276,75
HOREZU	160	300.25	352.89	361.21	342,67	344,84
DRAGASANI	256	333.50	342.96	349.30	309,6	315,29
BREZOI	67	289.64	299.89	347.80	328,97	314,4
O.G	193	286.74	312.65	305.02	273,13	310,3
DRAGOESTI	125	401.71	376.85	376.88	423,59	395,21
MIHAESTI	198	334.82	327.81	311.00	276,9	255,6
TOTAL JUDET	2247	322.21	331.50	331.76	326,7	321,28

Explicatia variatiei utilizarii, atat in plus cat si in minus , este mai degraba numarul de specialisti (acolo unde s-au mai angajat medici: Dragoesti, Dragasani, Horezu utilizarea a crescut, acolo unde numarul de medici au scazut - Balcesti, Brezoi, utilizarea a scazut, chiar in conditiile reducerii numarului de paturi).



In acest context cheltuielile spitalicesti continua sa reprezinte cea mai mare pondere in totalul cheltuielilor publice (53,89%)

INFRASTRUCTURA SPITALELOR

SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA VALCEA

PROBLEME ACTUALE

1. lipsa spatiilor necesare pentru functionarea conform Ordinului MS nr.914 / 2006 (sectiile Neurologie, Medicina Interna,etc.) ;
2. necesitatea montarii unei instalatii de ventilatie mecanica centralizata pentru asigurarea unui microclimat corespunzator pacientilor internati.(700.000 lei)

IN PREZENT, SE AFLA IN DERULARE PROIECTUL DE REABILITARE A SPITALULUI JUDETEAN DE URGENTA PENTRU CARE COMISIA NUMITA IN BAZA OMSP NR.1164/19.06.2008 A INTOCMIT REFERATUL DE APROBARE PENTRU “BUN DE PLATA”.

NECESARUL DE DOTARE CU APARATURA DE INALTA PERFORMANTA

- RMN ;
- Echograph 3D-4D ;
- Angiograph ;
- Accelerator liniar pentru Compartimentul de radioterapie ;
- Litotriptor ;
- Trusa laparoscopie.

SPITALUL DE OBSTETRICA GINECOLOGIE RM.VALCEA

PROBLEME ACTUALE

1. -aparatura insuficienta, inechita si neperformanta
2. spalatorie, bucatarie, lifturi, centrala telefonica uzate si depasite din punct fizic si moral

NECESARUL DE DOTARE CU APARATURA DE INALTA PERFORMANTA

- trusa laparoscopie
- trusa histeroscopie
- ecograf Doppler color
- mamograf
- analizor hematologie
- monitor functii vitale
- aparatur anestezie
- capnograf
- aparatur ventilatie

SPITALUL MUNICIPAL “ COSTACHE NICOLESCU” DRAGASANI

PROBLEME ACTUALE

1. lipsa dotarii suficiente cu aparatura de inalta performanta – implica scaderea complexitatii cazurilor tratate si deplasarea pacientilor catre alte unitati spitalicesti. S-au facut demersuri catre MSP pentru cuprinderea spitalului in planul de achizitii de aparatura medicala pentru anul 2007 si catre Consiliul Local al Municipiului Dragasani, pentru sprijin financiar in acest scop.
2. reconfigurarea sectiilor spitalului, astfel incat sa corespunda cerintelor OMSP 914/ 2004
3. lipsa dotarii cu mobilier nou specific spitalului, cel vechi fiind degradat si insuficient cantitativ
4. externalizarea serviciilor auxiliare (spalatorie, bucatarie); documentatia va fi intocmita de spital;
5. consolidarea si extinderea pavilionului C in vederea dotarii sectiei OG pentru eficientizarea utilizarii fondurilor (150.000 lei)

NECESARUL DE DOTARE CU APARATURA DE INALTA PERFORMANTA

- aparat de anestezie
- artroscop
- aparat RX – TV mobil pentru interventii chirurgicale
- analizor automat de hematologie

SPITALUL ORASENESC HOREZU

PROBLEME ACTUALE

1. Lipsa aparatura medicala

NECESARUL DE DOTARE CU APARATURA DE INALTA PERFORMANTA

- Analizor de biochimie performant.

SPITALUL ORASENESC BREZOI

PROBLEME ACTUALE

Exista deficiențe legate de infrastructura clădirilor pentru a se încadra în normele minime de acreditare.

Primaria Brezoi a intocmit studiul de fezabilitate in vederea obtinerii de fonduri structurale pentru reabilitarea ambulatoriului (depus la Centrul Regional Sud-Vest Oltenia - Craiova)

SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE “CONSTANTIN ANASTASATU”

MIHAESTI

PROBLEME ACTUALE

1. Condiții hoteliere deficitare la Pavilionul Central și spații insuficiente conform normelor

Soluții:

- extinderea pavilionului IV „în oglindă” asigurându-se astfel condițiile hoteliere(jumătate din paturile existente în pavilion ar trece în pavilionul nou construit) in valoare de 3.300.000 lei;
- Reabilitarea bucatariei (500.000 lei)

2. fântână proprie de apă potabilă

Soluție: forarea unei fântâni proprii de apă potabilă până când rețeaua de apă a comunei ar fi finalizată (probabilin anul 2010 – 600.000 lei)

3. canalizarea veche

Soluție: înlocuirea canalizării vechi cu fose septice ecologice.

4: delimitarea terenului spitalului.

Soluție:

- construirea unui gard pentru delimitarea proprietății, pentru controlul asupra deplasării pacienților și aparținătorilor ținând cont de specificul spitalului;
- achiziționarea unei bariere cu senzori care să permită accesul controlat al autovehiculelor.

3.NECESARUL DE DOTARE CU APARATURA DE INALTA PERFORMANTA

- aparat Roentgen CT

SPITALUL DE PSIHIATRIE DRAGOESTI

NECESARUL DE DOTARE CU APARATURA DE INALTA PERFORMANTA

- Analizor biochimie, hematologie

SPITAL ORASENESC BALCESTI

PROBLEME ACTUALE

1. lipsa dotarii suficiente cu aparatura de inalta performanta – implica scaderea complexitatii cazurilor tratate si deplasarea pacientilor catre alte unitati spitalicesti.
2. lipsa dotarii cu mobilier nou specific spitalului, cel vechi fiind degradat si insuficient cantitativ.
3. insuficienta dotare cu utilaje ptr serviciile auxiliare (spalatorie, bucatarie) sau dotarea cu unele care nu corespund normelor actuale de protectia muncii

3.NECESARUL DE DOTARE CU APARATURA DE INALTA PERFORMANTA

- aparat Rontgen cu lant TV
- analizor automat de hematologie
- ecograf

5.Asistenta farmaceutica

Numarul de farmacii si puncte farmaceutice este de 113, 74 farmacii si 39 puncte farmaceutice, din care numai 42 (37 %) sunt in mediul rural (din care 32 puncte farmaceutice)_acoperind 32 de localitati rurale (41,5 % din localitatile rurale ale judetului)

2. ANALIZA SWOT

PUNCTE TARI	PUNCTE SLABE
<ul style="list-style-type: none"> • Exista o acoperire foarte buna a judetului cu medici de familie • Medicii din cadrul unitatii de primiri urgente a Spitalului Judetean de Urgenta Valcea sunt specialisti in medicina de urgenta • Spitalele au o utilizare foarte buna, (cea mai buna utilizare din tara in 2005) • Accesibilitate la servicii spitalicesti dintr-o gama larga de specialitati (26 specialitati medicale), incluzand: neurochirurgie, gastroenterologie, geriatrie • Accesibilitate la servicii spitalicesti de inalta performanta : tomograf computerizat, endoscopie digestiva, bronhoscopie, chirurgie laparoscopica • Accesul la servicii medicale paraclinice moderne (laboratoare performante in contract cu CAS Valcea) • Parcul auto al SAJ in proces de modernizare 	<p>1. accesibilitate redusa la serviciile medicale primare, stomatologice si farmaceutice a populatiei din mediul rural, datorata urmatoarelor deficiente in organizare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • numar insuficient si distributie inegala a punctelor farmaceutice in mediul rural • numar insuficient si distributie inegala a medicilor dentisti in mediul rural • numar insuficient si pregatire profesionala nesatisfacatoare a personalului sanitar mediu in mediul rural <p>2. accesibilitate redusa la servicii de specialitate ambulatorii, datorata urmatoarelor cauze:</p> <ul style="list-style-type: none"> • oferta insuficienta de servicii medicale de specialitate in ambulator (atat ca numar cat si ca gama de specialitati) • distributie inegala a furnizorilor asistentei de specialitate din ambulator <p>3. absenta unor verigi importante in circuitul de ingrijire a bolnavului: ingrijiri la domiciliu, unitati medico-sociale</p> <p>4. ineficienta activitatii spitalicesti pentru unele unitati sanitare cu paturi a, datorata urmatoarelor cauze:</p> <ul style="list-style-type: none"> • oferta inegala de specialisti in spitalele teritoriale • dotare inegala a spitalelor teritoriale • personal sanitar mediu insuficient si slab calificat (prin migrarea in UE) <p>5. accesibilitatea redusa la servicii de medicina de urgenta prespitaliceasca</p> <ul style="list-style-type: none"> • Slaba acoperire a teritoriului cu statii , substatii si puncte de lucru • Numar insuficient de specialisti in medicina de urgenta <p>6. infrastructura necorespunzatoare a spitalelor si dispensarelor rurale</p>

AMENINTARI	OPORTUNITATI
<p>- 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</p> <ul style="list-style-type: none"> - dezvoltarea sistemului privat constituie un mediu concurențial pentru sistemul public - libera circulație a persoanelor și facilitățile create după aderarea României la Uniunea Europeană pentru ocuparea de locuri de muncă induc riscul migrării personalului de specialitate, mai ales a celui înalt calificat și performant - îmbătrânirea populației și migrarea forței de muncă tinere - creșterea costurilor colaterale induse fie prin acoperirea tratamentului unor boli rare, dar foarte grave, fie datorită politicilor practicate de unii distribuitori de medicamente - scăderea continuă a natalității <ul style="list-style-type: none"> - lipsa de pregătire specifică în domeniul sanitar la nivelul administrațiilor locale - creșterea continuă a mortalității generale - creșterea continuă a mortalității specifice prin boli cardiovasculare (valori mai mari decât media din regiune și cea națională), - creșterea continuă a mortalității specifice prin tumori - nivel foarte ridicat și trend ascendent al morbidității prin boli cardiovasculare - nivel și trend ascendent al morbidității prin diabet - descentralizarea administrativă, care înseamnă finanțarea cheltuielilor de administrare a spitalelor din bugetele locale, bugete insuficiente în momentul actual 	<ul style="list-style-type: none"> • sănătatea este un domeniu cu impact social major, care poate furniza argumente pentru adoptarea unor politici • aderarea la UE impune adoptarea unor standarde și recomandări care au ca finalitate creșterea eficienței și calității • statutul de membru UE deschide noi posibilități de finanțare pe proiecte din fonduri europene • - interesul autorităților administrației publice locale de a prelua o parte din responsabilitățile MSP • Legea 95/2006, cadru optim pentru îmbunătățirea asistenței medicale • Caracterul strategic al serviciilor de intervenție la situații de urgență astfel încât serviciile de urgență prespitalicești sunt o prioritate pentru strategia județului

3. SCOP SI OBIECTIVE ALE STRATEGIEI

SCOPUL STRATEGIEI

IMBUNATATIREA STARII DE SANATATE A POPULATIEI DIN JUDETUL VALCEA

OBIECTIVELE STRATEGIEI

OBIECTIV GENERAL

CRESTEREA ACCESIBILITATII SI CALITATII SERVICIILOR DE SANATATE

OBIECTIVE SPECIFICE

OB. 1: CRESTEREA ACCESIBILITATII POPULATIEI LA INGRIJIRILE SANITARE

Obiective intermediare:

1.1.IMBUNATATIREA ACCESIBILITATII INSTITUTIONALE:

- 1.cresterea numarului de puncte farmaceutice din mediul rural, astfel incat in 2013 cel putin 60 de localitati rurale sa aiba punct farmaceutic
- 2.cresterea numarului de medici dentisti din mediul rural, astfel incat, in 2013 cel putin 50 de localitati rurale sa aiba cabinet dentar in functiune
- 3.marirea , pana in 2013, a numarului de mediatori sanitari pentru comunitatile de rromi cu 5
- 4.angajarea, pana in 2013, a cate unui asistent comunitar , in fiecare localitate rurala din judet

1.2.IMBUNATATIREA ACCESIBILITATII LA SERVICII MEDICALE:

- 1.implementarea de programe nationale de sanatate publica prioritare si nevoilor grupurilor populationale vulnerabile
 - a. dezvoltarea capacitatii de reactie rapida la amenintarile la adresa sanatatii , conform indicatiilor MSP
 - b. reducerea impactului asupra sanatatii publice a bolilor transmisibile cu impact major precum si a bolilor cronice
 - c. promovarea sanatatii prin interventii asupra determinantilor starii de sanatate

1.3.DEZVOLTAREA , MODERNIZAREA INFRASTRUCTURII FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE SI DOTAREA ACESTORA CU APARATURA MEDICALA SI MIJLOACE DE TRANSPORT SPECIFICE:

- 1.extinderea , modernizarea si echiparea cu aparatura medicala si echipamente medicale a ambulatoriilor de specialitate si a ambulatoriilor de spital din judet
- 2.extinderea, modernizarea si echiparea cu aparatura medicala a statiilor si substitiilor SAJ Valcea
- 3.reabilitarea, modernizarea cabinetelor medicale din fostele dispensare rurale

1.4 IMBUNATATIREA ASISTENTEI MEDICALE DE URGENTA PRESPITALICEASCA

1.Infiintarea, pana in 2013 , in cadrul SAJ Valcea, a unor puncte de lucru pentru toate statiunile balneare

2.Modernizarea si marirea parcului auto SAJ Valcea prin :

- Achizitionarea, in etape anuale, de ambulante noi , respectiv, pana la sfarsitul anului 2010 a 56 de autosanitare din care: Tip C : 7; Tip B: 9; Tip A1: 20; Tip A2: 20
- Dotarea, pana in 2010, cu toate echipamentele necesare , conform standardelor de acreditare , a tuturor ambulantelor functionale din parcul auto

3. Imbunatatirea managementului resurselor umane al SAJ Valcea:

- Creșterea numărului de medici în substații fără medic, astfel încât, până la sfârșitul anului 2013 să nu mai existe nici o substație fără cel puțin doi medici
- Stabilirea și respectarea unui plan de dezvoltare profesională, astfel încât, anual cel puțin 30 % din personal să treacă printr-o formă de pregătire continuă

1.5. REORGANIZAREA SECTORULUI DE ASISTENȚĂ PSIHIATRICĂ

1. Modernizarea și dotarea, până în 2009, a Centrului comunitar de sănătate mintală adulți Rm. Valcea
2. Modernizarea, dotarea și punerea în funcțiune, până în 2013, a unui centru comunitar de sănătate mintală pentru copii și adolescenți în Rm. Valcea
3. Înființarea, dotarea și punerea în funcțiune, până în 2009, a unui centru comunitar de sănătate mintală pentru adulți în Dragasani
4. Înființarea, dotarea și punerea în funcțiune, până în 2009, a unui centru comunitar de sănătate mintală pentru adulți în Horezu

OB. 2: CREȘTEREA CALITĂȚII SERVICIILOR MEDICALE

Obiective intermediare:

2.1. ASIGURAREA CONTINUITĂȚII ACTULUI MEDICAL, PRIN CREȘTEREA PONDERII ÎNGRIJIRILOR LA DOMICILIU, A ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE ȘI A SERVICIILOR DE SĂNĂTATE ACORDATE ÎN AMBULATOR

- înființarea, până în 2013, cu sprijinul autorităților locale și a Direcției de Muncă, Solidaritate Socială și Familie, a 3 echipe de îngrijiri la domiciliu, situate în localități rurale în care funcționează centre de permanentă
- organizarea și funcționarea ambulatoriului integrat al spitalului

2.2. CREȘTEREA COMPETENȚELOR PROFESIONALE ALE PERSONALULUI MEDICAL

- îmbunătățirea pregătirii profesionale continue a personalului medical prin elaborarea și respectarea planurilor de pregătire profesională a personalului pentru unitățile sanitare
- creșterea abilităților de comunicare ale personalului medical

2.3. PRACTICI MEDICALE UNITARE BAZATE PE GHIDURI DE PRACTICĂ ȘI PROTOCOALE CLINICE

- aplicarea, în toate unitățile sanitare a ghidurilor de practică medicală și a protocoalelor clinice aprobate la nivel național

OB. 3: ÎMBUNĂȚIREA FINANȚĂRII SECTORULUI PUBLIC

3.1. CREȘTEREA TRANSPARENȚEI ÎN UTILIZAREA FONDURILOR

- întărirea capacității de evaluare audit și control a autorităților de sănătate publică
- afișarea permanentă a datelor financiare de interes public de către furnizorii de servicii medicale din sistemul public și ASP

3.2. ATRAGEREA DE NOI RESURSE FINANCIARE ÎN DOMENIUL SANITAR

- atragerea de noi resurse din bugetul local, venituri proprii, donații, sponsorizări etc
- inițierea de proiecte cu finanțare din fonduri structurale sau din alte fonduri europene accesibile

**DIRECTOR EXECUTIV
DR. ADRIANA GHENITA**