



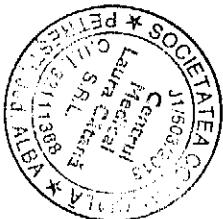
## CENTRUL MEDICAL LAURA CĂTANĂ

sc Centrul Medical Laura Cătană SRL CF 32111368 J1/503/7.08.2013  
Petresti, Str. Mihai Eminescu nr. 67, jud Alba Tel. 0757240917

www.doctor-psi.ro  
E-mail: laura.catana@doctor-psi.ro

NR. 3-R.A / 15.01.2018.

# PLANUL STRATEGIC DE DEZVOLTARE A CENTRULUI MEDICAL LAURA CĂTANĂ ÎN PERIOADA 2018 - 2022



## INTRODUCERE

Strategia de dezvoltare a Centrului Medical Laura Cătană, între anii 2018-2022, constituie documentul intern principal de planificare strategică pe termen scurt, mediu și lung, care cuprinde obiectivele de dezvoltare a spitalului pâna în anul 2022 și stabilește măsurile și acțiunile prioritare pentru atingerea acestor obiective.

Strategia servește drept instrument unic de integrare a cadrului strategic existent, de raccordare a procesului de planificare bugetară cu cadrul de politici de dezvoltare europene în domeniul sanitar.

Acestă strategie aparține echipei manageriale. Pentru a asigura concentrarea resurselor disponibile în vederea realizării obiectivelor și a măsurilor nesesare îndeplinirii acestora, cu impact maxim asupra dezvoltării serviciilor medicale asigurate de spitalul nostru, STRATEGIA se axează pe un număr limitat de priorități și pe defalcarea lor în ordinea importanței și urgenței în OBIECTIVE pe termen scurt (cu realizare sub un an), pe termen mediu (realizabile în 3 ani) și pe termen lung (realizabile în mai mult de 3 ani). Obiectivul fundamental al STRATEGIEI este creșterea continuă a calității actului medical acordat în cadrul spitalului nostru, cu scopul final de a asigura îmbunătățirea calității vieții pacienților, dar și familiilor acestora.

Elaborarea prezentei strategii de dezvoltare instituțională a Centrului Medical Laura Cătană în domeniul dezvoltării pe termen scurt, mediu și lung s-a realizat în corelare cu planul strategic național în domeniul sanitar și a legislației (cu modificări și / sau completări după caz):

- ❖ Legea nr.95/2006, privind reforma în domeniul sănătății și completările ulterioare;
- ❖ **Ordinul MS 1101/ 2016 privind privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare**
- ❖ Ordinul MS nr.914/2006, pentru aprobarea normelor privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare cu modificările și completările ulterioare
- ❖ Legea nr.46/2003, privind drepturile pacientului și normele de aplicare;
- ❖ Ordinul MS nr.1764/2006, privind aprobarea criteriilor de clasificare a spitalelor de urgență locale, județene și regionale din punctul de vedere al componențelor , resurselor materiale și umane și al capacitatei lor de a asigura asistență medicală de urgență și îngrijirile medicale definitive pacienților aflați în stare critică;
- ❖ Legislație incident sau complementară celei de mai sus ori domeniului sănătății.

Ca instituție de specialitate reprezentativă a sistemului sanitar, spitalul trebuie să facă față unor provocări majore în privința rolului și locului său în cadrul unui sistem de sănătate aflat de aproape 30 de ani în reformă și subfinanțat în toată această perioadă. Presiunea externă, dar și cea internă, obligă spitalul la schimbări structurale, de eficiență, schimbări în volumul serviciilor și calitatea acestora, în siguranța îngrijirilor, în tehnologia folosită și în gradul de satisfacere a așteptărilor consumatorului de servicii. Toate aceste schimbări trebuie gândite de echipa managerială și cuprinse în planul strategic de dezvoltare a spitalului. Restructurarea sanitară impune o nouă abordare în ceea ce privește serviciile de sănătate furnizate asiguraților, respectiv profesionalizarea serviciilor de management sanitar în vederea creșterii eficienței și calității actului medical, ca premisă a îmbunătățirii stării generale de sănătate a populației.

## VIZIUNEA

**Centrul Medical Laura Cătană urmărește îmbunătățirea calității actului medical și diversificarea serviciilor oferite populației, cu respectarea drepturilor pacienților și drepturilor cetățenești. Vom trata orice pacient ca fiind cel mai important și ne vom canaliza energia pentru a preveni, a diagnostica, a trata și a oferi ingrijiri medicale la standarde internationale, imbunatatind calitatea vietii pacientilor nostri.**

În contextul actual provocările la care este supusă echipa managerială în efortul de îmbunătățire a serviciilor medicale furnizate, aducătoare de venituri, sunt imense: apariția de noi și modern proceduri de diagnostic, investigații și tratament, rapida modernizare a tehnologiei medicale, noi forme de educație și perfecționare profesională reprezentă, în final, o presiune constantă în adaptarea posibilităților existente la cerințele actuale.

Spitalul nostru continuă să își desfășoare activitatea într-un mediu operațional plin de provocări. Astfel de provocări sunt reprezentate de faptul că spitalul trebuie să facă investiții majore pentru adaptarea obiectivului de la destinația anterioară la cea actuală, echipă cu o medie a vârstei și implicit a experienței poate mult prea mică, inertia unei părți a personalului la schimbare, etc.

Echipa desemnată de administrator va acționa, în primul rând, în sensul schimbării mentalității și comportamentului angajaților. Implementarea managementului schimbării este, poate, cea mai importantă etapă, pentru că rezistența la schimbare este foarte crescută într-o colectivitate restrânsă, constituită cu ani în urmă și aflată într-o localitate mică.

Angajații spitalului trebuie să participe la un amplu și minuțios proces de evaluare a performanțelor, intrându-se astfel, chiar dacă aceasta va costa, din sfera formalismului în cea a adevărului. În acest sens să va urmari în permanență utilizarea eficientă a fondurilor, încheierea de angajamente legale numai în scopul creșterii calității actului medical și gestionare cheltuielilor de funcționare fără afectarea calității actului medical.

Echipa managerială trebuie să-și convingă angajații de necesitatea schimbării, și trebuie să le inducă acestora, prin mijloace adecvate, sentimentul apartenenței la organizație, al solidarității de grup. Strategia noastră este, fără îndoială, pe termen îndelungat. Serviciile de sănătate trec prin schimbări cu reforme importante aflate în desfășurare, cu o nouă abordare în furnizarea acestor servicii dar într-un context de multe ori defavorabil generat de lipsa prvederilor legale pentru instituțiile sanitare private.

Cu toate aceste dificultăți considerăm ca inacceptabile situațiile de genul lipsei egalității accesului la servicii medicale, infecții nozocomiale incontrolabile, comportament nedeontologic sau lipsa disciplinei la locul de muncă. În aceste condiții, echipa managerială a spitalului este pusă în fața unei provocări reale pentru atingerea obiectivelor cuprinse în cadrul strategiei de dezvoltare a spitalului.

Întregul proces este rezultatul muncii în echipă formata din membrii comitetului director și consiliului medical.

Echipa care coordonează implementarea strategiei este formată din:

- Manager general
- Manager
- Medic Șef
- Economist șef și responsabil R.U.

Schimbarea din funcție în statul de organizare a unei persoane va conduce implicit la modificarea nominală a echipei de coordonare a implementării strategiei.

Totodata managerul general v-a face demersurile legale (emiterea de decizii, organizare concursuri) pentru implicarea in realizarea indicatorilor de performanta ai managerului a sefilor/coordonatorilor de structure /compartimente.

## MISIUNEA

**Misiunea noastră este prestarea unui act medical de calitate, într-un mediu sigur și confortabil, astfel încât pacientii să beneficieze de cele mai bune îngrijiri. Misiunea Centrului Medical Laura Cătană este de a identifica și a soluționa nevoile pacienților prin furnizarea unor servicii medicale de calitate, bazate pe competență, transparență, echitate, eficiență și eficacitate.**

Structura planului strategic al Centrului Medical Laura Cătană pentru perioada 2018-2022 este următoarea:

I. ANALIZA MEDIULUI INTERN;

1. Istoric
2. Organizare
3. Gama de servicii
4. Personal
5. Dotarea spitalului
6. Indicatorii de performanță ai spitalului în evoluție
7. Situația financiară

II. ANALIZA MEDIULUI EXTERN (MICROMEDIU ȘI MACROMEDIU)

1. Analize ( SWOT, PESTLE)
2. Politici și strategii active de atragere de fonduri.
3. Politici de promovare a serviciilor medicale furnizate
4. Servicii hoteliere
5. Analiză privind calitatea serviciilor medicale furnizate pacienților
6. Demersuri pentru acreditarea centrului medical

III. Identificarea priorităților și a obiectivelor;

IV. Identificarea obiectivelor strategice, generale, specifice și a posibilităților de implementare;

V. Dezvoltarea planului de implementare;

VI. Consultarea cu Consiliul de Administrație și obținerea autorizării din partea membrilor și aprobarea strategiei de către comitetul director.

## I. ANALIZA MEDIULUI INTERN

### 1. Iсторик

Centrul Medical Laura Catana a luat nastere ca urmare a unui vis. Visul psihatrie frumoase, visul în care oamenii care se confrunta cu afectiuni psihice să poată beneficia de un alt fel de tratament, atât din punct de vedere medicamentos, cât și al serviciilor conexe acestui medical de bază, al condițiilor de instituire a tratamentului și a manierei în care acest lucru se realizează.

Astfel, Centrul Medical Laura Catana reprezintă o alternativă la spitalizarea tradițională (oferită în mod tradițional de sistemul public de sănătate) imbinând profesionismul și performanța medicală cu o atitudine calduroasă și prietenoasă.

Înființat în 2010, Centrul Medical Laura Catana a funcționat într-o clădire strategic amplasată, cu o priveliște frumoasă, liniștită, la Vintisoara, DN 7, Km 331.

Incepând cu anul 2014, din dorința de a accesibiliza serviciile noastre unui număr mai mare de pacienți și din dorința de a extinde deschiderea centrului și spre pacienții cu venituri moderate, Centrul Medical Laura Catana a intrat în relație contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate Alba.

Spre finele anului 2017, Centrul Medical Laura Catana și-a mutat activitatea în comuna Pianu, sat Pianu de Jos, într-o clădire mai nouă, modernă și primitoare, cu o curte care permite multiple modalități de petrecere a timpului liber.

În încercarea noastră de a optimiza experiența pacientului internat într-o instituție de specialitate, am organizat activitatea echipei astfel încât să minimalizez impactul psihologic al statutului de "bolnav". În acest sens, pe lângă aspectul și atmosfera calduroasă din centru, am pregătit și un program de activități pentru pacienți prin care acestia să crească nivelul de activare comportamentală și să reducă timpul petrecut în pat sau cu activități pasive. Toate acestea contribuie la ameliorarea simptomatologiei și reducerea disconfortului asociat spitalizării, în astă fel încât, la externare, pacientul să fie pregătit pentru reluarea activitatilor cotidiene, cu o stare de bine și fără dificultăți asociate tranzitiei de la viața într-o instituție medicală la viața reală.

Eficiența intervenției de specialitate este asigurată de utilizarea medicatiei performante, de ultima generație, iar în sprijinul acesteia vine evaluarea și intervenția psihoterapeutică validată științific (terapii cognitiv-comportamentale).

Echipa centrului este formată din specialisti cu valori prosociale, pasionați de psihicul uman, care prin activitatea lor asigură eficientizarea intervenției de specialitate. Modul bland de adresare, cu calm contribuie la creșterea compliancei la tratament, iar administrarea corectă și la timp a tratamentului medicamentos asigură acțiunea corectă a acestuia în procesul recuperator, cu focalizare pe independenta acestuia și fără a-l infantiliza, contribuie la reducerea stigmei asociate bolii psihice, cu implicații majore în recuperarea pe termen lung, deplină și în nivelul de adaptare la viața normală a pacientului.

### 2. Organizare

Centrul Medical Laura Catana, este nominalizat în categoria V., pe baza criteriilor stabilite de Ministerul Sanatății conform Ordinului nr.323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea centrului medicalelor în funcție de competență cu completările și modificările ulterioare.

Centrul Medical Laura Cătană este situat în centrul țării, județul Alba organizat pe o singură specialitate, cu o paletă largă de afecțiuni, asigurând servicii medicale pentru pacienți din toată țara dar și din afara granitelor ei. Spitalul (potrivit avizelor emise de Ministerul Sanătății) are 32 de paturi de spitalizare continuă și un ambulatoriu de specialitate.

Personalul centrului medical se compune din următoarele categorii:

- Personal de conducere
  - managerial
  - de specialitate medico-sanitar
- Personal de executie
  - de specialitate medico-sanitar
  - din aparatul functional
  - de deservire

Centrul Medical Laura Catana – Punct de lucru Pianu de Jos are următoarea structură organizatorică:

- componenta managerială:
  - a) management general;
  - b) responsabili manageriali pe domenii specifice (medical, al calității, îngrijiri medicale).
- componenta medicală:
  - a) compartiment asistenta medicală spitalicească - 32 paturi;
  - b) ambulator consultatii de specialitate psihiatrie
- componenta suport:
  - a) compartiment finanțier – contabil și resurse umane;
  - b) compartiment evidenta informatizata si secretariat;
  - c) compartiment administrativ.
- servicii externalizate (laborator, diferite specialități medicale, farmacie, spălătorie, juridic, ssm, psi).

### **3. Gama de servicii**

Structura spitalului permite acordarea de servicii medicale în specialitatea psihiatrie pentru pacienți, din imprejurimi, dar și din alte județe și chiar din afara țării având în organigrama structurată înțand cont de posibila adresabilitate.

Din punct de vedere funcțional, activitățile manageriale, administrative, de aprovizionare, economico-financiare, de transport și gospodărești sunt asigurate corespunzător structurii organizatorice aprobată de MSP. Activitatea clinica se realizează prin activități de diagnostic și tratament pentru pacienți în specialitățile aflate în structura spitalului.

Pachetul de servicii cuprinde:

- Tratament de specialitate
- Psihoterapie / consiliere psihologică
- Meloterapie
- Supraveghere medicală în permanenta
- Cazare (1 – 2 pers./camera cu grup sanitar propriu, televizor LCD, aer condiționat)
- Masă - 3 luni pe zi
- Internet Wireless
- Activități recreative (joc de carti, sah, table, biliard, activități din sfera artelor vizuale și audio, excursii, drumetii organizate)

Susținerea logistică a ofertei de servicii prin:

- ✓ Condiții de cazare de nivel hotelier;
- ✓ Sală de mese și bucătărie proprie;
- ✓ Sali / spații dedicate actului medical;
- ✓ Sala de relaxare și activități recreative;
- ✓ Teren pentru activități sportive;

- ✓ Filigorie și spații de relaxare în aer liber;

#### 4. Personal

La nivelul centrului medical organograma are o structură ce asigură funcționarea în condiții optime. Sunt acoperite toate activitățile atât de natură medicală cât și de suport al acestora.

Echipa de îngrijire medicală va asigura servicii oferite de profesioniști cu pregătire adecvată, conform organigramei.

Categorie de personal	Nr posturi ocupate (angajați și colaboratori)
Medici	2+1
Psihologi	1
Asistenți medicali	9
Infirmieri	1
Personal cu atribuții manageriale	2
Personal suport activități medicale	1
Alte categorii de personal suport activități	9

Personalul medical al centrului medical deține atestatele / avizele necesare exercitării profesiei. Pentru celelalte categorii de personal sunt deținute competențele necesare dar pentru acoperirea tuturor nevoilor este necesară completarea pregătirii / atestării pe diferite paliere ale muncii desfășurate.

La nivelul centrului medical se desfășoară activități de pregătire / formare continuă a personalului angajat.

Există încheiate parteneriate cu o scoală postliceală sanitară pentru efectuare stagiori de practică / pregătire dar și parteneriate cu asistenți medicali pentru activități de voluntariat.

Deficitele de personal se înregistrează la nivelul personalului medical cu studii superioare (medici) pentru un post asigurat totuși prin colaborare cu un medic. Deficit se înregistrează la nivelul personalului mediu sanitar – asistent medical un post, asigurat temporar prin organizare internă. Alte deficite se înregistrează câte un post la nivelul personalului de curățenie respectiv personalului de la bucătărie.

#### 5. Dotarea spitalului

Specificul serviciilor medicale oferite în centrul medical (psihiatrie) nu impune existența unei aparaturi medicale complexe, la baza tratamentului fiind administrarea de substanțe farmaceutice și terapia psihologului. În aceste condiții asigurarea cu personal este definitorie.

Aparatura medicală existentă se compune din:

Categorie/ Tip aparat	Denumire aparat/ dispozitiv	Termen de valabilitate
Tensiometru electric	Beuer BM 40	In garantie
Tensiometru mecanic	HS – GF - 301	In garantie
Termometru digital	Microlive	In garantie
Ciocan reflexe	Buck	.....

Alte aparate / mijloace utilizate în actul medical / suportul acestuia:

- Set trusa resuscitare
- Carucior-troliu pt.medic și instrumente
- Cărucioare transport pacienți
- Elevator pentru transportul pacienților între nivelele construcției
- Aparat pentru glicemie

Prin dotările existente la nivelul centrului se asigură condiții de confort hotelier dar și de siguranță pe timpul spitalizării / consultului sau tratamentului. Aceste dotări (nelimitativ) constau în:

- Televizor LCD

- Aparatură aer conditionat
- Cărucior-troliu pt.lucrările de curătenie / igienizare.
- Baie proprie fiecărui salon
- Dulapuri proprii în saloane
- Centrală termică
- Generator curent
- Aparate / mijloace / ustensile de bucătărie
- Aparatură audio – video pentru spațiile comune
- Spațiu dedicat activităților recreative
- Teren pentru activități sportive
- Filigorie și spații de relaxare în aer liber

Constructii și spații ale centrului medical:

- Cladirea principală (S +P+E+M) ce asigură spațiile necesare desfășurării actului medical în regim spitalizat, în regim ambulatoriu de specialitate și desfășurării activităților suport ale centrului.
- Clădirea anexă. Asigură în regim minimal depozitarea unor material, în cantități limitate.
- Corp modular pentru chiosc alimentar cu circuit închis. Asigură necesarul pentru nevoile centrului medical.
- Instalații utilitare aferente existente la nivelul centrului medical: instalatie electric, instalatie termică, instalatie hidranti interiori (partial), instalatie de alimentare cu apă din puț propriu, instalatie proprie de canalizare și epurare, instalatie de protecție împotriva descărcărilor electrice și instalatie de climatizare (partial).
- Filigorie exterioara. Amenajata în apropierea intrării principale. Necesită reamplasare potrivit documentației întocmite pentru schimbarea de destinație.
- Spațiul exterior al centrului. Spatiu verde generos, amenajat corespunzător pentru vechea destinație dar insuficient în raport cu nevoile unui centru medical. Impune amenajări și refuncționalizări. Împrejmuirea centrului medical este din material lemnos care din cauza vechimii și a intemperiilor va impune înlocuirea acesteia. Cu refuncționalizarea de care s-a făcut vorbire mai sus este necesar a se executa și rețeaua de alei funcționale.

Principalele necesități privind dotarea / asigurarea tehnic – constructivă / reparații - întreținere a centrului medical:

- a) Privind dotarea cu aparatură medicală / asociată actului medical. Dotarea actuală și normele în domeniu nu impun completarea aparaturii / medicale existente. Pentru creșterea calității actului medical și a nivelului de siguranță se pot achiziționa:
  - Nebulizator și / sau lampă UV pentru dezinfecție și sterilizare
  - Covoare dezinfecțante
- b) Privind dotările suport:
  - Completare instalații climatizare la nivel mansardă;
  - Utilaj pentru cosit spațiilor verzi și pentru degajat zăpada
  - Dezvoltarea propriei rețele de IT și a sistemului de comunicații interne.
  - Înlocuirea generatorului de curenț cu unul nou cu parametrii crescuți și care să permit dezvoltarea centrului medical
  - Echiparea spațiului arhivei cu noi etajere (raportat la nevoile de depozitare)
  - Verificări periodice normative a aparaturii și mijloacelor
- c) Privind construcțiile și spațiile centrului medical
  - Realizare lucrărilor tehnico-construcțive cuprinse în documentația întocmită pentru schimbarea de destinație (scără pentru acces și evacuare, lucrări la spațiul mansardat)

- Realizarea instalațiilor cuprinse în documentația întocmită pentru schimbarea de destinație (completare instalație hidranți interioiri, completare instalație sanitară, completare instalație electric, realizare instalație de hidranți exteriori, etc)
- Schimbarea soluției de alimentare cu apă și canalizare prin bransarea la rețelele publice (etapa 1 – bransarea generală la instalațiile publice, etapa 2 – realizarea instalației și bransarea clădirii) ;
- Finalizarea activităților de realizare a panourilor de identificare a centrului medical
- Extindere și funcționalizare anexă (creștere spații de depozitare și compartimentarea lor, realizarea de spații necesare suportului activităților de curățenie, întreținere și reparării, depozitare combustibil lemons, etc)
- Eficientizarea sistemului de încălzire existent și eficientizarea energetică a construcției
- Schimbarea soluției de iluminare a spațiilor exterioare ale centrului medical
- Realizare împrejmuire
- Realizare acces poarta
- Realizare alei auto și pietonale
- Reamplasare filigorie
- Refunctionalizare spații exterioare (realizare parc, livadă, spații cu destinație recreativă – sportivă, mobilare spații exterioare)
- Protecția la situații de urgență generate de inundații (curățare canal principal și decolmatare canal secundar)
- Lucrări pentru protecția hidrofugă a clădirii
- Întrețineri și reparării curente – uzuale
- Verificări periodice normative a instalațiilor și construcțiilor

Circuitele funcționale sunt în general asigurate, existând însă compartimente în care acestea necesită actualizare după standardele actuale:

- circuitul deșeurilor medicale;
- circuitul deșeurilor menajere;
- circuitul rufelor murdare și curate;
- circuitul pacientilor;
- circuitul personalului;
- circuitul alimentelor.

## 6. Indicatorii de performanță ai spitalului (majoritari în evoluție / pozitivi)

INDICATORI	CRITERII	VALORI		
		2015	2016	2017
Indicatori de management a resurselor umane	1. Proportia medicilor din totalul personalului	8%	8%	9,09%
	2. Proportia personalului medical din totalul personalului angajat al spitalului	56%	56%	50%
	3. Proportia personalului medical cu studii superioare din totalul personalului medical	16,6%	16,6%	22,2%
	4. Numarul mediu de consultatii pe un medic in ambulatoriu	1430,5	1765,5	1894,5
	5. Nr. mediu de bolnavi externati pe un medic	209,5	207,5	231
Indicatori de utilizare a serviciilor	1. Numarul de bolnavi externati total	622	693	462
	2. Durata medie de spitalizare	7,003	7,623	7,392
	3. Rata de utilizare a paturilor, pe spital	37,29%	45,23%	47,91%
	4. Indicele de complexitate a cazurilor	monospecialitate		

INDICATORI	CRITERII	VALORI		
		2015	2016	2017
	5. Proporția bolnavilor internați cu programare din totalul bolnavilor internați, pe spital	100%	100%	100%
	6. Numarul consultatiilor acordate în ambulatoriu	2861	3531	3789
Indicatori economico-financiari	1. Execuția bugetara fata de bugetul de cheltuieli aprobat	90%	90%	95%
	2. Structura cheltuielilor pe tipuri de servicii și în funcție de sursele de venit	10%	10%	15%
	3. Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului	100%	100%	100%
	4. Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului	30%	30%	40%
	5. Procentul cheltuielilor cu medicamentele din totalul cheltuielilor spitalului	8%	10%	10%
	6. Procentul cheltuielilor de capital din totalul cheltuielilor	3%	3%	3%
	7. Costul mediu / zi de spitalizare	5%	5%	10%
Indicatori de calitate	1. Rata mortalității intraspitalicești, pe total spital	0,0047	0,0048	0,0021
	2. Rata infecțiilor asociate asistentei medicale, pe total spital	0	0	0
	3. Indicele de concordanță între diagnosticul la internare și diagnosticul la externare	100%	100%	100%
	4. Numar de reclamatii / plangeri ale pacientilor	1	0	0
	5. Procentul pacientilor transferați către alte spitale din totalul pacientilor internați	0,47%	0,48%	0,43%
	6. Proporția bolnavilor internați cu bilet de trimis din totalul bolnavilor internați, pe spital	65%	70%	88%

## 7. Situația financiară

Finanțarea spitalului este multiplă: - Finanțare proprie – prin contract de furnizare de servicii medicale cu CNAS, pe baza serviciilor medicale decontate; Finanțare din venituri proprii – servicii medicale în afara contractelor cu CNAS; Alte surse - donații, sponsorizări.

Datele financiar contabile se reflectă în indicatorii economic finanziari prezențați la punctul precedent.

## II. ANALIZA MEDIULUI EXTERN

### 1. Analize ale mediului extern (micromediu, macromediu)

#### 1.1. Analiza SWOT

##### 1.1.1. Analiza firmei – centrului medical

###### PUNCTE TARI:

- Spital modern, - care asigură diagnostic, tratament și monitorizare pentru pacienți.
- Amplasarea spitalului într-un mediu ce relaxant, izolat de factori perturbatori dar cu acces ușor spre obiectiv.
- Asigurarea unor condiții de confort sporite, la nivel hotelier..
- Experiența și profesionalismul medicilor și asistenților medicali.
- Informare periodică privind situația indicatorilor de performanță și situația finanțiară în discuții cu factorii de conducere ai centrului medical.
- Colaborarea cu servicii externalizate ce operează la standarde ridicate (laborator și analize, anatomicie patologică, farmacie, deseuri medicale și menajere, spălătorie, călcătorie, croitorie, prevenirea și stingerea incendiilor, securitate și sănătate în muncă, aprovizionare cu alimente, juridic, consultanți pe domenii).
- Resurse umane bine pregătite.
- Personal medico-sanitar și administrativ calificat 100%.
- Medici cu înalt nivel profesional.
- Șefi de departamente calificați în domeniu și competență în organizare.
- Existenta disponibilității de deschidere a unei linii de finanțare pentru inițierea și finalizarea unor investiții.
- Existenta unei imagini favorabile despre firma exprimata în mass- media ori social – media (articole de presă despre cazuri medicale “rezolvate”, like-uri, etc).

###### PUNCTE SLABE:

- Lipsa tuturor elementelor necesare reavizării / reautorizării obiectivului la noua destinație.
- Costuri semnificative generate de necesitatea executării unor lucrări constructive pentru asigurarea condițiilor de avizare / autorizare în totalitate.
- Costuri generate de necesitatea executării unor lucrări de întreținere și reparări de anvergură.
- Variația veniturilor din finanțarea proprie și venituri reduse din finanțare prin tarifele negociate cu CAS face dificilă dezvoltarea unității pe palierul dotărilor tehnico-materiale.
- Lipsa unui sistem informatic și de birotică integratcare să permită o mai bună funcționare.
- Existenta unui circuit al documentelor incomplete..
- Deficiență în asumarea responsabilităților.
- Motivație întrinsecă scăzută datorită slabei capacitați de diferențiere între persoanele cu productivitate diferită.
- Motivare finanțiară redusă a personalului în comparație cu remunerarea și recompensarea angajaților din sistemul public .
- Existenta unor dezavantaje competitive (fonduri diminuate pe palierul promovării în raport cu centrele concurente).
- Existenta unei limitări a afecțiunilor tratabile aflate în paleta de servicii a centrului medical.
- Atentie precumpanitoare data problemelor curente in detrimentul celor de perspectiva.

#### 1.1.2 Analiza mediului

###### OPORTUNITĂȚI:

- ✓ Existenta unui segment de pacienți tratați anterior cu grad mare de satisfacție față de serviciile oferite.
- ✓ Adresabilitate din partea unei comunități semnificativ conturate.
- ✓ Adresabilitate pentru asigurații CAS.
- ✓ Accesarea unei finanțări pentru cumpărarea noului imobil.
- ✓ Existenta posibilității de deschidere a unei linii de finanțare pentru inițierea și finalizarea unor investiții destinate dezvoltării.
- ✓ Crearea de saloane private – “Gold” conform normelor europene care să permită condiții hoteliere la standard superioare.
- ✓ Proiectarea unui sistem de management performant axat pe managementul prin obiective, bugete, cosuri.
- ✓ Posibilitati de extindere a nomenclatorului de produse si/sau servicii medicale oferite;
- ✓ Posibilitatea și existenta de cereri de accordare de servicii medicale pentru persoane cu domiciliu, rezidență sau reședință în țări ale U.E.
- ✓ Posibilitati de incheiere a unor contracte, parteneriate, acorduri etc. pentru externalizarea avantajoasă a unor servicii.

#### **AMENINȚĂRI:**

- Instabilitatea legislativă.
- Nivelul de trai scăzut / posibilități financiare reduse ale populației în raport cu cerințele unor servicii de nivel superior și efectele indirecte de natură economică, socială și demografică (reducerea locurilor de muncă, reducerea nivelului de cultură, scăderea populației și îmbătrânirea acesteia).
- Posibilități reduse de utilizare a serviciilor în regim de coplată.
- Acreditarea spitalelor – poate fi o amenințare dacă situația existentă mai persist.
- Tendința migrării corpului medical către țările UE.
- Creșterea costurilor asistenței medicale;
- Perspectiva asigurărilor private de sănătate;
- Rezistența personalului la schimbare;
- Posibila intrare într-o perioadă de recesiune economică la nivel național sau internațional.
- Intrarea unor noi competitori pe piață;
- Presiunea crescândă a concurenței;
- Puterea crescândă de negociere a CAS în raport cu furnizorii privați de servicii medicale.

#### **1.2.Analiza PESTLE**

##### **Factori politici.**

La momentul elaborării strategiei, dacă din punct de vedere politic, a partidului / alianței la guvernare există o stabilitate, iar din punct de vedere a guvernării (asigurarea unei continuități de guvernare) există o instabilitate. Deși statutul, activitățile, etc ale centrului medical nu au tangențe politice, instabilitatea menționată poate să influențeze în mod indirect și negativ rezultatele dorite. politica externă a țării, În acest sens pentru derularea strategiei centrului medical trebuie avute în vedere variații și instabilități pe toate palierile: economic, socio-cultural, tehnologic, legislativ și de mediu.

Politica economică și socială derulată și previzionată scoate în evidență modificări importante, unele dintre acestea chiar începând cu anul 2018. Datele statistice prezentate la nivel de guvern arată creșteri de natură economică ceea ce ar conduce la ideea că politicile economico – sociale sunt bune.

O relație directă între guvern și centru medical nu există, dar în mod indirect prin politicile guvernului va fi influențat parcursul și dezvoltarea spitalului.

Analiza spectrului politic scoate în evidență faptul că majoritatea politică este conturată cu ajutorul unei alianțe. Acest fapt poate să conducă în viitor la instabilitate politică, la dezmembrarea alianței și implicit la apariția unor efecte negative.

În contextul acestei analize trebuie specificat că în anul 2020 se vor desfășura alegeri parlamentare ceea ce ar putea conduce la schimbări pe eșcherul politic și implicit a datelor de analiză.

#### **Factori economici:**

Între factorii economici cu impact asupra activității și implicit a dezvoltării centrului medical sunt rata șomajului, costul și clificarea forței de muncă precum și costurile energiei, transportului și ale materiilor prime.

Privitor la rata șomajului, datele statistice nu relevă cifre pentru localitatea în care este amplasat central medical dar zona de interes economic pentru populație (Mun. Sebeș) are valori de ocupare a forței de muncă de peste 98%. De menționat faptul că transportul forței de muncă spre Mun. Sebeș nu poate fi catalogat o problemă acesta fiind soluționat fie de angajator fie de angajat întrucât distanța este mică și nu constituie o problemă. În plus sunt posibilități de atragere a forței de muncă spre acest pol economic.

Costul și calificarea forței de muncă reprezintă un aspect ce poate influența negativ desfășurarea activității și dezvoltarea centrului medical. Costurile privind calificarea de nivel a forței de muncă nu ajung la valori foarte ridicate, acestea putând fi catalogate ca accesibile.

Privind calificarea forței de muncă se constată destul de des o lipsă a calificărilor necesare anumitor posturi. Posturile vizate sunt aferente palierului administrare, întreținere, reparații. Referitor la calificările din spectrul medical trebuie abordate două aspecte: unul privitor la personalul mediu sanitar și unul privitor la personalul medical cu studii superioare.

Ca o particularitate a forței de muncă medicale cu studii medii / postliceale trebuie avut în vedere că la nivel zonei de interes există atât instituții de pregătire în domeniu cât și personal format dar aceste atuuri ale forței de muncă sunt diminuate de lipsa activității practice a lucrătorilor, interes diminuat pentru munca în specialitatea psihiatrie respectiv dorința forței de muncă de a încadra un post cât mai aproape de domiciliu (aspect nesoluționabil pe plan local).

Administrarea centrului medical a făcut numeroase demersuri în vederea ocupării posturilor de medici specialiști (psihiatrie) fie prin Colegiul medicilor fie prin alte structure de profil, dar rezultatele nu au fost satisfăcătoare. Se impune continuarea demersurilor pentru încadrarea tuturor posturilor prevătute în organizare și acoperirea nevoilor funcționale pe acest palier. Pentru realizarea acestui aspect sunt necesare măsuri stimulative având în vedere faptul că un număr semnificativ de medici specialiști sunt atrași de locuri de muncă din zonele limitrofe, catalogate drept centre medicale (Cluj Napoca, Sibiu).

Costurile energiei, transportului, ale materiilor prime influențează activitatea și dezvoltarea centrului medical dar nu în mod excepțional ci în aceeași măsură în care economia la nivel național influențează toate activitățile economic – sociale. Trebuie totuși relevat faptul că materia utilizată pentru încălzirea spațiilor centrului medical este lemnul, resursă ce înregistrat în ultima perioadă creșteri importante.

#### **Factori tehnologici.**

Având în vedere specificul instituției (centru medical) acești factori nu au decât o influență indirectă în activitatea și dezvoltarea centrului medical prin prisma aparaturii, mijloacelor, echipamentelor și mijloacelor utilizate în actul medical ori activitățile de suport ale acestuia.

#### **Factori de legislație - juridici:**

Din punct de vedere legislativ nu se poate spune că sunt acoperite toate aspectele necesare de reglementare în domeniu. Ba mai mult, mediul privat este uitat la anumite capitulo, singurele

precizări legislative fiind pentru spitalele publice, fapt ce nu de puține ori conduce la decizii, hotărâri, măsuri și acțiuni "improvizate".

Legislația, reglementările pe segmentele dreptului muncii, salarizării, protecției sociale, securitate în muncă, protecției nu este necesară o legislație specifică, alta decât cea existentă.

Un aspect important din punct de vedere legislative este cel al armonizării și aplicării prevederilor generate de legislația europeană. Neajunsurile în aplicarea ori armonizarea legislativă cu prevederile europene pot aduce prejudicii centrului medical.

**Factori ecologici și de mediu.** Centrul medical este situate într-o zonă rurală cunoscută pentru posibilitățile turistice datorate în principal mediului ambient. Deși este vorba de mediu rural, politicile de dezvoltare ale administrației teritoriale nu includ linii care să conducă la o dezvoltare generatoare de poluare, aceasta bazându-se în principal pe valorificarea resurselor agroturistice. Astfel din punct de vedere al unui mediu ecologic, central medical va avea beneficii.

Față de nevoile centrului medical, din punct de vedere al resurselor precizăm existența în cantități suficiente a materialului lemnos, necesar încălzirii spațiilor dar și existența resurselor de energie regenerabilă (solară, apă) ce pot fi avute în atenție în viitor pentru asigurarea sursei de energie și necesarului de funcționare.

## **2. Politici și strategii active de atragere de fonduri.**

Așa cum se menționa mai sus, finanțarea spitalului este multiplă și cuprinde finanțare pe baza serviciilor medicale decontate de CNAS, finanțare din venituri proprii – servicii medicale în afara contractelor cu CNAS și alte surse - donații, sponsorizări.

Până la această dată nu s-a avut în atenție atragerea de fonduri puse la dispoziție prin planuri și programe ale Uniunii Europene fie pentru că nu a fost în atenția administrației fie pentru că nu au fost aplicabile la specificul centrului medical planurile și programele existente.

În atenția administrației pentru perioada imediat următoare stă atragerea unor fonduri prin linii de finanțare oferite de bănci. Fondurile astfel atrase vor fi direcționate pentru finalizarea cumpărării construcției dar și pentru acoperirea necesarului finanțier generat de lucrările de infrastructură pentru schimbarea de destinație din cabană în centru medical.

## **3. Politici de promovare a serviciilor medicale furnizate**

Procesul de promovare a sănătății disseminate prin intermediul mass - media, social - media, a canalelor interpersonale sau a evenimentelor (ziua portilor deschise, întruniri profesionale, etc).

Politica de promovare poate include activități diverse precum interacțiunea clinician-pacient, cursuri, grupuri de suport, transmiterea de materiale prin poștă, campanii mass media / social - media sau evenimente.

Eforturile pot fi direcționate către indivizi, rețele, grupuri, organizații, comunități.

În primul rând, pacientul potential trebuie să stie despre existența centrului medical, să-i cunoască obiectul de activitate și oferta de servicii. Pacientul trebuie să fie informat asupra locului, timpului și modului în care poate beneficia de serviciile medicale oferite.

În vederea transformării pacienților potențiali în pacienți efectivi, centrul medical trebuie să-i convingă că serviciile oferite de acesta sunt cele mai bune, atât sub raport calitativ cât și al acceptabilității pretului. Aceasta funcție presupune trecerea pacientului de la stadiul cognitiv la cel conativ, de la comportamentul latent la cel manifest.

Pentru domeniul serviciilor medicale de genul celor oferite de centrul medical, este importanta fidelizarea pacientului. Onorarea promisiunilor centrului medical nu este suficientă pentru a atinge acest obiectiv; este nevoie de întreținerea comunicării și reamintirea tuturor informațiilor considerate utile pacientului și nu în ultimul rând a aparținătorilor.

#### **4. Servicii hoteliere**

Poate cel mai puternic impact asupra satisfacției pacienților care beneficiază de serviciile spitalului, este dat de calitatea serviciilor hoteliere și calitatea alimentației oferite. Condițiile de cazare și masă au fost substanțial îmbunătățite prin mutarea la noua locație dar în contextul unor servicii medicale trebuie aduse la standardele europene în vederea asigurării unor servicii spitalicești de calitate atât în ceea ce privește serviciul medical, cel hotelier și realizarea concordanței între acestea.

În acest sens, echipa managerială și-a propus: imbunatatirea condițiilor actuale, identificarea posibilităților de creștere a condițiilor de confort și servicii ce pot fi asigurate pacienților, diversificarea acestora.

Desi în anii anteriori nu s-a insistat asupra unei statistică evidențierea scriptică a unor solicitari de servicii hoteliere suplimentare, din discuțiile și mesajele primite de la pacienți, în mică masură au rezultat cereri privind servicii hoteliere de tip single ori cu posibilitatea căzării apartinătorilor.

Pentru anul 2017 se relevă un procent de 96% pacienți satisfăcuți de condițiile hoteliere existente din total pacienți chestionati. Față de aceste date trebuie precizat faptul că concluzia poate fi influențată de faptul că activitatea s-a desfășurat în două locații diferite.

#### **5. Analiză privind calitatea serviciilor medicale furnizate pacienților**

Serviciile medicale au caracteristici aparte - nu pot fi testate înainte de beneficiari, variază de la un furnizor la altul, producerea și consumul lor sunt concomitente, se adresează unor clienți cu nevoi și pretenții ce variază larg, sunt influențate de finanțe, tehnologie și știință medicală. De aceea, trebuie să existe obligatoriu o reglementare internă prin care să stabilească și să se impună măcar standardele minime sub care să nu poată exista posibilitatea furnizării acestora.

Cercetătorii din domeniul medical au ajuns la un consens cu privire la modul de definire a calității îngrijirilor medicale, afirmând că pentru a dezvolta o definiție utilă este necesară enumerarea tuturor elementelor implicate în obținerea satisfacției pacientului:

- latura tehnică a îngrijirilor de sănătate – se referă la acuratețea procesului de diagnostic și de tratament, iar calitatea sa este evaluată prin comparație cu cel mai bun act medical practicat la un moment dat (benchmarking);
- latura interpersonală a îngrijirilor de sănătate – este reprezentată de elementele umaniste ale îngrijirilor de sănătate și de relațiile sociale și psihologice stabilite între pacient și furnizorul de servicii sanitare, concretizate precum și explicațiile cu privire la boala și tratament și informațiile primite de furnizor de la pacientul său;
- accesibilitatea – se referă la timpul de așteptare al pacientului pentru a face o programare;
- disponibilitatea resurselor pentru îngrijirile de sănătate - numărul furnizorilor de îngrijiri de sănătate;
- continuitatea îngrijirilor de sănătate - contribuie la obținerea unui beneficiu maxim sau a unei utilizări maximale a resurselor. În acest context este de precizat faptul că la nivelul centrului medical există o preocupare deosebită față de condițiile asigurării celor mai înalte standarde de calitate a serviciilor medicale oferite în spital, sens în care continuitatea îngrijirilor de sănătate și după externare constituie un obiectiv al managementului.

Solicitarea serviciilor medicale de către pacienți din localitățile, județele, și chiar țările vecine, chiar și în condițiile unei rețele de furnizori de servicii de sănătate foarte dezvoltată, a fost indicatorul de calitate a serviciilor medicale furnizate de centru medical și argumentul dezvoltării centrului medical. Urmare unei analize fundamentate pe baza unui studiu de piață cantitativ și calitativ, precum și a tendinței de adresabilitate a pacienților se pot iniția demersurile în vederea

extinderii serviciilor și pentru spitalizarea de zi, spre a mării numărul posibililor pacienți și reducea costurile de adresare către spital.

Cheltuielile de personal și Cheltuieli cu bunuri și servicii, au ponderea cea mai mare în cadrul cheltuielilor centrului medical. Acestea se justifică ca o necesitate pentru furnizarea unor servicii medicale de calitate.

## **6. Demersuri pentru acreditarea centrului medical**

Demersurile pentru acreditarea centrului medical au fost inițiate în anul 2014 prin solicitarea înregistrată la Comisia Națională de Acreditare sub numărul 1229/ISP/15.04.2014. Ulterior prin corespondența cu instituția mai sus menționată se stabilește o planificare de principiu pentru desfășurarea evaluării.

La data initierii și derulării primelor acțiuni pe linia acreditații, locația punctului de lucru se găsește în localitatea Vintisoara, jud Alba.

Justificat de intențiile administratorului de a cumpăra un alt spațiu și implicit de a schimba locația au condus la amânarea unor termene stabilite pentru evaluarea în vederea acreditații.

Începând cu luna august 2017 se schimbă locația centrului medical, acesta funcționând pînă în prezent în localitatea Pianu de Jos, Str. Horea nr. 148 A.

Din datele existente și corespondența purtată de centrul medical cu Comisia Națională de Acreditare, următoarea perioadă vizată pentru evaluarea în vederea acreditații este trim IV anul 2018.

Cele menționate mai sus impun initierea unor demersuri ferme și executarea în ritm alert a măsurilor și acțiunilor necesare îndeplinirii criteriilor necesare acreditații centrului medical.

În realizarea standardelor necesare acreditații spitalului pot apărea o serie de vectori negativi de genul:

- întârzieri independente de admininstrarea spitalului în derularea investițiilor necesare schimbării de destinație din cabană în centru medical;
- întârzieri independente de admininstrarea spitalului în obținerea avizelor, acordurilor și autorizațiilor necesare;
- modificări legislative neprevizionate privind standardele necesare obținerii acreditații și astfel reluarea demersurilor pe această linie;
  - aspecte neconforme generate de activitatea serviciilor externe;
  - efectele generate de apariția unor nevoi de reparatii ale unor defecte "ascunse" ale spațiilor și instalațiilor.

### **III. IDENTIFICAREA PRIORITĂȚILOR ȘI STABILIREA OBIECTIVELOR STRATEGICE**

#### **3.1. Prioritățile centrului medical**

În strategia de dezvoltare a spitalului există **priorități** care să ducă la îmbunătățirea serviciilor de sănătate, astfel:

- 1) Îndeplinirea condițiilor normative necesare obținerii acordului, avizului, autorizației, după caz, pentru obiectiv, pentru toate domeniile de activitate reglementate în acest sens și obținerea acestor acte precum și obținerea acreditarii ANMCS.
- 2) Executarea lucrărilor tehnice, administrative și ingineresti necesare adaptării în totalitate a spațiilor și funcțiunilor la noua destinație a obiectivului și anexelor acestuia ori de menținere a funcționalității.
- 3) Executarea lucrărilor tehnico – administrative de reabilitare, reparare, întreținere generate de neconformități ascunse.
- 4) Asigurarea dotărilor / echipărilor / mobilărilor interioare pentru asigurarea / îmbunătățirea funcționalității spațiilor.
- 5) Creșterea eficienței serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare prin diminuarea costurilor.
- 6) Diversificarea programelor / activităților și aducerea de îmbunătățiri spațiilor recreative destinate pacienților (terenuri sport, parc și spațiu de tip filigorie pentru recreere).
- 7) Creșterea eficienței serviciilor medicale acordate în ambulatoriu prin diminuarea costurilor. .
- 8) Dezvoltarea propriei rețele de IT cu baze solide de date la nivel de pacient și care să poată asigura și comunicarea eficientă cu rețeaua națională și rețeaua primară de îngrijiri de sănătate.
- 9) Promovarea serviciilor de sănătate printr-o politică adecvată de marketing (publicitatea instituțională și profesională: web, publicații de sănătate).
- 10) Dezvoltarea “paletei” de servicii medicale oferite de centrul medical.

#### **3.2. Obiective strategice**

Fiecare obiectiv stabilit în funcție de priorități este proiectat pentru a susține realizarea scopului spitalului nostrum și încadrarea în termenele și perspectivele previzionate astfel încât să răspundă la problemele identificate în timpul analizelor (interne, SWOT, PESTLE, etc).

Astfel **obiectivele strategice ale centrului medical** pentru perioada 2018 – 2022, sunt:

- 1) Obținerea acordurilor, avizelor, autorizațiilor pentru obiectiv, pentru toate domeniile de activitate reglementate (sanatate publică, sanitar veterinară și controlul alimentelor, situații de urgență, mediu, etc), a certificatelor ISO, obținerea acreditarii ANMCS și menținerea standardelor acestora.
- 2) Asigurarea funcționalității / operaționalității componentelor centrului medical.
- 3) Creșterea eficienței serviciilor medicale acordate prin diminuarea costurilor.
- 4) Dezvoltarea politicilor de promovare / marketing.
- 5) Cresterea nivelului de pregătire a personalului centrului medical.
- 6) Menținerea standardelor acrediterii ANMCS, a celor ISO precum și a condițiilor acordurilor / avizelor / autorizațiilor detinute.
- 7) Dezvoltarea și menținerea colaborării cu structuri de servicii medicale din județ / regiune.
- 8) Atragerea de fonduri externe / fonduri cu finanțare europeană.
- 9) Atragerea de parteneriate favorabile centrului medical.
- 10) Im bunatatierea calitatii si a performantei actului medical

În raport de prioritățile identificate, obiectivele strategice se identifică pe termene de aplicare (scurt, mediu, lung, permanente), astfel:

### **3.2.1 Obiective pe termen scurt (1 – 2 ani)**

- 1) Obținerea acordurilor, avizelor, autorizațiilor pentru obiectiv, pentru toate domeniile de activitate reglementate (sanatate publică, sanitar veterinară și controlul alimentelor, situații de urgență, mediu, etc) și a certificatelor ISO și obținerea acreditării ANMCS.
- 2) Asigurarea funcționalității / operaționalității componentelor centrului medical.
- 3) Creșterea eficienței serviciilor medicale acordate prin diminuarea costurilor.
- 4) Dezvoltarea politicilor de promovare / marketing.
- 5) Cresterea nivelului de pregătire a personalului centrului medical

### **3.2.2. Obiective pe termen mediu (2 – 4 ani)**

- 1) Asigurarea funcționalității / operaționalității componentelor centrului medical.
- 2) Creșterea eficienței serviciilor medicale acordate prin diminuarea costurilor.
- 3) Dezvoltarea politicilor de promovare / marketing.
- 4) Dezvoltarea “paletelui” de servicii medicale oferite de centrul medical.
- 5) Cresterea nivelului de pregătire a personalului centrului medical.
- 6) Menținerea standardelor acreditații ANMCS, a celor ISO precum și a condițiilor acordurilor / avizelor / autorizațiilor detinute.
- 7) Asigurarea de resurse financiare (interne / externe) conform cu necesitățile și utilizarea eficientă a acestora

### **3.3.3. Obiective pe termen lung (4 – 5 ani)**

- 1) Dezvoltarea “paletelui” de servicii medicale oferite de centrul medical.
- 2) Menținerea standardelor acreditații ANMCS, a celor ISO precum și a condițiilor acordurilor / avizelor / autorizațiilor detinute.
- 3) Asigurarea de resurse financiare (interne / externe) conform cu necesitățile și utilizarea eficientă a acestora

### **3.3.4. Obiective cu caracter permanent**

- 1) Obținerea, menținerea acreditații ANMCS, după obținerea acesteia.
- 2) Obținerea, menținerea și dezvoltarea standardelor de calitate ISO
- 3) Cursuri de perfecționare pentru cadrele medicale și nemedicale ale centrului medical.
- 4) Dezvoltarea și menținerea colaborării cu spitalele / clinici, cabinet, alte structuri de servicii medicale din județ / regiune.
- 5) Atragerea de fonduri externe / fonduri cu finanțare europeană.
- 6) Atragerea de parteneriate favorabile centrului medical.
- 7) Îmbunătățirea calității și a performanței actului medical

#### **IV. STABILIREA OBIECTIVELOR GENERALE ȘI A DIRECȚIILOR DE ACȚIUNE**

**4.1. Obiective generale și direcții de acțiune.** Având în vedere obiectivele strategice stabilite la nivelul centrului medical, pentru aducerea la indeplinire se stabilesc următoarele obiective generale și direcții de acțiune aferente, astfel:

Obiectivuri de finanțare	Obiectiv general	Directia de actiune	Termen de realizare	Resurse disponibile	Sursa de finantare
<b>1.Obținerea acordurilor, avizelor, autorizațiilor pentru obiectiv, pentru toate domeniile de activitate reglementate (sanatate publică, sanitar veterinară și controlul alimentelor, situații de urgență, mediu, etc), a certificatelor obținerei acreditării ANMCS și menținerea standardelor acestora.</b>	<p>1.1.Indeplinirea normative obținerei necesare acordului, autorizației, după caz, pentru obiectiv, pentru toate domeniile de activitate reglementate</p> <p>1.2.Obținerea acordurilor, autorizațiilor pentru obiectiv, pentru toate domeniile de activitate reglementate (sanatate publică, sanitar veterinară și controlul alimentelor, situații de urgență, mediu, etc) si a certificatelor ISO și obținerea acreditarii ANMCS.</p>	<p>Initierea și realizarea demersurilor formale necesare realizării unor masuri de natură tehnică, construcțivă ori privind dotarea / echiparea (obtinerea de puncte de vedere, certificate, realizarea unor verificări, expertize, etc)</p> <p>Initierea și realizarea propriu-zisă a masurilor tehnice, constructive ori de dotare și / sau echipare, necesare înăpăririi condițiilor pentru obținerea acordului / avizului / autorizației.</p>	<p>01.01.2018 – 31.12.2018</p> <p>01.04.2018 - 30.06.2019</p>	<p>10.000 lei</p> <p>250.000 lei</p>	<p>Finantare proprie conf. pct 7 / cap 1</p> <p>Finantare proprie conf. pct 7 / cap 1</p>
<b>2.Asigurarea funcționalității operaționale compo-nentelor centrului medical.</b>	2.1.Asigurarea funcționalizării spațiilor, prin construcțiilor lucrării tehnico – administrative și ingineresti și lucrări de îmbunătățire a celor existente.	Executarea lucrărilor tehnice, administrative și ingineresti necesare adaptării în totalitate a spațiilor și funcțiunilor la noua destinație a obiectivului și anexelor acestuia ori de menținere a funcționalității.	<p>01.01.2018 – 31.12.2018</p> <p>01.07.2018 – 31.12.2019</p>	<p>30.000 lei</p> <p>10.000 lei</p>	<p>Finantare proprie conf. pct 7 / cap 1</p> <p>Finantare proprie conf. pct 7 / cap 1</p>

Obiectivuri strategice	Obiectivuri generale	Direcția de echipare	Termen de realizare	Resurse finanțare	Termen de finalizare	Resurse finanțare
		Aducerea de îmbunătăjiri spațiilor recreative destinate pacienților (terenuri sport, parc și spațiu de tip filioarie pentru recreere).	01.04.2019 - 31.12.2019	150.000 lei	Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1	
2.2.Asigurarea funcționalizării activităților prin dotării / echipării / mobilării necesare și dezvoltarea propriei rețele IT.		Asigurarea dotărilor / echipărilor / mobilărilor interioare pentru asigurarea / îmbunătăjirea funcționalității spațiilor	01.04.2018 - 31.12.2019	30.000 lei	Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1	
2.3.Asigurarea promovării serviciilor medicale oferite de centru medical și a unei politici de marketing adecvată.		Dezvoltarea propriei rețele de IT cu baze solide de date la nivel de pacient și care să poată asigura și comunicarea eficientă cu rețeaua națională și rețeaua primară de îngrijiri de sănătate.	01.07.2018 - 30.06.2019	40.000 lei	Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1	
		Realizarea unei politici de marketing adecvate scopurilor și obiectivelor centrului medical.	01.04.2018 -	1.000 lei	Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1	
		Promovarea serviciilor de sănătate oferite de centru medical.	01.07.2018 -	50.000 lei	Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1	
		31.12.2022				
2.4.Asigurarea operațională-lității activităților desfășurate pentru serviciilor oferite.		Asigurarea și utilizarea eficientă a resurselor umane	01.01.2018 -	500 lei	Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1	
		31.12.2022				
		Realizarea și introducerea procedurilor de lucru, a protocolelor terapeutice și a ghidurilor de practică	01.01.2018 -	500 lei	Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1	
		31.12.2022				
3.Cresterea eficienței medicale acordate prin diminuarea costurilor.	3.1.Cresterea eficienței serviciilor acordate în regim de spitalizare prin diminuarea costurilor.	Asigurarea de resurse financiare, în timp oportun, conforme cu necesitățile și utilizarea eficientă a acestora	01.01.2018 -	-----	Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1	
		Identificarea cheltuielilor inutile și eliminarea acestora.	01.01.2019 -	-----	Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1	
		31.12.2022				

Obiectivul strategic	Obiectivul general	Direcția de activitate	Termen de realizare	Resurse finanțate	Sursa de finanțare
	3.2.Creșterea eficienței serviciilor medicale acordate în ambulatoriu prin diminuarea costurilor.	Așigurarea de resurse financiare, în timp oportun, conforme cu necesitățile și utilizarea eficientă a acestora Identificarea cheltuielilor inutile / cu eficiență redusă și eliminarea / corectarea acestora.	01.01.2018 – 31.12.2022 01.01.2019 – 31.12.2022	-----	Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1 Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1
4.Dezvoltarea politicilor de promovare / marketing și a "paletelor" de servicii medicale oferite	4.1.Asigurarea identificării nevoilor de promovare adaptate la specificul medical  4.2.Asigurarea unor politici de marketing care să conducă la promovarea reală a serviciilor oferite.	Realizarea analizei de identificare a nevoilor de promovare .  Adaptarea nevoilor de promovare la specificul centrului medical.	01.07.2018 – 31.12.2018 01.01.2019 – 31.12.2022	10.000 lei 1.000 lei	Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1 Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1
	4.3.Dezvoltarea "paletelor" de servicii medicale oferite	Realizarea politicilor de marketing reale  Implementarea politicilor de marketing realizate.	01.10.2018 – 31.12.2018 01.01.2019 – 30.06.2019	1.000 lei 20.000 lei	Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1 Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1
5.Creșterea nivelului de pregătire a personalului centru medical	5.1.Creșterea nivelului de pregătire a personalului medical din centru medical.  5.2.Creșterea nivelului	Analiza / studiu in vederea identificării serviciilor posibil (cerere, ofertă, posibilitati) a fi prestate și organizarea activității Initierea demersurilor de realizare a unor servicii noi concomitent cu realizarea infrastructurii necesare.  Realizarea unui program de formare continuă la nivelul centru medical	01.07.2018 – 01.09.2020 01.10.2018 – 31.12.2022 01.01.2018 – 31.03.2018 01.10.2018 – 31.12.2022	1000 lei 50.000 lei ----- -----	Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1 Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1 Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1 Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1
		Motivarea și determinarea personalului pentru participarea la activități de pregătire / formare în domeniul medical organizate / desfășurate de alte entități decât centru medical.	01.10.2018 – 31.12.2022	-----	Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1
		Pregătirea personalului medical pentru	01.07.2018	500 lei	Finanțare

Obiectivuri strategice	Obiectivul general	Dreptul de acție	Termen de realizare	Resurse umane	Sursă de finanțare
			Realizare	Investiție	Propriu conf.
	de pregătire a personalului cu atribuții supor din centrul medical.	utilizarea programelor informative de suport a activității medicale. Realizarea unui program de formare continuă la nivelul centrului medical	– 31.12.2018 01.01.2018 – – 31.03.2018	– – –	pct 7 / cap 1 pct 7 / cap 1 pct 7 / cap 1
6. Mantinerea standardelor acreditarii ANMCS, a celor ISO precum și a condițiilor acordurilor / avizelor / autorizațiilor detinute.	6.1. Asigurarea menținerii standardelor de acreditare ANMCS	Includerea personalului cu atribuții specifice la activități de pregătire / formare în domeniile resurselor umane, bucătărie, igienă, organizate / desfășurate de alte entități decât centrul medical.	01.10.2018 – – 31.12.2022	5.000 lei –	Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1
	6.2. Asigurarea menținerii standardelor ISO și a condițiilor acordurilor / avizelor / autorizațiilor detinute	Identificarea masurilor de natură managerială, tehnică, administrativă, constructivă, etc ce trebuie luate pentru menținerea standardelor de acreditare ANMCS	01.07.2019 – – 01.10.2019	– –	Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1
7. Dezvoltarea și menținerea colaborării cu structuri profesionale din județ / ori ale pacienților din	7.1. Asigurarea cooperării cu structuri / organizatii profesionale ori ale pacienților din domeniul medical.	Realizarea cooperării cu structuri / organizatii profesionale ori ale pacienților din domeniul medical.	01.10.2018 – – 31.12.2018	500 lei –	Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1

Obiectiv general	Obiectiv specific	Direcția de finanțare	Perioada de realizare	Prevedere de finanțare	Suporturi din buget
<b>regiune.</b>	domeniul medical				
	7.2.Asigurarea contractelor / centrului medical cu terți necesare aplicării serv. medicale / nemedicale externalizate	Identificarea serviciilor medicale / nemedicale externalizate	01.01.2019 – 31.12.2022	-----	Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1
<b>8.Atragerea de fonduri externe / fonduri cu finanțare europeană.</b>	<b>8.1.Atragerea de fonduri din surse externe</b>	Realizarea contractelor / parteneriatelor centrului medical cu terți (serv. externalizate).	01.10.2018 – 31.12.2018	500 lei	Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1
		Identificarea unor surse externe de finanțare	01.01.2019 – 31.12.2022	500 lei	Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1
		Utilizarea surselor de finanțare obținute, potrivit nevoilor centrului medical	01.01.2019 – 31.12.2022	Conf specific surse	Surse externe obtinute
	<b>8.2.Atragerea de fonduri cu finanțare europeană pentru dezvoltarea centrului medical</b>	Identificarea fondurilor cu finanțare europeană ce pot fi accesate de centru medical în vederea dezvoltării acestuia.	01.10.2018 – 31.12.2018	500 lei	Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1
		Accesarea fondurilor europene accesate pentru dezvoltarea centrului medical	01.01.2019 – 31.12.2022	Conf proiect	Fonduri europene identificate
<b>9. Atragerea de parteneriate favorabile centrului medical.</b>	<b>9.1.Asigurarea contractelor / parteneriatelor centrului medical cu terți necesare aplicării serviciilor medicale / nemedicale externalizate</b>	Identificarea serviciilor medicale / nemedicale externalizate	01.07.2018 – 31.12.2018	-----	Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1
		Realizarea contractelor / parteneriatelor centrului medical cu terți (servicii externalizate)	01.07.2018 – 31.12.2022	500 lei	Finanțare proprie conf. pct 7 / cap 1

Obiectiv strategic	Obiectiv general	Direcția de lucru	Rezultat final	Termen limită	Finanțare
10. Imbunatatirea calitatii si a performantei actului medical	10.1 Asigurarea conditiilor desfasurarii medical conform standardelor impuse de legislatia romaneasca si cea europeana	Incheierea de protocoale de colaborare si a contractelor de prestari servicii cu diversi furnizori de servicii medicale si nemedcale pentru asigurarea continuitati si calitatii actului medical  Instruirea permanenta a tuturor responsabililor de procese. Participarea permanenta la cursuri si sesiuni de informare	01.01.2018 - 31.12.2022	-----	Finantare proprie conf. pct 7 / cap 1

**4.2. Elemente privind obiectivele specifice și masurile ce se stabilesc pentru realizarea acestora.** Obiectivele specifice se vor stabili prin planurile anuale elaborate la nivelul centrului medical. La stabilirea acestora se vor avea în vedere următoarele:

- a) Obiectivele strategice, generale și direcțiile de acțiune stabilite la nivelul centrului medical.
- b) Elementele specifice activității centrului medical.
- c) Vectorii pozitivi și negativ ce influențează activitatea centrului medical în perioada implementării / derulării Planului strategic.

## V. DEZVOLTAREA PLANULUI DE IMPLEMENTARE – GRAFICUL GANTT, NECESSĂTI PENTRU IMPLEMENTARE

- Pentru dezvoltarea unui plan de implementare a Planul strategic al centrului medical au fost parcurse următoarele etape:
- 1) Analiza mediului intern și extern;
  - 2) Identificarea priorităților;
  - 3) Identificarea obiectivelor strategice și a posibilităților de implementare;
  - 4) Stabilirea obiectivelor generale și a direcțiilor de acțiune asociate.
- Înregul proces este rezultatul muncii în echipă formată din personalul cu atribuții manageriale la nivelul centrului medical (manager general, manager, medic sef, asistent medical sef, economist sef și responsabil R.U.). Echipa care coordonează implementarea strategiei este formată din :
- ❖ Manager general
  - ❖ Manager
  - ❖ Medic sef
  - ❖ Economist sef și responsabil R.U.
  - ❖ Asistent medical sef
  - ❖ Administrator / intendent.

**GRAFICUL GANTT**

	Obiective / direcții	2018	2019	2020	2021	2022
<b>1. Obținerea acordurilor, avizelor, autorizațiilor pentru obiectiv, pentru toate domeniile de activitate reglementate (sanatate publică, veterinară și controlul alimentelor, situatii de urgență, mediu, etc), a certificator ISO, obținerea acreditarii ANMCS și menținerea standardelor acestora.</b>	<p>1.1. Îndeplinirea condițiilor normative objinerii necesare avizului, după caz, autorizației, pentru obiectiv, pentru toate domeniile de activitate reglementate</p>	Initierea și realizarea demersurilor formale necesare realizării unor măsuri de natură tehnică, construcțivă ori privind dotarea / echiparea (obținerea de puncte de vedere, certificate, realizare unor verificări, expertize, etc)	XXXX			
	<p>1.2. Obținerea acordurilor, avizelor, autorizațiilor pentru obiectiv, pentru toate domeniile de activitate reglementate (sanatate publică, sanitar veterinară și controlul alimentelor, situatii de urgență, mediu, etc), a certificator ISO, obținerea acreditarii ANMCS și menținerea standardelor acestora.</p>	Initierea și realizarea demersurilor formale necesare obținerii acordurilor, avizelor, autorizațiilor pentru obiectiv, pentru toate domeniile de activitate reglementate (sanatate publică, sanitar veterinară și controlul alimentelor,	XXX	XX_--	XX_--	



			Obiective / direcții	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	
			2.4. Asigurarea operaționalității activităților desfășurate pentru realizarea serviciilor medicale oferite.	Asigurarea și utilizarea eficientă a resurselor umane	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
				Realizarea și introducerea procedurilor de lucru, a protocoalelor terapeutice și a ghidurilor de practică	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
			3.Creșterea eficienței serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare prin diminuarea costurilor.	Asigurarea de resurse financiare, în timp oportun, conforme cu necesitățile și utilizarea eficientă a acestora	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
				Identificarea cheltuielilor inutile și eliminarea acestora.	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
			3.1.Creșterea eficienței serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare prin diminuarea costurilor.	Asigurarea de resurse financiare, în timp oportun, conforme cu necesitățile și utilizarea eficientă a acestora	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
			3.2.Creșterea eficienței serviciilor medicale acordate în ambulatoriu prin diminuarea costurilor.	Identificarea cheltuielilor inutile / cu eficiență redusă și eliminarea / corectarea acestora.	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
			4.Dezvoltarea politicilor de promovare / marketing și a paletelor de servicii medicale oferite	4.1.Asigurarea identificării nevoilor de promovare adaptate la specificul centrului medical	Realizarea analizei de identificare a nevoilor de promovare .	XX						
				Adaptarea nevoilor de promovare la specificul centrului medical	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
			4.2.Asigurarea unor politici de marketing care să conducă la promovarea reală a serviciilor medicale oferite.	Realizarea politicii de marketing reale	--_X							
				Implementarea politicilor de marketing realizate.	XX							
			4.3. Dezvoltarea paletei de servicii medicale oferite	Analiza / studiu în vederea identificării serviciilor posibil (cerere, ofertă, posibilități) a fi prestate și organizarea activității	-- XX	XXXX	XXXX	XXXX	XXX_			
				Initierea demersurilor de realizare a unor servicii noi concomitent cu realizarea infrastructurii necesare.	--_X	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX			

		Obiective / direcții	2018	2019	2020	2021	2022
<b>5.Cresterea nivelului de pregătire a personalului centrului medical.</b>	<b>5.1.Cresterea nivelului de pregătire a personalului medical din centrul medical.</b>	Realizarea unui program de formare continuă la nivelul centrului medical Motivarea și determinarea personalului pentru participarea la activități de pregătire / formare în domeniul medical organizate / desfășurate de alte entități decât centrul medical.	X ---	---	X XXXX	XXXXX	XXXXX
	<b>5.2.Cresterea nivelului de pregătire a personalului cu atribuții suplimentare din centrul medical.</b>	Pregătirea personalului medical pentru utilizarea programelor informaticice de suport a activității medicale. Realizarea unui program de formare continuă la nivelul centrului medical Includerea personalului cu atribuții specifice la activități de pregătire / formare în domeniile resurselor umane, bucătărie, igienă, organizate / desfășurate de alte entități decât centrul medical.	XX ---	---	X XXXX	XXXXX	XXXXX
	<b>6.Menținerea standardelor acreditării ANMCS, a celor ISO precum și a condițiilor acordurilor / avizelor / autorizațiilor detinute.</b>	<b>6.1.Asigurarea menținerii standardelor de acreditare ANMCS</b>	Identificarea masurilor de natură managerială, tehnică, administrativă, constructivă, etc ce trebuie luate pentru menținerea standardelor de acreditare ANMCS	Identificarea masurilor de natură managerială, tehnică, administrativă, constructivă, etc pentru menținerea standardelor de acreditare ANMCS	Identificarea masurilor de natură managerială, tehnică, administrativă, constructivă, etc ce trebuie luate pentru menținerea standardelor ISO și a condițiilor acordurilor / avizelor / autorizațiilor detinute	---	X ---
		<b>6.2.Asigurarea menținerii standardelor ISO și a condițiilor acordurilor / avizelor / autorizațiilor detinute</b>	Realizarea masurilor de natură managerială, tehnică, administrativă, constructivă, etc ce trebuie luate pentru menținerea standardelor ISO și a condițiilor acordurilor / avizelor / autorizațiilor detinute de centrul medical	Realizarea masurilor de natură managerială, tehnică, administrativă,	---	X ---	XXXXX

		Obiective / direcții	2018	2019	2020	2021	2022
		construcțiă, etc pentru meninarea standardelor ISO și a condițiilor acordurilor / avizelor / autorizațiilor detinute de centru medical					
<b>7.Dezvoltarea și menținerea colaborării cu structuri de servicii medicale din județ / regiune.</b>	<b>7.1.</b> Asigurarea cooperării cu structuri / organizatii profesionale ori ale pacienților din domeniul medical	Realizarea cooperării cu structuri / organizatii profesionale ori ale pacienților din domeniul medical.	---	X			
	<b>7.2.Asigurarea contractelor / centrului medical cu terji necesare aplicării serviciilor medicale / nemedicale externalizate</b>	Identificarea serviciilor medicale / nemedicale externalizate	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
		Realizarea contractelor / parteneriatelor centrului medical cu terji (servicii externalizate).	---	X			
	<b>8.Atragerea de fonduri externe / fonduri cu finanțare europeană.</b>	<b>8.1.Atragerea de fonduri din surse externe</b>	Identificarea unor surse externe de finanțare	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
		Utilizarea surselor de finanțare obinute, potrivit nevoilor centrului medical					
	<b>8.2.Atragerea de fonduri cu finanțare europeană pentru dezvoltarea centrului medical</b>	Identificarea fondurilor cu finanțare europeană ce pot fi accesate de centru medical în vederea dezvoltării acestuia.	---				
		Accesarea fondurilor europene accesate pentru dezvoltarea centrului medical	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	<b>9. Atragerea de parteneriate favorabile centrului medical.</b>	<b>9.1.Asigurarea contractelor / parteneriatelor centrului medical cu terji necesare aplicării serviciilor medicale / nemedicale externalizate</b>	Identificarea serviciilor medicale / nemedicale externalizate	---	X		
		Realizarea contractelor / parteneriatelor centrului medical cu terji (servicii externalizate)	---	XX	XXXX	XXXX	XXXX

		Obiectivul direcției				
		2018	2019	2020	2021	2022
10.	<b>Imbunatatirea calitatii si a performantei actului medical</b>	<p>10.1 Asigurarea propice actului medical conform standardelor impuse de legislatia romaneasca si cea europeana</p> <p>Incheierea de protocoale de colaborare cu diversi furnizori de servicii medicale si nemedicale pentru asigurarea continuitati si calitatii actului medical</p> <p>Instrumentarea permanenta a tuturor responsabililor de procese. Participarea permanenta la cursuri si sesiuni de informare</p>	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

## VI. EVALUAREA PLANULUI STRATEGIC

### 6.1.Modalitatea de evaluare – indicatori

Obiectivuri strategice	Indicatori obiective	Obiectivul general	Indicatori obiective
1.Objinerea acordurilor, avizelor, autorizațiilor pentru obiectiv, pentru toate domeniile de activitate reglementate (sanatate publică, sanitar, veterinară și controlul alimentelor, situații de urgență, mediu, etc), a certificatelor ISO, obținerea acreditării ANMCS și menținerea standardelor acestora.	<p><b>DA, NU, PARTIAL / F.B. – Obținute toate avizele / acordurile / autorizațiile, certificatele și acreditaarea ANMCS</b></p> <p>B – obținut 2/3 din toate avizele / acordurile / autorizațiile și certificatele ISO, acreditaarea ANMCS</p> <p>S – obținut ½ din toate avizele / acordurile / autorizațiile și certificatele ISO, acreditaarea ANMCS</p> <p>NS – obținut sub ½ din toate avizele / acordurile / autorizațiile, certificatele ISO, acreditaarea ANMCS</p>	<p>1.1.Îndeplinirea normative necesare obținerii acordului, avizului, autorizației, după caz, pentru obiectiv, pentru toate domeniile de activitate reglementate (DSP, DSVSA, MEDIU, ISU, UTILITĂȚI - apa, canal, electrice)</p> <p>S – Îndeplinite pentru ½ din toate avizele / acordurile / autorizațiile și ½ certificatele ISO, acreditaarea ANMCS</p> <p>NS – Îndeplinite pentru sub ½ din toate avizele / acordurile / autorizațiile, certificatele ISO, acreditaarea ANMCS</p>	<p><b>DA, NU, PARTIAL / F.B. – Îndeplinite pentru toate avizele / acordurile / autorizațiile și certificatele ISO, acreditaarea ANMCS</b></p> <p>B – Îndeplinite pentru 2/3 din toate avizele / acordurile / autorizațiile și ½ certificatele ISO, acreditaarea ANMCS</p> <p>S – Îndeplinite pentru ½ din toate avizele / acordurile / autorizațiile și ½ certificatele ISO, acreditaarea ANMCS</p>

Obiectivuri strategice	Indicatori obiective	Indicatori generale	Obiectivuri generale	Indicatori obiective	
				Indicatoare	Indicatoare
2.Asigurarea funcționalității / operaționalității componentelor centrului medical.	DA, NU, PARTIAL  <b>EVALUARE INDICATOR:</b> F.B. – obținerea a 7 DA B – obținerea a 6 DA S – obținerea a 5 DA si 1 PARTIAL NS – alte rezultate	2.1.Asigurarea spațiilor, construcțiilor și lucrări tehnico – administrative și ingineresti și lucrări de îmbunătățire a celor existente.  <b>EVALUARE INDICATOR:</b> F.B. – obținerea a 3 DA B – obținerea a 2 DA S – obținerea a 1 DA si 1 PARTIAL  NS – alte rezultate	Identificare, executare lucrari de reparatii la neconformităjile ascunse - DA, NU, PARTIAL  Executarea lucrărilor tehnice, administrative și inginerestii necesare adaptării spațiilor și funcțiunilor. - DA, NU, PARTIAL  Îmbunătățiri spațiilor recreative destinate pacientilor (terenuri sport, parc și spatiu de tip filigorie pentru recreere). - DA, NU, PARTIAL  <b>EVALUARE INDICATOR:</b> F.B. – obținerea a 3 DA B – obținerea a 2 DA S – obținerea a 1 DA si 1 PARTIAL  NS – alte rezultate	funcționalizarii prin lucrări tehnico – administrative și ingineresti și lucrări de îmbunătățire a celor existente.  <b>EVALUARE INDICATOR:</b> F.B. – obținerea a 3 DA B – obținerea a 2 DA S – obținerea a 1 DA si 1 PARTIAL  NS – alte rezultate	funcționalizarii prin lucrări tehnico – administrative și ingineresti și lucrări de îmbunătățire a celor existente.  <b>EVALUARE INDICATOR:</b> F.B. – obținerea a 2 DA B – obținerea a 1 DA, 1 PARTIAL S – obținerea a 1 PARTIAL NS – alte rezultate

Obiectivul strategic	Indicator obiectiv	Indicatoare generale	Indicatoare specifică
			Indicatoare specifică
			<p>2.3.Asigurarea promovării serviciilor medicale oferite de centru medical și a unei politici de marketing adecvată.</p> <p>PARTIAL</p> <p>Promovarea serviciilor de sănătate oferite de centru medical. - DA, NU, PARTIAL</p>
			<p><b>EVALUARE INDICATOR:</b></p> <p>F.B. – obținerea a 2 DA B – obținerea a 1 DA, 1 PARTIAL S – obținerea a 1 PARTIAL NS – alte rezultate</p>
			<p>2.4.Asigurarea operaționalității activităților desfășurate pentru realizarea serviciilor medicale oferite.</p> <p>PARTIAL</p> <p>Asigurarea și utilizarea eficientă a resurselor umane - DA, NU, PARTIAL</p> <p>Realizarea procedurilor de lucru, a protocolelor terapeutice și a ghidurilor de practică - DA, NU, PARTIAL</p> <p>Realizarea și introducerea și de lucru, a terapeutice și a ghidurilor de practică - DA, NU, PARTIAL</p>
			<p><b>EVALUARE INDICATOR:</b></p> <p>F.B. – obținerea a 2 DA B – obținerea a 1 DA, 1 PARTIAL S – obținerea a 1 PARTIAL NS – alte rezultate</p>

Obiectivul strategic	INDICATOR OBIECTIV	SISTEM DE EVALUARE	Obiectiv general	INDICATOR OB GENERAL
				INDICATOR
3.Creșterea eficienței serviciilor medicale acordate prin diminuarea costurilor.	<b>DA, NU, PARTIAL</b> <b>EVALUARE INDICATOR:</b> F.B – obținerea a 4 DA B – obținerea a 3 DA S – obținerea a 2 DA și 1 PARTIAL NS – alte rezultate		<p>3.1.Creșterea eficienței serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare prin diminuarea costurilor.</p> <p><b>EVALUARE INDICATOR:</b> F.B. – obținerea a 2 DA B – obținerea a 1 DA, 1 PARTIAL S – obținerea a 1 PARTIAL NS – alte rezultate</p>	<p>Asigurarea de resurse financiare, în timp oportun, conforme cu necesitățile și utilizarea eficientă - DA, NU, PARTIAL</p> <p>Identificarea cheltuielilor inutile și eliminarea acestora. - DA, NU, PARTIAL</p>

Obiectivuri de rezultat	Indicatori obiectiv	Obiectivuri detaliatare	Indicatori generale	Indicatoare generale
4.Dezvoltarea politicii de promovare / marketing și a paletelor de servicii medicale oferite.	<b>DA, NU, PARTIAL</b> <b>EVALUARE INDICATOR:</b> F.B. – obținerea a 5 DA B – obținerea a 4 DA S – obținerea a 2 DA și 1 PARTIAL NS – alte rezultate	<p><b>4.1.Asigurarea identificarii nevoilor de promovare adaptate la specificul centrului medical</b></p> <p><b>EVALUARE INDICATOR:</b> F.B. – obținerea a 2 DA B – obținerea a 1 DA, 1 PARTIAL S – obținerea a 1 PARTIAL NS – alte rezultate</p> <p><b>4.2.Asigurarea unor politici de marketing care să conducă la promovarea reală a serviciilor medicale oferite.</b></p> <p><b>EVALUARE INDICATOR:</b> F.B. – obținerea a 2 DA B – obținerea a 1 DA, 1 PARTIAL S – obținerea a 1 PARTIAL NS – alte rezultate</p> <p><b>4.3 Dezvoltarea paletelor de servicii medicale oferite</b></p>	<p>Realizarea analizei de identificare a nevoilor de promovare . - DA, NU, PARTIAL</p> <p>Adaptarea nevoilor de promovare la specificul centrului medical. - DA, NU, PARTIAL</p> <p><b>EVALUARE INDICATOR:</b> F.B. – obținerea a 2 DA B – obținerea a 1 DA, 1 PARTIAL S – obținerea a 1 PARTIAL NS – alte rezultate</p> <p>Realizarea politicii de marketing reale- DA, NU, PARTIAL</p> <p>Implementarea politicilor de marketing realizate. - DA, NU, PARTIAL</p> <p><b>EVALUARE INDICATOR:</b> F.B. – obținerea a 2 DA B – obținerea a 1 DA, 1 PARTIAL S – obținerea a 1 PARTIAL NS – alte rezultate</p> <p>Realizarea politicii de marketing reale- DA, NU, PARTIAL</p> <p>Implementarea politicilor de marketing realizate. - DA, NU, PARTIAL</p> <p><b>EVALUARE INDICATOR:</b> F.B. – obținerea a 2 DA B – obținerea a 1 DA, 1 PARTIAL S – obținerea a 1 PARTIAL NS – alte rezultate</p>	

Obiectivul strategic	Indicător OB	Indicător STR	Obiectivul general	Indicațori GEN/INDICATORI
5.Cresterea nivelului de pregătire a personalului centrului medical.	DA, NU, PARTIAL EVALUARE INDICATOR: F.B. – obținerea a 5 DA B – obținerea a 4 DA, 1 PARTIAL S – obținerea a 3 DA și 1 PARTIAL NS – alte rezultate	5.1.Cresterea nivelului de pregătire a personalului medical din centrul medical.  Motivarea și determinarea personalului pentru participarea la activități de pregătire / formare în domeniul medical organizate / desfășurate de alte entități decât centrul medical. - DA, NU, PARTIAL  Pregătirea personalului medical pentru utilizarea programelor informative de suport a activității medicale. - DA, NU, PARTIAL  EVALUARE INDICATOR: F.B. – obținerea a 3 DA B – obținerea a 2DA, 1 PARTIAL S – obținerea a 1 DA și 1 PARTIAL NS – alte rezultate	5.1.Cresterea nivelului de pregătire a personalului medical din centrul medical.  Motivarea și determinarea personalului pentru participarea la activități de pregătire / formare în domeniul medical organizate / desfășurate de alte entități decât centrul medical. - DA, NU, PARTIAL  Pregătirea personalului medical pentru utilizarea programelor informative de suport a activității medicale. - DA, NU, PARTIAL  EVALUARE INDICATOR: F.B. – obținerea a 3 DA B – obținerea a 2DA, 1 PARTIAL S – obținerea a 1 DA și 1 PARTIAL NS – alte rezultate	Realizarea unui program de formare continuă la nivelul centrului medical- DA, NU, PARTIAL Includerea personalului cu atribuții specifice la activități de pregătire / formare în domeniile resurselor umane, bucătărie, igienă, organizate / desfășurate de alte entități decât centrul medical. - DA, NU, PARTIAL  EVALUARE INDICATOR: F.B. – obținerea a 2 DA B – obținerea a 1 DA, 1 PARTIAL S – obținerea a 1 PARTIAL NS – alte rezultate

Obiectivul strategic	INDICATOR	SIRU	Obiectivul de lucru	INDICATOR GENERAL		
				6.1. Asigurarea standardelor ANMCS	de menținerii acreditare	EVALUARE INDICATOR:
6.Menținerea standardelor acreditarii ANMCS, a celor ISO precum și a condițiilor acordurilor /avizelor / autorizațiilor detinute.	DA, NU, PARTIAL			F.B. – obținerea a 4 DA B – obținerea a 3 DA S – obținerea a 2 DA și 1 PARTIAL  NS – alte rezultate	Identificarea masurilor de natură managerială, tehnică, administrativă, constructivă, etc ce trebuie luate pentru menținerea standardelor de acreditare ANMCS- DA, NU, PARTIAL	Realizarea masurilor de natură managerială, tehnică, administrativă, constructivă, etc pentru menținerea standardelor de acreditare ANMCS- DA, NU, PARTIAL
					EVALUARE INDICATOR:  F.B. – obținerea a 2 DA B – obținerea a 1 DA, 1 PARTIAL S – obținerea a 1 PARTIAL  NS – alte rezultate	EVALUARE INDICATOR:  F.B. – obținerea a 2 DA B – obținerea a 1 DA, 1 PARTIAL S – obținerea a 1 PARTIAL  NS – alte rezultate
				6.2. Asigurarea standardelor ISO și a condițiilor acordurilor / avizelor / autorizațiilor detinute	Identificarea masurilor de natură managerială, tehnică, administrativă, constructivă, etc ce trebuie luate pentru menținerea standardelor ISO și a condițiilor acordurilor / avizelor / autorizațiilor detinute de centrul medical- DA, NU, PARTIAL	Realizarea masurilor de natură managerială, tehnică, administrativă, constructivă, etc pentru menținerea standardelor ISO și a condițiilor acordurilor / avizelor / autorizațiilor detinute de centrul medical- DA, NU, PARTIAL
					EVALUARE INDICATOR:  F.B. – obținerea a 2 DA B – obținerea a 1 DA, 1 PARTIAL S – obținerea a 1 PARTIAL  NS – alte rezultate	EVALUARE INDICATOR:  F.B. – obținerea a 2 DA B – obținerea a 1 DA, 1 PARTIAL S – obținerea a 1 PARTIAL  NS – alte rezultate

Obiectiv general	Indicator specific	Obiectiv general	Indicator specific
7.Dezvoltarea și meninerea colaborării cu structuri de servicii medicale din județ / regiune.	<b>DA, NU, PARTIAL</b>  <b>EVALUARE INDICATOR:</b> F.B. – obținerea a 3 DA B – obținerea a 2 DA, 1 PARTIAL S – obținerea a 1 DA și 1 PARTIAL NS – alte rezultate	7.1. Asegurarea cooperării cu structuri / organizatii profesionale ori ale pacientilor din domeniul medical. - DA, NU, PARTIAL  <b>EVALUARE INDICATOR:</b> F.B. – obținerea a 1 DA B – obținerea a 1 PARTIAL NS – alte rezultate	Realizarea cooperării cu structuri / organizatii profesionale ori ale pacientilor din domeniul medical. - DA, NU, PARTIAL  <b>EVALUARE INDICATOR:</b> F.B. – obținerea a 1 DA B – obținerea a 1 PARTIAL NS – alte rezultate
		7.2.Asigurarea contractelor / centrului medical cu terți necesare aplicării serviciilor medicale / nemedcale externalizate	Identificarea serviciilor medicale / nemedcale externalizate- DA, NU, PARTIAL  Realizarea contractelor / parteneriatelor centrului medical cu terți (servicii externalizate). - DA, NU, PARTIAL  <b>EVALUARE INDICATOR:</b> F.B. – obținerea a 2 DA B – obținerea a 1 DA, 1 PARTIAL S – obținerea a 1 PARTIAL NS – alte rezultate
		8.Atragerea de fonduri externe / fonduri cu finanțare europeană.	8.1.Atragerea de fonduri din surse externe  <b>EVALUARE INDICATOR:</b> F.B. – obținerea a 4 DA B – obținerea a 3 DA S – obținerea a 2 DA și 1 PARTIAL NS – alte rezultate

Obiectivuri strategice	INDICATORI OBIECTIVI STRATEGICE	Obiectivuri de implementare	INDICATORI OBIECTIVI DE IMPLEMENTARE	INDICATORI GENERALE	
				8.2. Atragerea de fonduri cu finanțare europeană pentru dezvoltarea centrului medical	Identificarea fondurilor cu finanțare europeană ce pot fi accesate de centru medical în vederea dezvoltării acestuia. - DA, NU, PARTIAL
				<b>Accesarea fondurilor europene</b> accesate pentru dezvoltarea centrului medical - DA, NU, PARTIAL <b>EVALUARE INDICATOR:</b> F.B. – obținerea a 2 DA B – obținerea a 1 DA, 1 PARTIAL S – obținerea a 1 PARTIAL NS – alte rezultate	fondurilor europene accesate pentru dezvoltarea centrului medical - DA, NU, PARTIAL <b>EVALUARE INDICATOR:</b> F.B. – obținerea a 2 DA B – obținerea a 1 DA, 1 PARTIAL S – obținerea a 1 PARTIAL NS – alte rezultate
9.	Atragerea de parteneriate favorabile centrului medical.		9.1. Asigurarea contractelor / parteneriatelor centrului medical cu terții necesare aplicării serviciilor medicale / nemedicale externalizate	<b>EVALUARE INDICATOR:</b> F.B. – obținerea a 2 DA B – obținerea a 1 DA, 1 PARTIAL S – obținerea a 1 PARTIAL NS – alte rezultate	Identificarea serviciilor medicale / nemedicale externalizate- DA, NU, PARTIAL <b>EVALUARE INDICATOR:</b> Realizarea contractelor / parteneriatelor centrului medical cu terți (servicii externalizate) - DA, NU, PARTIAL <b>EVALUARE INDICATOR:</b> F.B. – obținerea a 2 DA B – obținerea a 1 DA, 1 PARTIAL S – obținerea a 1 PARTIAL NS – alte rezultate
			10.1. A sigurarea condițiilor propice desfășurării actului medical conform standardelor impuse de legislația românească și cea europeană	<b>EVALUARE INDICATOR:</b> F.B. – obținerea a 2 DA B – obținerea a 1 DA, 1 PARTIAL S – obținerea a 1 PARTIAL NS – alte rezultate	Realizarea contractelor / parteneriatelor pregătire propuse la nivelul centrului medical - DA, NU, PARTIAL <b>EVALUARE INDICATOR:</b> F.B. – obținerea a 2 DA B – obținerea a 1 DA, 1 PARTIAL S – obținerea a 1 PARTIAL NS – alte rezultate
			<b>EVALUĂRIE PERIODICĂ</b>	Urmăresc doar indeplinirea obiectivelor planificate pentru termenul vizat (scurt, mediu, lung și cele permanente)	





**CENTRUL MEDICAL LAURA CĂTANĂ**  
SC Centrul Medical Laura Cătană SRL CF 32111368 J1/503/7.08.2013  
Petești, Str. Mihai Eminescu, nr.67, Jud. Alba, Tel: 0746.287.107  
Punct de lucru: Pianul de Jos, Str. Horea, nr. 148A  
E-mail: laura.catana@doctor-psi.ro  
www.doctor-psi.ro

Anexa nr. 1 la nr. ... 3 - R.A/15.01.2018

## LISTA

### CU ANEXELE LA STRATEGIA DE DEZVOLTARE A CENTRULUI MEDICAL LAURA CATANA PENTRU PERIOADA 2018 -2022

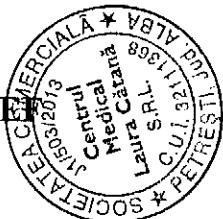
- a) Analiza Privind situatia, consumul, cazuistica si efectele consumului de droguri la nivel national si județul Alba. Aspecte aferente perioadei 2012 - 2017. – **Anexa nr. 2**
- b) Raport referitor la analiza situatiei, consumul, cazuistica si efectele consumului de droguri la nivel national si județul Alba. Aspecte aferente perioadei 2012 - 2017 **Anexa nr. 3**
- c) Analiza privind nevoile de ingrijire a populatiei deservite din zona de acoperire si teritoriul national. Aspecte aferente perioadei 2015 - 2017 **Anexa nr. 4**
- d) Raport privind nevoile de ingrijire a populatiei deservite din zona de acoperire si teritoriul national. Aspecte aferente perioadei 2015 - 2017 **Anexa nr. 5**
- e) Planul strategic de investitii pentru dezvoltarea Centrului Medical Laura Cătană in perioada 2018 - 2022 **Anexa nr. 6**

**MANAGER**

**PINTEA FELIX**

**ADMINISTRATOR, MEDIC SEF**

Dr. LAURA CATANA



**MANAGER GENERAL**

**PAVEN COSMIN**

**ECONOMIST, RESP. R.U.**

**SAVENCU CIPRIAN**



**CENTRUL MEDICAL LAURA CĂTANĂ**  
SC Centrul Medical Laura Cătană SRL CF 32111368 J1/503/7.08.2013  
Petrești, Str. Mihai Eminescu, nr.67, Jud. Alba, Tel: 0746.287.107  
Punct de lucru: Pianul de Jos, Str. Horea, nr. 148A  
E-mail: laura.catana@doctor-psi.ro  
www.doctor-psi.ro

Anexa nr. .... la nr. 3 - RA / 5.01.2018

## ANALIZA

# PRIVIND SITUATIA, CONSUMUL, CAZUISTICA SI EFECTELE CONSUMULUI DE DROGURI LA NIVEL NATIONAL SI JUDETUL ALBA

ASPECTE AFERENTE PERIOADEI 2012 - 2017

## **DATE, ELEMENTE ȘI ASPECTE AVUTE IN VEDERE LA ELABORAREA ANALIZEI**

Pentru elaborarea analizei se vor avea în vedere urmatoarele date, elemente și aspecte:

### **1. PRINCIPALELE DROGURI CONSUMATE ÎN ROMÂNIA**

- Canabisul, stimulantii, heroina și alte opioacee, noi substanțe psihoactive, drogurile licite (tutun, alcool) și medicamentele fără prescriptive medicală
- Consumul de droguri în populația generală
- Tratament și urgent medicale pentru consum de droguri

**Nota:** se vor avea în vedere aspecte relevante pentru județul Alba și / sau județele limitrofe, zona de dezvoltare centru respective zone / județe cu risc ridicat.

### **2. TRATAMENTUL SI ASISTENȚA CONSUMATORILOR DE DROGURI**

- Sistemul de tratament (organizarea sistemului, sisteme de tratament ambulatoriu și rezidențial)
- Aspecte ale furnizării și utilizării tratamentului pentru dependență de droguri
- Date relevante / date cheie privind cererea de tratament, în funcție de drogul principal consumat
- Caracteristici socio-demografice ale persoanelor admise la tratament
- Modalități de tratament existente
- Efecte asociate direct sau indirect consumului de droguri (decese, rezultate toxicologice)
- Tendințe pentru perioada următoare

**Nota:** se vor avea în vedere aspecte relevante pentru județul Alba și / sau județele limitrofe, zona de dezvoltare centru respective zone / județe cu risc ridicat.

### **3. URGENȚE MEDICALE CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI**

- Urgențe medicale ca urmare a consumului de droguri
- Tendințe

**Nota:** se vor avea în vedere aspecte relevante pentru județul Alba și / sau județele limitrofe, zona de dezvoltare centru respective zone / județe cu risc ridicat.

### **4. ASPECTE PRIVIND PIATA DE SERVICII PE ACEST SEGMENT LA NIVEL NATIONAL, ZONAL, JUDETEAN**

## **LA ELABORAREA PREZENTEI ANALIZE S-AU UTILIZAT DATE DIN STUDIILE, ANALIZELE SI RAPORTARILE EFECTUATE / EXISTENTE DE / ÎN :**

- Agenția Națională Antidrog - studii, rapoarte, analize anii 2012 – 2017
- <http://www.ana.gov.ro/studii/Raport%20GPS%202013%20site.pdf>
- EMCDDA, ESPAD (2016). ESPAD Report 2015 - Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.
- [http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD\\_report\\_2015.pdf](http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf)

## INTRODUCERE

Strategia Națională Antidrog 2013-2020 abordează integrat și echilibrat reducerea cererii și ofertei de droguri, concomitent cu dezvoltarea coordonării, cooperării internaționale, cercetării, evaluării și informării în domeniu, vizând atingerea a 5 obiective generale:

**Reducerea cererii de droguri**, prin consolidarea sistemului național integrat de prevenire și asistență, în concordanță cu evidențele științifice, ce cuprinde totalitatea programelor, proiectelor și intervențiilor universale, selective și indicate de prevenire implementate în școală, familie și comunitate, precum și intervențiile de identificare, atragere și motivare a consumatorilor de droguri în vederea furnizării de servicii de asistență specializată, ce au ca finalitate integrarea socială (direcție principală de acțiune pentru care sunt prevăzute 20 de obiective specifice);

**Reducerea ofertei** de droguri prin identificarea și destrucțarea rețelelor de trafic, reducerea disponibilității drogurilor pe piață și utilizarea eficientă a sistemului de aplicare a legii, concomitent cu dezvoltarea unor mecanisme instituționale de monitorizare și control, coordonate și adaptate nevoilor actuale și situației reale a fenomenului și care să susțină în mod viabil măsurile de luptă împotriva acestuia (direcție principală de acțiune pentru care sunt prevăzute 4 obiective specifice);

**Coordonarea în domeniul drogurilor** - urmărește asigurarea unui concept unitar de acțiune în domeniul problematicii drogurilor și precursorilor, monitorizarea implementării politicilor naționale în domeniul drogurilor, utilizarea eficientă a resurselor și maximizarea rezultatelor intervențiilor realizate (direcție principală de acțiune pentru care sunt prevăzute 8 obiective specifice);

### **1. PRINCIPALELE DROGURI CONSUMATE ÎN ROMÂNIA**

Potrivit rezultatelor ultimului studiu în populația generală – GPS 2016, la nivelul populației generale se identifică o prevalență de-a lungul vieții a consumului oricărui tip de drog ilicit de 7,6%. Prevalența în ultimul an a acestui tip de consum este de 4,1%, în timp ce, pentru consumul din ultima lună se observă o prevalență de 1,8%. Față de studiile anilor anteriori, se observă creșteri pentru toate cele trei tipuri de consum. Diferențele de tendință, înregistrate pot fi explicate prin revigorarea interesului pentru noile substanțe psihooactive, dar și prin evoluția consumului de canabis, care, deși înregistrează cele mai mici valori din Europa, își continuă tendința ascendentă.

Canabisul continuă să fie cel mai consumat drog în România.

După canabis, pe poziția a două în „topul” celor mai consumate droguri în România, se situează noile substanțe psihooactive (NSP) – 2,5%. Urmează: cocaină/ crack și LSD – câte 0,7%, ecstasy – 0,5%, ciuperci halucinogene – 0,4%, heroină, amfetamine și ketamină – câte 0,3%.

#### **CANABIS. CONSUMUL DE CANABIS ÎN POPULAȚIA GENERALĂ**

La nivelul populației generale se identifică o prevalență de-a lungul vieții a consumului de canabis de 5,8%. Prevalența în ultimul an a consumului de canabis este de 3,2%, în timp ce, pentru consumul din ultima lună se observă o prevalență de 1,4%.

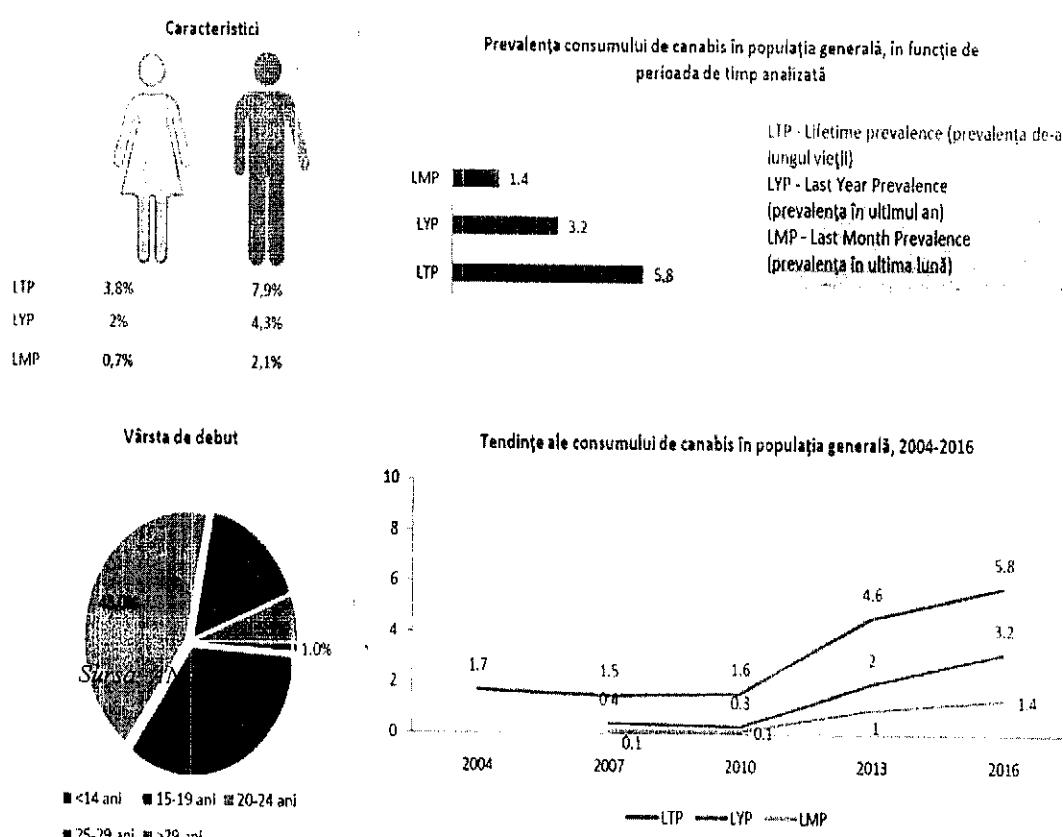
Indiferent de perioada de timp analizată, consumul de canabis este mai prevalent în rândul bărbaților, valorile înregistrate fiind de două ori mai mari, comparativ cu nivelul observat în cazul femeilor. Astfel, 7,9% dintre bărbați și 3,8% dintre femei au consumat cel puțin o dată în viață canabis, 4,3% dintre bărbați și 2% dintre femei au consumat în ultimul an, iar 2,1% dintre bărbați și 0,7% dintre femei au declarat un consum actual de canabis. Între cele două sexe, există diferențe semnificative în ceea ce privește comportamentul față de consumul de canabis pentru toate cele 3 perioade de referință.

Cea mai mică vîrstă de debut declarată a fost 14 ani, iar media vîrstei de debut, 21,3 ani. Peste o treime dintre respondenți (35%) au început acest tip de consum la vîrsta adolescenței (sub 19 ani), în timp ce, 43% dintre cei chestionați au declarat debut în consumul de canabis la vîrste tinere, 20-24 ani.

Unul din 10 (10%) adulți tineri (15-34 ani) au încercat de-a lungul vieții să fumeze cannabis, unul din 20 (5,8%) au fumat în ultimul an și unul din 40 (2,5%) a declarat consum de cannabis în ultima lună. Ca și în cazul populației generale, raportul bărbaților tineri consumatori de cannabis la femeile consumatoare din aceeași categorie de vîrstă, înregistrează valoarea 2 pentru consumul experimental sau recent și chiar 3 pentru consumul actual. Majoritatea adulților tineri care au fumat cannabis în ultima lună (60% dintre bărbații tineri și 83% dintre femeile tinere) au declarat un astfel de comportament cu o frecvență între o zi și 3 zile pe săptămână.

Comparativ cu studiile anilor anteriori, cannabisul este singura substanță pentru care s-au înregistrat creșteri ale consumului pentru toate cele trei intervale de referință, între 26% (pentru consumul de-a lungul vieții) și 60% (pentru consumul recent).

#### Caracteristici ale consumului de cannabis în populația generală



#### TRATAMENTUL PENTRU CONSUM DE CANABIS

Și în anul 2016, cannabisul se află pe primul loc în ceea ce privește cererea de tratament ca urmare a consumului de droguri, atât pentru toate cazurile în care s-a solicitat asistență (48,5%), cât și în ceea ce privește cazurile noi (persoane care nu au mai fost înscrise în servicii de tratament pentru consum de droguri, 64,6%). Este pentru al doilea an consecutiv când se înregistrează o astfel de situație, alt drog decât heroina fiind principala substanță de consum pentru care se solicită asistență.

Este important de remarcat faptul că 91% dintre persoanele admise la tratament pentru consum de cannabis reprezintă cazuri noi în sistemul de asistență.

Dintre cele 1719 persoane admise la tratament pentru consum de cannabis în anul 2016, 92% au fost bărbați și 8% femei. Ca urmare a modificărilor legislative din anul 2014 și punerea în aplicare a măsurilor alternative la pedeapsa închisorii, 85% dintre persoanele admise la tratament pentru consum de cannabis, indiferent dacă au mai fost tratate anterior sau nu (cazuri noi), au fost referite către serviciile de

asistență de la nivelul instituțiilor de aplicare a legii (instanță, poliție sau probațiu). Dacă pentru toate cazurile care au intrat în tratament în anul 2016, adresabilitatea la serviciile de asistență ca urmare a consumului de cannabis a fost similară pentru persoanele referite de către alte servicii din sistemul medico-social și a celor care au solicitat asistență din proprie inițiativă (8,7%, respectiv 8,4%), în ceea ce privește cazurile noi, se înregistrează o mai mare adresabilitate către servicii a persoanelor care au solicitat asistență din proprie inițiativă (7,3% față de 5,4%).

Indiferent de tipul contactului cu serviciile de tratament (dacă au mai fost sau nu în tratament pentru consum de droguri), 95% dintre consumatorii de cannabis care au solicitat asistență fac parte din populația Tânără, în vîrstă de cel mult 34 ani.

În corelație cu vîrsta, 73,6% din totalul cazurilor de consumatori de cannabis admisi la tratament în anul de referință au declarat că au absolvit studii gimnaziale sau liceale și 21,8% au absolvit studii superioare. Procente similare se înregistrează și în ceea ce privește nivelul de educație absolvit de persoanele consumatoare de cannabis care nu au mai fost în tratament anterior anului de raportare (73% și 22,6%).

Indiferent de tipul contactului cu sistemul de asistență, 43% dintre persoanele admise la tratament pentru consum de cannabis au declarat că aveau vîrstă cuprinsă între 15 și 19 ani atunci când au inițiat un astfel de comportament.

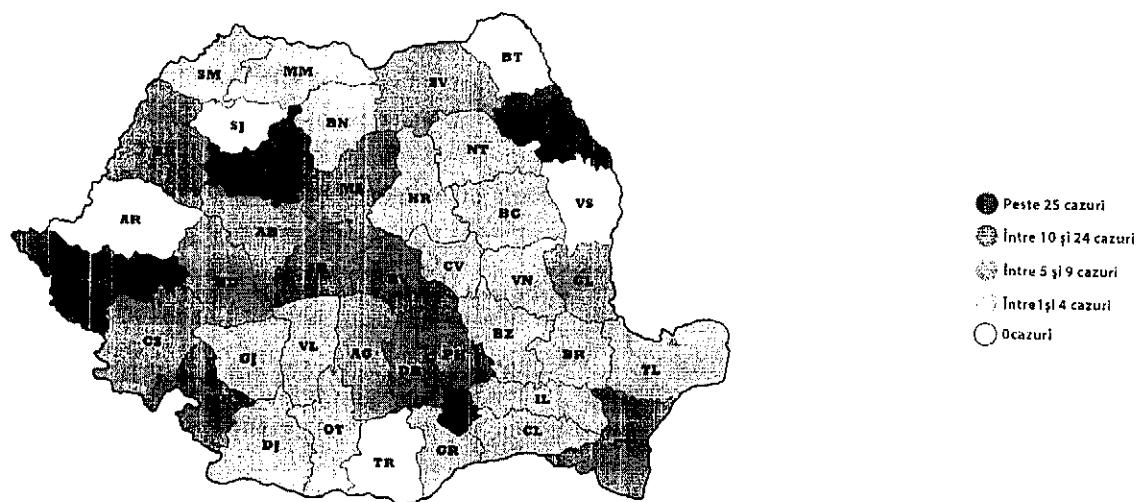
Serviciile de tratament pentru consumul de cannabis sunt disponibile la nivel național, atât în comunitate, cât și în regim penitenciar. În funcție de tipul centrului, în anul 2016, s-a înregistrat următoarea distribuție a cazurilor în care cannabisul a fost înregistrat ca și drog principal de consum: 84,7% în centre de tip ambulatoriu, 14,4% în regim de tip rezidențial (internare) și 0,9% în regim penitenciar.

### **CONSUM PROBLEMATIC DE CANABIS URGENȚE MEDICALE DATORATE CONSUMULUI DE CANABIS**

În 2016, au fost raportate 543 cazuri de urgențe medicale datorate consumului de cannabis (consum singular sau în combinație). În ansamblul cazuisticii înregistrate în unitățile de specialitate la nivel național, cannabisul a fost menționat în 17,7% dintre cazuri (consum singular sau în combinație).

Cazuistica rămâne concentrată în 4 unități teritoriale (Cluj, Timiș, Municipiul București, și Iași), unde se înregistrează 60,3% din numărul total de cazuri.

#### **Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de cannabis (singular sau în combinație)**



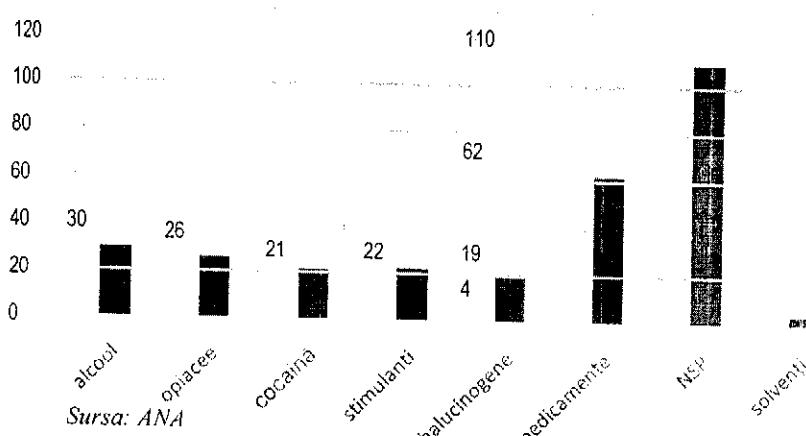
Sursa: ANA

Privind cazurile de urgent cauzate de consumul de cannabis, județul Alba se află la nivelul al treilea național cu valori între 5 și 9 cazuri.

Cea mai mare parte a cauzelor de urgență în care a fost raportat consumul de canabis (singular sau în combinație) a fost diagnosticată cu intoxicație – 65,9%. Acest diagnostic a fost urmat de dependență – 10,7%, utilizare nocivă – 8,7%, tulburări mentale și de comportament – 7,6%, sevraj – 2,9%, alte diagnostice – 2,9%. De asemenea 1,3% din cazuri au apelat la serviciile de urgență în vederea testării toxicologice.

Din totalul cazurilor de urgență înregistrate pentru consum de canabis, în 57,1% acesta a fost raportat ca și consum singular. În ceea ce privește consumul de droguri multiple canabisul a fost declarat, în special, în combinație cu consumul de NSP, medicamente, alcool.

#### **Distribuția cazurilor de urgențe datorate consumului de canabis, în funcție de drogul utilizat în combinație cu acesta**



Indiferent de tipul consumului (singular sau mixt), preponderent (57,1%), administrarea canabisului s-a realizat pulmonar sau prin fumat.

În majoritatea (57,5%) cazurilor prezентate în unitățile de primiri urgență pentru consum de canabis, vârstă persoanelor a fost sub 25 ani, 34,9% aveau vârstă între 25 și 34 ani, în timp ce, doar în 7,6% dintre cazuri a fost vorba de persoane cu vârstă peste 35 ani.

În ceea ce privește sexul persoanelor înregistrate la nivelul secțiilor de specialitate pentru consum de canabis, 88,4% dintre acestea erau bărbați și 11,6% femei.

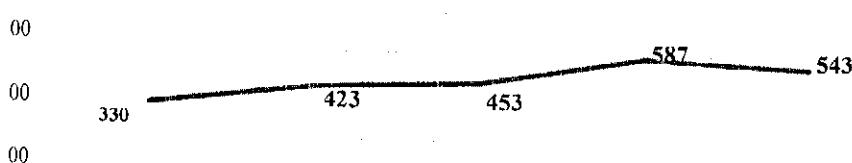
Referitor la studiile absolvite, 82,6% dintre persoanele consumatoare de canabis care au apelat la serviciile de urgență pentru probleme datorate acestui comportament (număr de cazuri cu informații), au menționat că au absolvit studii gimnaziale sau liceale (ISCED 2 și ISCED 3), în timp ce, 13,7% au declarat că au studii superioare (ISCED 4 – ISCED 7).

În 32,3% dintre cazurile de urgențe medicale datorate consumului de canabis (număr de cazuri cu informații) au fost înregistrați elevi sau studenți, în timp ce, 22% au menționat că sunt angajați. În schimb, 36,9% dintre aceștia au declarat că sunt fără ocupație.

#### **Caracteristici ale cazuisticii de urgență datorate consumului de canabis**

Comparativ cu anul anterior se observă o scădere cu 7,5% a numărului cazurilor de urgențe medicale datorate consumului de canabis (singular sau în combinație), dar o creștere cu 22% a preponderenței acestei problematici în ansamblul cazuisticii înregistrate în unitățile de specialitate la nivel național (consumul de canabis – singular sau în combinație – a fost menționat în 17,7% dintre cazuri, față de 14,5% în anul anterior).

#### **Tendințe înregistrate în cazuistica urgențelor medicale datorate consumului de canabis, 2012-2016**



2012	2013	2014	2015	2016
------	------	------	------	------

Număr de cazuri de urgență ca urmare a consumului de cannabis  
*Sursa: ANA*

În concluzie, cannabisul continuă să fie cel mai consumat drog în România, atât în populația generală, cât și în cea școlară. De asemenea, odată cu intrarea în vigoare a Noului Cod Penal (februarie 2014) și implementarea măsurilor privind tratamentul ca alternativă la închisoare, a devenit și drogul principal

### **STIMULANȚI**

Pe piața drogurilor din România sunt disponibili stimulanți, de tipul: cocaină, amfetamine și ecstasy. Dintre acestea, ecstasy este cel mai consumat, prețul la nivelul străzii fiind mult mai mic, comparativ cu cel al cocainei. Din punct de vedere al disponibilității percepute, stimulanți sunt considerați dificil de procurat, atât în opinia populației generale, cât și a celei școlare.

### **CONSUMUL DE STIMULANȚI ÎN POPULAȚIA GENERALĂ ECSTASY**

În cazul consumului de ecstasy, 0,5% din populația generală cu vîrstă cuprinsă între 15 și 64 ani a declarat că a consumat acest tip de drog cel puțin o dată în viață, în timp ce, 0,1% dintre respondenți au menționat un astfel de consum în ultimul an. Nu s-a înregistrat consum în ultimele 30 zile.

Dacă în cazul bărbaților, 0,8% au declarat că au consumat ecstasy de-a lungul vieții și 0,2% au menționat că au consumat și în ultimul an, ponderea femeilor consumatoare este aceeași și pentru consumul experimental și pentru consumul recent, respectiv 1%.

În funcție de categoria de vîrstă a respondenților, indiferent de perioada de referință a prevalenței (de-a lungul vieții sau în ultimul an), cele mai multe persoane consumatoare se încadrează în grupa de 15-24 ani (0,7% și 0,3%), pe următorul loc situându-se cele din categoria 25-34 ani (0,6% și 0,2%). De altfel, consumul experimental de ecstasy se înregistrează în populația generală din toate grupele de vîrstă analizate, în timp ce, consumul recent a fost menționat doar de persoane în vîrstă de până la 44 ani.

În funcție de nivelul educațional, analiza datelor privind consumul de ecstasy indică cele mai mari valori ale acestui tip de consum pentru persoanele care au absolvit cel mult studii gimnaziale (0,6% în cazul consumului experimental și 0,3% pentru consumul în ultimul an), în această categorie înscriindu-se și cei care la momentul realizării studiului erau liceeni. Pe poziția a doua, atât pentru consumul experimental, cât și pentru cel recent, se situează respondenții care au declarat studii liceale și postliceale (0,4%, respectiv 0,1%). Populația cu un nivel de școlaritate ridicat a menționat doar consum experimental (0,4%).

Din perspectiva ocupării economice, consumul experimental înregistrează valori mai mari în rândul persoanelor considerate în acest studiu ca fiind „active economic” (0,5%, față de 0,3%), în timp ce, în cazul consumului recent, ponderea este aceeași atât pentru populația activă, cât și pentru cea inactivă (0,1%).

În urma analizei datelor, în funcție de mediul de rezidență, se constată un consum experimental de ecstasy de 3 ori mai ridicat în mediul urban (0,6% față de 0,2%), în timp ce, consumul recent este la fel de prezent în ambele medii (0,1%).

Cu prevalențe variind de la 1,1% (Regiunea Nord-Vest), la 0,1% (Regiunea Centru și Regiunea Nord-Est), consumul experimental de ecstasy este prezent în 7 din cele 8 regiuni de dezvoltare economică ale României (excepția o reprezintă Regiunea Sud), în timp ce, consumul recent se înregistrează doar în 4 regiuni.

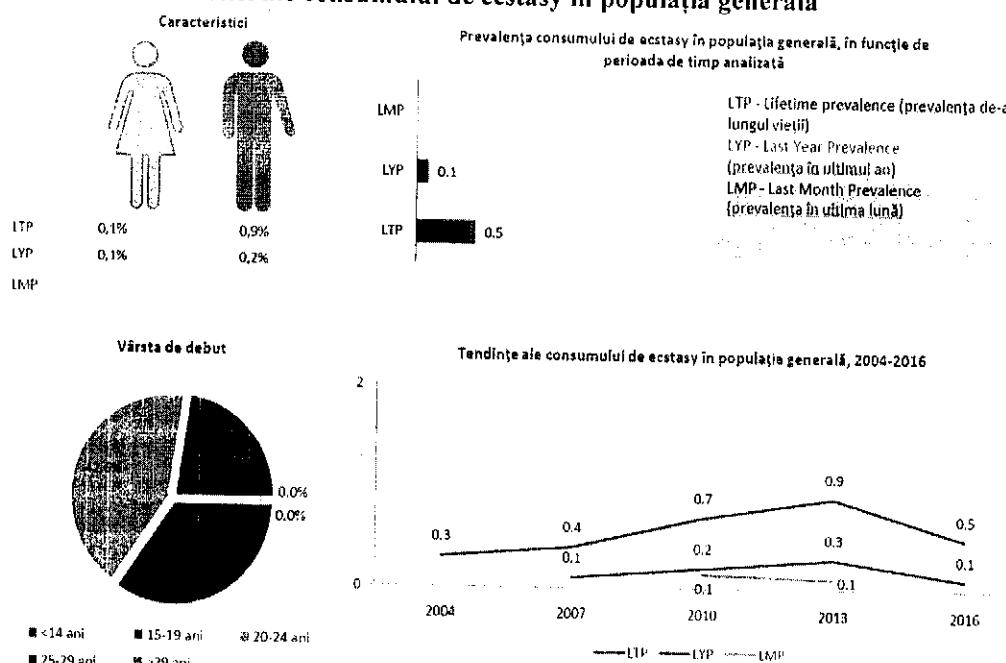
Cea mai mică vîrstă de debut, declarată de cei care au afirmat consum de ecstasy pe parcursul vieții, a fost 15 ani, iar cea mai mare, 29 ani. Deși nu se înregistrează debut precoce (înainte de 14 ani) în

consumul de ecstasy, proporția celor care au început acest tip de consum la vîrste cuprinse între 15 și 19 ani este de 34,6%.

Referitor la percepția riscului privind experimentarea consumului de ecstasy, 4,4% din populația generală consideră că nu există nici un risc dacă "încerci ecstasy o dată sau de două ori".

În concluzie, în România, rezultatele studiului realizat în anul 2006 indică o scădere a nivelului consumului de ecstasy în populația generală până la cel înregistrat în 2007, după ce, în acest interval, fuseseră observate creșteri.

#### **Caracteristici ale consumului de ecstasy în populația generală**



Sursa: ANA

#### **COCAINĂ/ CRACK**

Consumul de cocaină/ crack înregistrează al patrulea nivel al prevalenței în „clasamentul” drogurilor ilicite. Astfel, 0,7% din populația generală cu vîrstă cuprinsă între 15 și 64 ani, inclusă în eșantion, a experimentat consumul de cocaină/ crack, 0,2% dintre respondenți au declarat consum recent de cocaină/ crack, iar 0,1% au menționat că au consumat și în ultima lună.

Acest comportament este specific în special adulților tineri (15-34 ani), care au experimentat consumul de cocaină/ crack în proporție de 1%, 0,2% au consumat în ultimul an, pentru ca, în ultima lună, să se înregistreze consum al acestor substanțe doar în populația cu vîrste între 35 și 64 ani (0,1%).

Dacă în ceea ce privește experimentarea stimulanților de tip cocaină/ crack, procentul bărbaților consumatori este aproape dublu față de cel al femeilor consumatoare, 0,8% față de 0,5%, în privința consumului recent și al celui actual, se observă prevalențe similare pentru cele două genuri: 0,2% masculin și 0,2% feminin - pentru consumul de cocaină/ crack din ultimul an, respectiv 0,1% masculin și 0,1% feminin - pentru consumul de cocaină/ crack din ultima lună.

În funcție de nivelul de educație sau de statusul ocupațional declarate de respondenți, se înregistrează valori similare ale prevalențelor, indiferent de perioada de referință.

Consumul de cocaină/ crack este experimentat atât în mediul urban, cât și în mediul rural raportul prevalențelor înregistrate în cele două medii fiind de 4,5, doar persoanele din mediul urban manifestând un astfel de comportament în ultimul an și în ultima lună.

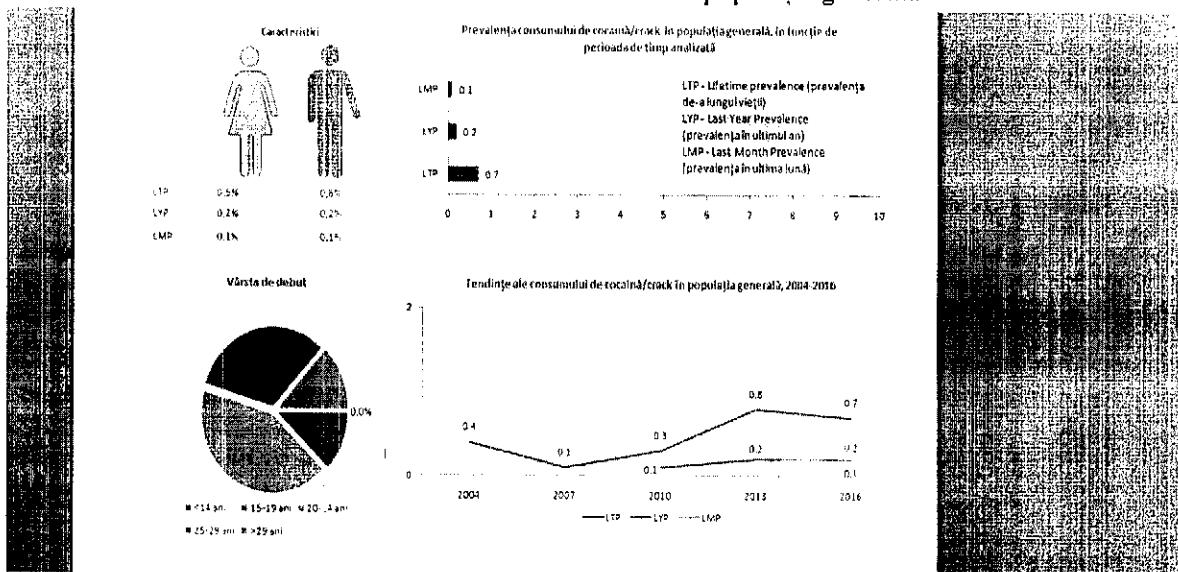
Cu excepția Regiunii Sud-Vest, în celelalte 7 regiuni ale țării, se înregistrează consum experimental de cocaină/ crack, cele mai multe cazuri fiind înregistrate în București-Ilfov (1,3%).

**Regiunea Vest (1,1%) și Regiunea Nord-Vest (0,8%).** În schimb, consumul actual de cocaină/ crack se restrâne în Regiunea Vest (0,6%) și Regiunea Nord-Vest (0,2%).

Cea mai mică vîrstă de debut, declarată de către cei care au experimentat consumul de cocaină/ crack, a fost 18 ani, iar cea mai mare, 34 ani. 42,3% dintre respondenți au debutat în consumul de cocaină/ crack la vîrste cuprinse între 20 și 24 ani, 32,2% au început acest tip de consum între 25 și 29 ani.

După o perioadă de creștere începută în anul 2010, în 2016 se remarcă o stabilizare a prevalențelor consumului de cocaină/ crack de-a lungul vieții și în ultimul an la nivelul celor identificate în studiile anilor anteriori (2013), dar se înregistrează o revenire a consumului actual al acestor substanțe stimulante.

### Caracteristici ale consumului de cocaină/ crack în populația generală



Sursa: ANA

### AMFETAMINE

În 2016, amfetaminele înregistrează în România o prevalență a consumului de-a lungul vieții de 0,3%, în timp ce, pentru consumul recent se constată o prevalență de 0,1%. Pentru acest tip de drog, nu se constată la nivel național consum în ultimele 30 de zile.

Dacă în cazul consumului experimental de amfetamine, prevalența în rândul populației masculine este de 6 ori mai mare decât cea observată în rândul celei feminine (0,6%, față de 0,1%), doar bărbații continuă să consume în ultimul an – 0,1%.

Cea mai mare prevalență de-a lungul vieții se înregistrează în grupa de vîrstă 25-34 ani (0,6%). Nu se înregistrează consum de amfetamine pentru respondenții cu vîrstă peste 54 ani.

Deși nu există diferențe semnificative între categoriile educaționale considerate și ratele de prevalență a consumului experimental de amfetamine înregistrate, cea mai mare rată a acestui tip de consum se constată pentru respondenții care au finalizat cel mult studii gimnaziale (0,6%). Pentru respondenții încadrați pe celelalte categorii educaționale – liceale și postliceale, respectiv universitare și postuniversitare, se observă o rată a prevalenței de 0,2% și, respectiv 0,3%.

În funcție de statutul ocupațional, raportul dintre consumatorii experimentalni încadrați în categoria "activ economic" și cei încadrați în categoria "inactiv economic" este de 3 la 1.

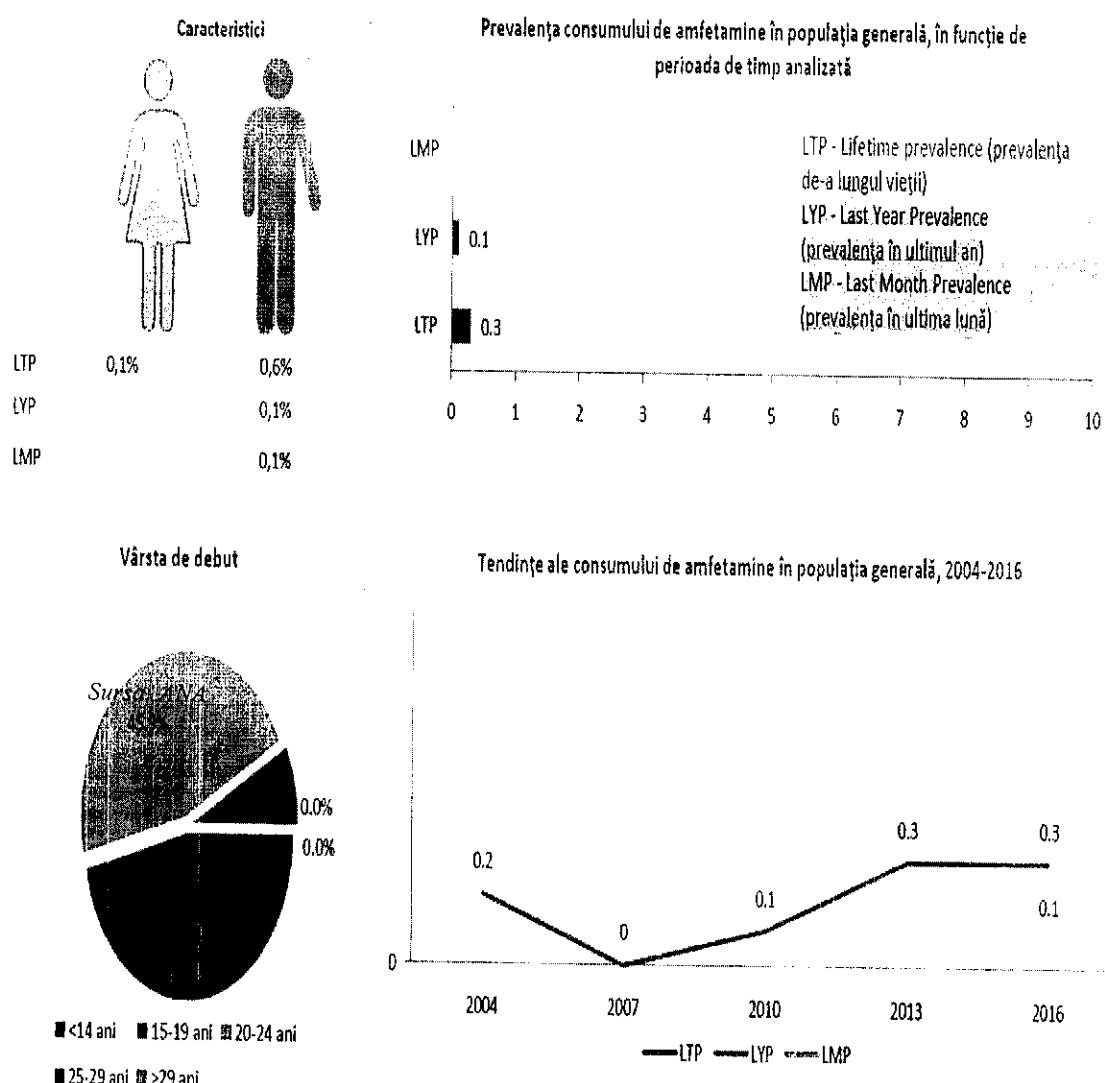
Ca și în cazul celorlalte tipuri de droguri analizate, amfetaminele sunt consumate cu predilecție în mediul urban, decât în cel rural, unde se înregistrează o prevalență de 5 ori mai mare: 0,5%, față de 0,1%.

Exceptând populația din Regiunea Sud-Vest, respondenții din celelalte 7 regiuni de dezvoltare economică a României au declarat consum de amfetamine, cei mai mulți fiind din București-Ilfov (0,7%) și din Regiunea Nord-Vest (0,7%). Aceste regiuni sunt cele în care s-a înregistrat consum recent - București-Ilfov, 0,1% și Regiunea Nord-Vest, 0,4%.

Pentru debutul în consumul de amfetamine se înregistrează o vârstă medie de 21 ani. Debutul în consumul de amfetamine s-a realizat în proporții similare la vîrste cuprinse între 15-19 ani (46,4%) și 20-24 ani (45,9%). Cea mai mică vîrstă de debut a fost 16 ani.

Consumul experimental de amfetamine se stabilizează la un nivel foarte scăzut.

#### **Caracteristici ale consumului de amfetamine în populația generală**



#### **TRATAMENTUL PENTRU STIMULANȚI**

2,2% dintre admiterile la tratament ca urmare a consumului de droguri din anul 2016 au fost ca urmare a consumului de stimulante (1% pentru cocaină, 0,6% ecstasy, 0,4% amfetamine și 0,2% metamfetamine). Ca și în anii anteriori, majoritatea persoanelor admise la tratament pentru consum de stimulante reprezintă cazuri noi (31 din cele 36 cazuri de cocaină sau 33 cazuri din cele 43 cazuri de stimulante, altele decât cocaina).

Raportul bărbați/ femei consumatori de cocaină care s-au adresat serviciilor de asistență este 2,6 pentru cocaină și 3,8 pentru celelalte stimulante. Raportul este și mai mare (4,2, respectiv 5,6) dacă se iau în considerare cazurile noi incluse în sistemul de tratament.

Vârsta medie de debut în consumul de stimulante, declarată de populația din serviciile de asistență, variază de la aproximativ 30 ani pentru cocaină, la aproximativ 23 ani pentru stimulante, altele decât cocaina. Consumatorii de stimulante (altele decât cocaina) solicită tratament după o perioadă medie de consum de 2 ani, în timp ce consumatorii de cocaină apelează la serviciile specializate după o perioadă medie de consum de 3 ani. Populația din tratament face parte din categoria adulților tineri, cu vârstă cuprinsă între 15 și 34 ani (pentru cocaină, 29 din cele 36, situație și mai evidentă pentru cazurile incluse în sistemul de asistență pentru consum de stimulante, altele decât cocaina, 42 din cele 43 cazuri).

Sursa principală de referință o reprezintă instituțiile din sistemul de aplicare a legii atât pentru consumatorii de cocaină (44%), cât și pentru cei de alte stimulante (53%). Din punct de vedere al situației locative, consumatorii de stimulante, locuiesc cu familia de origine (13 din cei 36 consumatori de cocaină și 24 din cei 43 consumatori de stimulante, altele decât cocaina) în locuințe stabile (24 din 36, respectiv 34 din 43).

Majoritatea (57 din 79) consumatorilor de stimulante care au fost admisi la tratament în anul 2016 au absolvit studiile învățământului secundar.

Serviciile de tratament pentru consum de stimulanți sunt disponibile la nivel național, atât în comunitate, cât și în regim penitenciar, dar procentul în care populația consumatoare de stimulanți a solicitat servicii în anul 2016 a fost foarte mic. Preponderent, cazurile au fost tratate în comunitate, în funcție de tipul centrului, distribuția lor fiind următoarea: din cele 79 cazuri incluse în sistemul de tratament pentru consum de stimulante, 45 au fost înregistrate în regim ambulatoriu, 32 în regim rezidențial (intra-spitalicesc) și doar 2 în regim penitenciar.

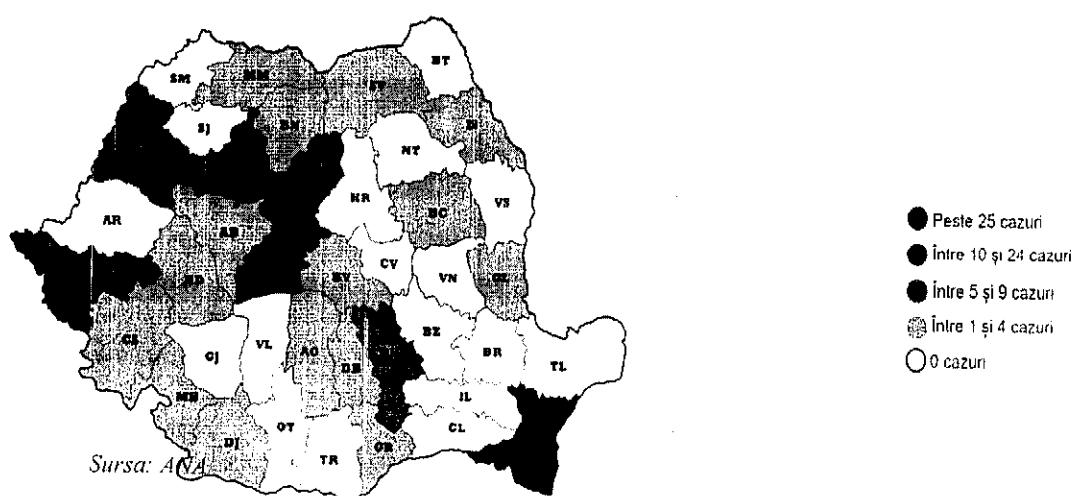
## **CONSUM PROBLEMATIC DE STIMULANȚI**

### **URGENȚE MEDICALE DATORATE CONSUMULUI DE STIMULANȚI**

În 2016, au fost raportate 107 cazuri de urgențe medicale datorate consumului de stimulanți (consum singular sau în combinație). În categoria substanțelor stimulante au fost incluse cocaina, amfetamina, metamfetamina și ecstasy. În ansamblul cazuisticii de urgențe medicale datorate consumului de droguri ilicite înregistrate la nivel național în anul 2016, substanțele stimulante au fost menționate în 8,7% dintre cazuri (consum singular sau în combinație).

Deși se observă o extindere la nivel național a cazuisticii urgențelor medicale datorate consumului de stimulanți, aceasta rămâne totuși concentrată în 6 unități teritoriale (Cluj, Timiș, Mureș, Municipiul București, Iași și Constanța), unde se cumulează peste două treimi (66,8%) din numărul total de cazuri.

**Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de stimulanți (singular sau în combinație)**



La nivelul județului Alba, cazurile de urgență cauzate de consumul de stimulanți (singular sau în combinație) se situează la nivelul național 4 din 5 posibile cu valori între 1 și 4 cazuri.

Cea mai mare parte a cazurilor de urgență în care a fost raportat consumul de stimulanți (singular sau în combinație) a fost diagnosticată cu intoxicație – 58%. Acest diagnostic a fost urmat de utilizare nocivă – 14%, dependență – 13% și în același procent de 4,7% tulburări mentale și de comportament, sevraj și alte diagnostice. De asemenea 0,9% din cazuri au apelat la serviciile de urgență în vederea testării toxicologice.

Din totalul cazurilor de urgență înregistrate pentru consum de stimulanți, în 27,1% a fost raportat consum singular. În ceea ce privește consumul de droguri multiple, substanțele menționate ca fiind administrate în combinație cu stimulanții au fost canabisul, noile substanțe psihoactive, medicamentele, alcoolul, opiatele și halucinogenele.

În cele mai multe dintre cazurile de urgență, în care s-a raportat consum de stimulanți (singular sau mixt), administrarea s-a făcut oral, fumat/ inhalat sau intranasal/ prizat (26,2%).

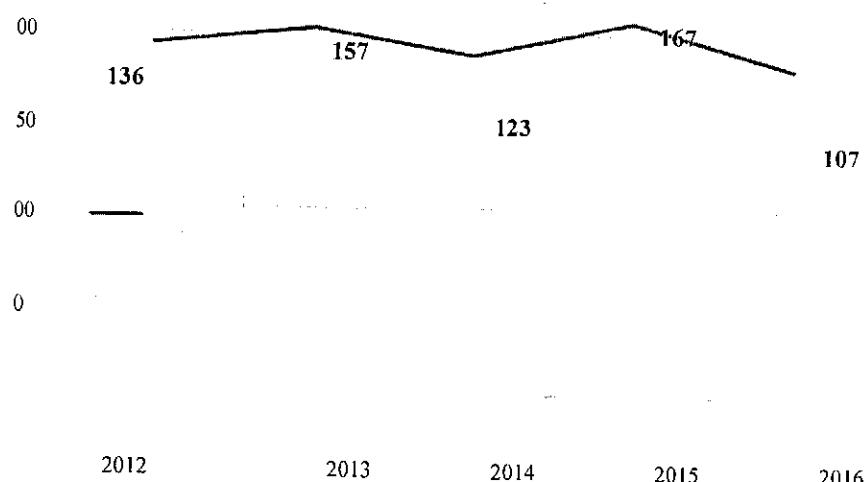
Ca și în cazul serviciilor de tratament, preponderent (81,3%), populația din serviciile de urgență face parte din categoria adulților tineri (15-34 ani).

În privința nivelului de instruire (număr de cazuri cu informații) pe care îl au persoanele consumatoare de stimulanți care au apelat la serviciile de urgență pentru probleme datorate acestui tip de consum, 81% dintre acestea au menționat un nivel secundar de educație (ISCED 2 și ISCED 3), în timp ce, 15% s-au declarat absolvenți ale unui nivel superior de educație (ISCED 5 – ISCED 7).

Lipsa ocupației a fost menționată de cele mai multe persoane (45%) care s-au prezentat în urgență pentru probleme datorate consumului de stimulanți (număr de cazuri cu informații), iar 19% dintre aceștia sunt elevi sau studenți.

Numărul cazurilor înregistrate în anul 2016 este cel mai mic din ultimii 5 ani.

**Tendințe înregistrate în cazuistica urgențelor medicale datorate consumului de stimulanți, 2012-2016**



Număr de cazuri de urgență ca urmare a consumului de stimulanți  
Sursa: ANA

### HEROINĂ ȘI ALTE OPIACEE

La nivelul populației generale se identifică o prevalență de-a lungul vieții a consumului de heroină de 0,3%. Prevalența atât în ultimul an, cât și în ultima lună, prezintă aceeași valoare, 0,1%.

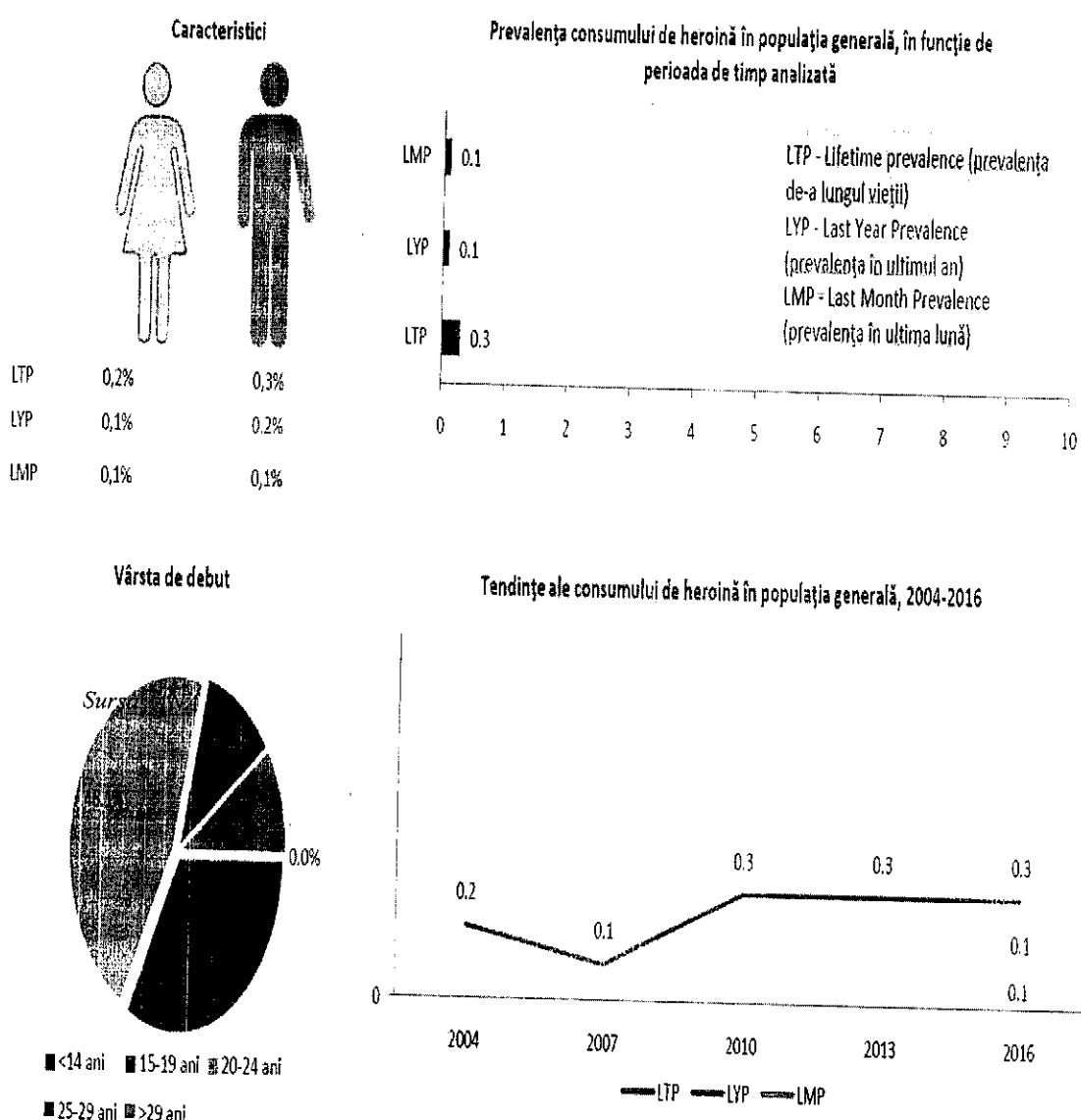
În cazul consumului de heroină, bărbații înregistrează o prevalență a consumului de-a lungul vieții de 0,3%, față de 0,2% în rândul femeilor. În cazul consumului recent, nu există o diferențiere a consumului de heroină între cele două sexe: 0,2% pentru bărbați, respectiv 0,1% pentru femei. Cât privește consumul actual de heroină, acesta înregistrează aceeași valoare – 0,1%, atât în rândul bărbaților, cât și în rândul femeilor.

Cea mai mică vârstă de debut declarată a fost 16 ani, iar media vîrstei de debut este de 22,3 ani. O treime dintre respondenți (33%) au început acest tip de consum la vîrste foarte fragede (sub 19 ani), în

temp ce, 46,1% dintre cei cuestionați au declarat debut în consumul de heroină la vîrste cuprinse între 20-24 ani.

În ceea ce privește tendințele înregistrate în perioada analizată, 2004-2016, se remarcă o stabilizare a consumului de heroină de-a lungul vieții la nivelul anului 2010, dar și apariția consumului recent și actual (la valori foarte mici).

**Grafic 2- 8: Caracteristici ale consumului de heroină în populația generală**



### ESTIMAREA CONSUMULUI DE OPIACEE

#### ESTIMAREA CONSUMULUI DE OPIACEE ÎN POPULAȚIA GENERALĂ

Pentru prima oară în acest an, s-a realizat o estimare națională a numărului de consumatori problematici de opioide. Astfel, în 2016, numărul estimat de consumatori problematici de opioide, la nivel național, este 20937 (95% CI: 16311 – 27368), rata fiind 1,4 (95% CI: 1,1 – 1,8) consumatori problematici de opioide la 1000 de locuitori din România, cu vîrstă cuprinsă între 15 și 64 ani. Estimarea s-a realizat prin metoda captură-recaptură utilizând 3 baze de date "caz cu caz" privind admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri (n=963 cazuri unice), urgențe datorate consumului de droguri (n=117 cazuri unice) și schimbul de seringi (n=2257 cazuri unice). Primele două sunt baze naționale de date, ultima acoperă doar zona Bucureștiului, unde sunt dezvoltate astfel de servicii. Majoritatea consumatorilor

problematici de opioide din cele trei baze analizate sunt bărbați (80,6%), tineri, cu vârstă cuprinsă în intervalul 25-34 ani (50,5%), heroina fiind drogul principal de consum (83,1%).

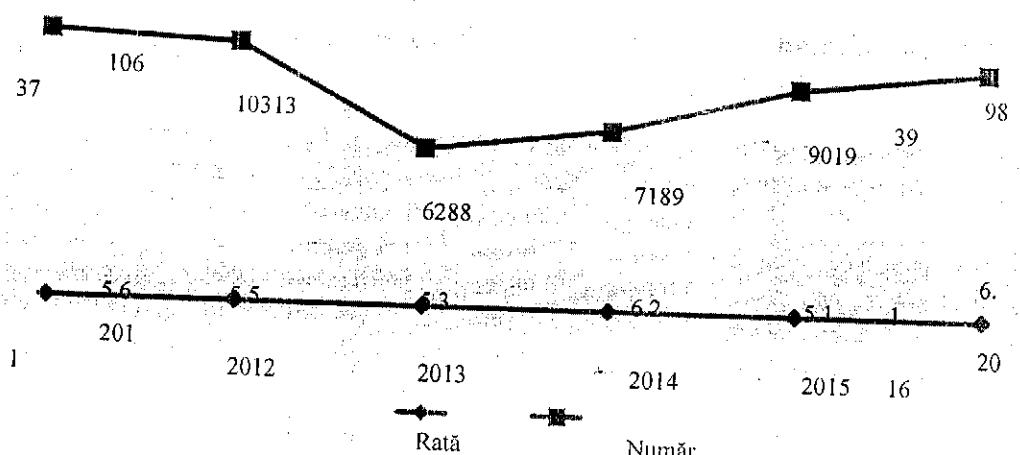
### **ESTIMAREA CONSUMULUI DE OPIACEE ÎN SUB-POPULAȚII**

Pentru realizarea estimării prevalenței consumului problematic de droguri în București, la nivelul anului 2016, s-a utilizat un multiplicator rezultat în urma aplicării „Anchetei comportamentale și serologice privind prevalența HIV și a hepatitelor B și C în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București - Behavioural Surveillance Survey 2015”.

Având în vedere influențele observate în cazul multiplicatorului rezultat din studiul BSS 2012, respectiv, supra-reprezentarea în eșantion a CDI înregistrați în servicii de tratament, procesul de recrutare a urmărit înrolarea, în studiu aplicat în anul 2015, preponderent, a subiecților din populația ascunsă (care nu au avut contact în ultimele 12 luni cu serviciile specializate de asistență pentru consumatorii de droguri). Multiplicatorul astfel rezultat a fost ajustat în baza celui determinat din analiza datelor privind înregistrarea CDI în serviciile de urgență, prin încrucișarea cazurilor identificate în ambele tipuri de servicii (urgență și servicii specializate de asistență pentru consumatorii de droguri).

Astfel, numărul estimat de consumatori injectabili de droguri din București în anul 2016, rezultat din analiza datelor, este 9839 (95% CI: 7296 – 15103), rata fiind 6,1 (95% CI: 4,6 – 9,4) consumatori de droguri injectabile la 1000 de locuitori din București.

**Estimarea ratei (număr/ 1000 persoane) și a numărului de consumatori injectabili de droguri în București, utilizând metoda multiplicatorilor, 2011 - 2016**



Sursa: ANA

Din cei 912 consumatori de droguri injectabile aflați în tratament (benchmark), 91,2% au menționat heroina ca și drog principal de consum, 1,8% metădonă și 0,1% alte opioide (restul reprezentând consumatori de substanțe noi cu proprietăți psihoactive, ketamină, benzodiazepine).

Raportul bărbați/ femei pentru consumatorii de droguri injectabili din București aflați în serviciile de tratament este de aproximativ 5:1, fiind constant în ultimii ani. Perioada medie de latență dintre vârstă de debut în consum și admiterea la tratament este de 9,4 ani, vârstă medie de debut în consum fiind 19,2 ani. Cohorta este una îmbătrânită, peste 2/3 dintre CDI din București având vârstă peste 30 ani.

### **INJECTAREA ȘI ALTE CĂI DE ADMINISTRARE A OPIACEELOR**

Din totalul celor admiși la tratament specializat pentru consum de droguri (3544 persoane) în anul 2016, 967 (27,3%) dintre consumatori își administrau injectabil drogul opiacée.

91,1% din totalul consumatorilor de opiacée își injectaseră droguri cândva în viață, reprezentând 24,7% din totalul celor admiși la tratament în anul de referință.

În ceea ce privește consumatorii curenti de opiacée injectabile (care au consumat în ultimele 30 de zile), aceștia (580 persoane) reprezentau 60,2% din totalul consumatorilor de opiacée și 16,4% din totalul

celor admisi la tratament. 63,8% dintre cazuri se regăsesc în rândul consumatorilor cu istoric de injectare de peste 10 ani, următi de cei cu istoric de injectare între 5-10 ani (16,6%).

În funcție de procentele înregistrate, se poate vorbi despre următorul profil al populației de consumatori curenți (în ultimele 30 de zile) de opioace administrate injectabil, admisi la tratament în anul 2016: bărbaț (82,8%), din grupa de vîrstă 25-34 de ani (57,8%), care a debutat în consum între 15-19 ani (44%), cu un consum zilnic de droguri injectabile anterior admiterii la tratament (80,9%), tratat ambulatoriu (60,9%), care locuiește cu familia de origine (51,2%) în București (87,8), cu studii gimnaziale (29,1%), admis anterior la tratament (59,3%), a utilizat în comun echipamente de injectare, dar nu în ultimele 12 luni (46,7%).

În ceea ce privește populația de consumatori de droguri injectabile înregistrați, în 2016, în programele de schimb de seringi (3679 persoane), 79% din totalul celor care au declarat drogul principal consumat sunt consumatori de opioace (fără a considera cazurile celor care au declarat consumul combinat al mai multor droguri), iar 78,3% au consumat doar heroină.

### **TRATAMENTUL PENTRU HEROINĂ ȘI ALTE OPIACEE**

Și în anul 2016, consumul de opioide ocupă locul al doilea, după cannabis, în ceea ce privește cererea de tratament ca urmare a consumului de droguri (27,2%). Din această clasă, heroina este substanța pentru care s-au înregistrat cele mai multe admiteri la tratament (26,1%). Populația consumatoare de opioide, în principal heroină, este reprezentată de persoane care au mai fost anterior în tratament (67,6%), procentul celor care au fost admisi pentru prima dată la tratament fiind de 32,4%. Raportul bărbații femeii consumatori de opioide înregistrat în sistemul de tratament este 4,7.

Deși ponderea (37%) populației adulte, în vîrstă de peste 35 ani care a fost admisă la tratament pentru consum de opioide, este mai mare față de cea înregistrată pentru consumul altor substanțe, aproximativ 2/3 (63%) dintre persoanele admise la tratament pentru consum de opioide fac parte din categoria adulților tineri (15-34 ani).

Adresabilitatea la serviciile de tratament pentru consum de heroină din proprie inițiativă sau la recomandarea familiei sau a prietenilor se realizează în aceeași măsură (aproximativ 60% dintre consumatorii de opioide), indiferent de tipul contactului cu serviciile de asistență. În schimb, sistemul de aplicare a legii a referit 22,8% dintre cazurile noi admise la tratament pentru consum de opioide și 11,1% din numărul total de cazuri admise la tratament pentru consum de opioide, medicii de medicină generală (medicii de familie) fiind cei care au "compensat" situația (11,4% din numărul total de cazuri fiind referiți către serviciile specializate la recomandarea lor și doar 1,6% pentru cazurile noi).

Din punct de vedere al situației locative, 80% dintre consumatorii de heroină din serviciile de tratament locuiește cu familia de origine sau cu partenerul și copiii într-o locuință stabilă, indiferent de tipul contactului cu sistemul de asistență.

Nivelul de educație absolvit de cei mai mulți (63%) dintre consumatorii de heroină din tratament I-a reprezentat învățământul liceal.

Conform datelor statistice, vîrsta medie de debut în consumul de opioide a fost 20 ani, iar vîrsta medie de intrare în tratamentul actual a fost 33 ani, cu o perioadă de latență de 9,4 ani.

Serviciile de tratament pentru consum de opioide, respectiv heroină sunt disponibile la nivel național, atât în comunitate, cât și în regim penitenciar. În funcție de tipul centrului, în majoritatea cazurilor (63,4%) s-a înregistrat admitere la un centru ambulatoriu, în 32,9% s-a înregistrat admitere în centru rezidențial (intra-spitalicesc), în regim penitenciar fiind înregistrate doar 3,7% din cazuri.

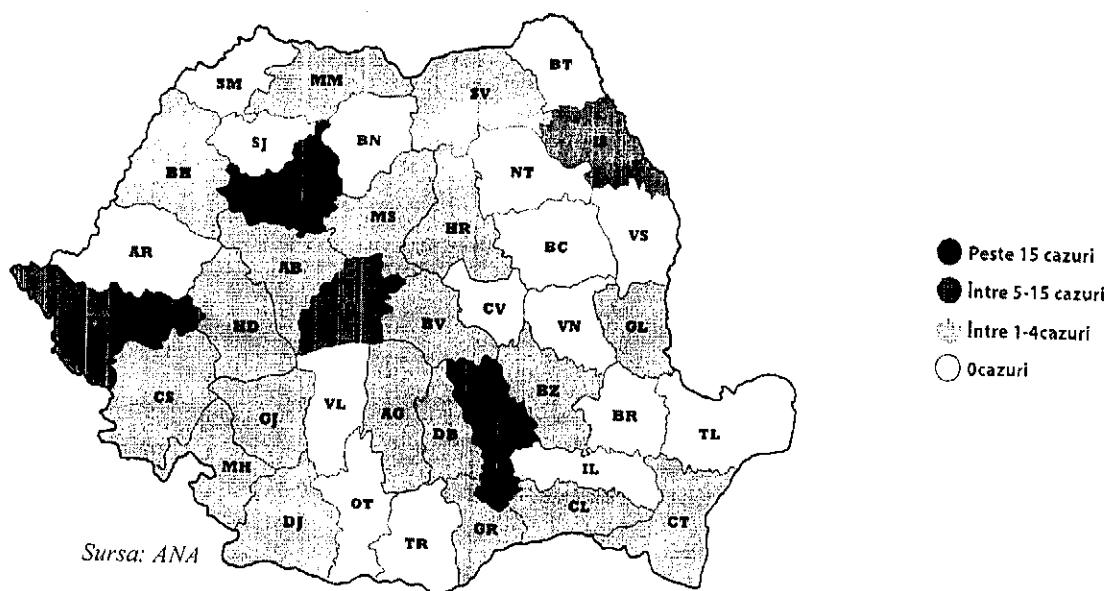
### **ALTE CONSECINȚE ALE CONSUMULUI DE OPIACEE URGENȚE MEDICALE DATORATE CONSUMULUI DE OPIACEE**

În 2016, au fost raportate 282 cazuri de urgențe medicale datorate consumului de opioide (consum singular sau în combinație).

În privința repartiției teritoriale a cazuisticii urgențelor medicale datorate consumului de opioide, se observă în continuare concentrarea sa în capitală (62,8%). Cu toate acestea, apare o extindere a sa și în

alte două județe mari ale României – Cluj și Prahova, cele două unități teritoriale, cumulând 17,7% din toată cazuistica.

#### **Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de opioacee (singular sau în combinație)**

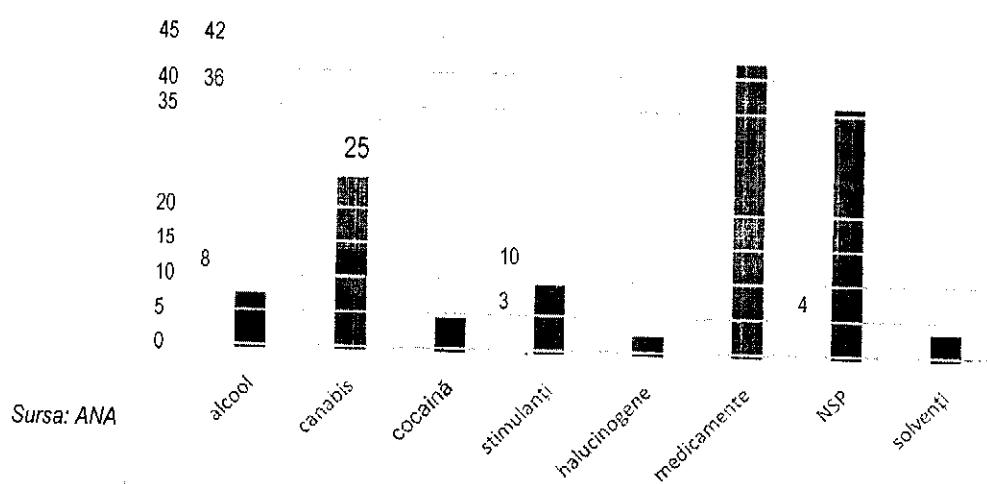


**Privind cazurile de urgență cauzate de consumul de opioacee (singular sau în combinație), județul Alba se situează la nivelul național 3 din 4 cu valori între 1 și 4 cazuri.**

Cea mai mare parte a cazurilor de urgență în care a fost raportat consumul de opioide (singular sau în combinație) a fost diagnosticată cu dependență – 61,3%. Acest diagnostic a fost urmat de intoxicație – 31,6%, sevraj – 3,5%, într-o proporție similară de 1,1%, utilizare nocivă, tulburări mentale și de comportament și supradoză, iar în 0,4% din cazuri au fost menționate alte diagnostice.

Din totalul cazurilor de urgență datorate consumului de opioide, în 55% a fost raportat consum singular. În ceea ce privește consumul de droguri multiple opioidele au fost raportate în combinație cu consumul de medicamente, NSP, canabis.

**Distribuția cazurilor de urgență datorate consumului de opioacee, în funcție de drogul utilizat în combinație cu acestea**



În majoritatea cazurilor de urgență datorate consumului de opioide, administrarea s-a făcut injectabil (71%).

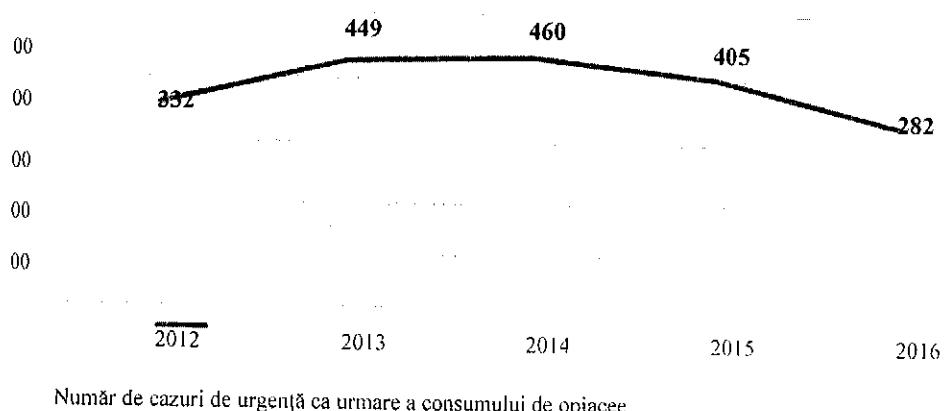
Spre deosebire de situațiile prezentate anterior, raportul dintre adulții tineri (15-64 ani) consumatori de opioide din urgență și adulți (35-64 ani) este de 1,5. În 17,4% dintre cazurile analizate, persoanele aveau vârsta sub 25 ani, în 43,3% aveau vârsta între 25 și 34 ani, în 38,3% dintre cazuri a fost vorba de persoane cu vârsta cuprinsă în intervalul 35-64 ani, în timp ce, în 1% cazuri persoanele aveau vârsta peste 64 ani.

În privința nivelului de instruire pe care îl au persoanele consumatoare de opioide care au apelat la serviciile de urgență pentru probleme datorate acestui tip de consum, (număr de cazuri cu informații) majoritatea (73%) au absolvit cel mult un nivel secundar de educație (ISCED 2 și ISCED 3).

Ca și caracteristici ale statusului ocupațional al persoanelor care s-au prezentat la serviciile de urgență pentru probleme datorate consumului de opioide (număr de cazuri cu informații), aproximativ jumătate (56%) au declarat că sunt fără ocupație.

Ca și la stimulanți, numărul cazurilor înregistrate în anul 2016 este cel mai mic din ultimii 5 ani. Comparativ cu anul anterior, se observă o scădere cu 30,4% a acestei problematici. și în ansamblul cazuistică de urgențe medicale datorate consumului de droguri ilicite înregistrate la nivel național în anul 2016, opiaceele au scăzut ca pondere, de la 11% în 2015 la 9,2% în 2016.

#### **Tendințe înregistrate în cazuistica urgențelor medicale datorate consumului de opiacee, 2012-2016**



*Sursa: ANA*

### **NOILE SUBSTANȚE PSIHOACTIVE PREVALENȚĂ ȘI TENDINȚE ÎNREGISTRATE ÎN CONSUMUL DE NSP**

Conform rezultatelor GPS 2016, după cannabis, pe poziția a doua în „topul” celor mai consumate droguri în România, se situează noile substanțe psihoactive. Astfel, 2,5% din populația generală cu vârstă cuprinsă între 15 și 64 ani inclusiv în eșantion a experimentat consumul de NSP, 0,9% dintre persoanele interviewate au declarat consum de NSP în ultimul an, în timp ce, doar 0,3% au menționat că au consumat și în ultima lună.

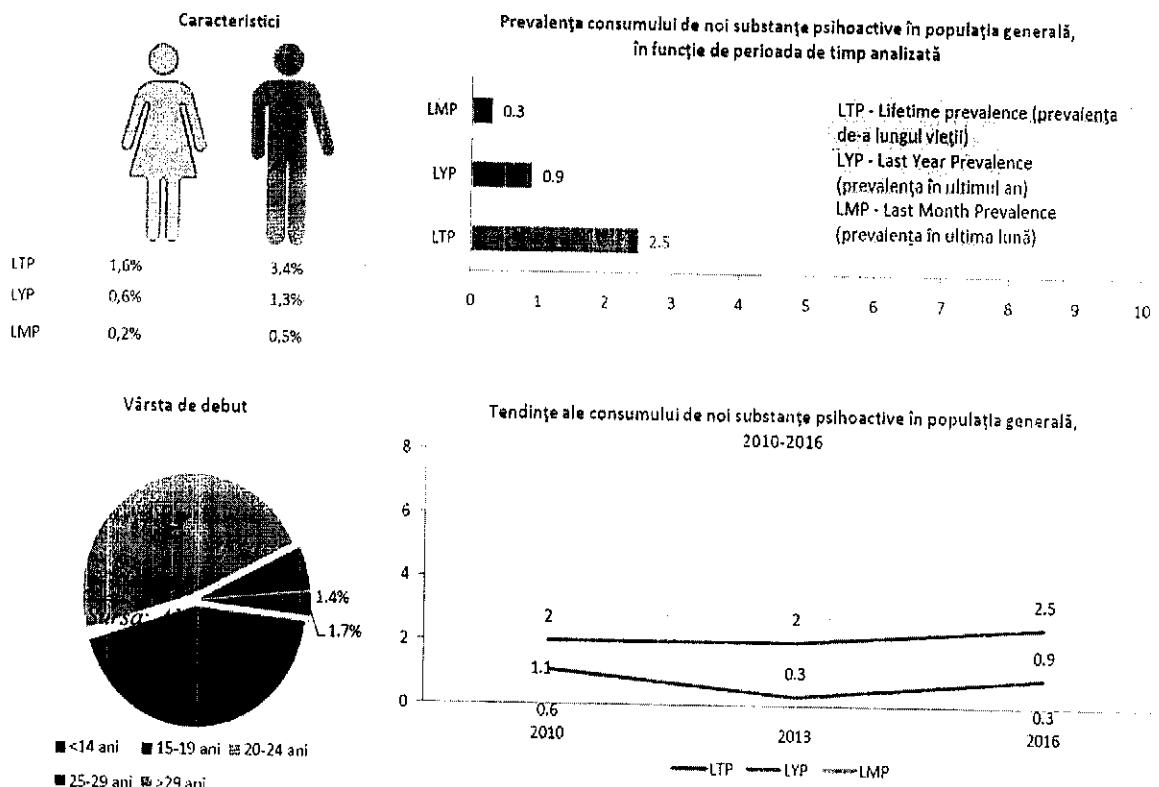
Indiferent de perioada analizată, populația de sex masculin consumatoare de NPS reprezintă dublul populației feminine care prezintă același comportament (3,4% față de 1,6%, 1,3% față de 0,6%, respectiv 0,5% față de 0,2%).

Este experimentat cu precădere de populația Tânără, aproape toți consumatorii (91%) debutând în interval vârstă de 15-24 ani.

Pe categorii de vârstă, cele mai mari prevalențe ale consumului de NPS se înregistrează în rândul populației tinere: 15-24 ani - 5% consum experimental, 2,1% consum actual și, respectiv 0,6% consum recent - și 25-34 ani - 3,7% consum experimental, 1,4% consum recent și, respectiv 0,6% consum actual.

Noile substanțe psihoactive experimentate de participanții la studiu: substanțele sintetice (1,3%), ierburi (0,7%), piperazine (0,4%), GLB (0,4%), spice (0,3%), ketamină (0,3%), Nexus (0,2%), mefedrona (0,2%).

## Caracteristici ale consumului de noi substanțe psihoactive în populația generală



Cele mai ridicate prevalențe ale consumului pentru acest tip de drog se observă în rândul respondenților care au studii universitare și postuniversitare, 3,7% au consumat cel puțin o dată în viață, 1,4% au consumat în ultimul an și 0,4% au consumat în ultima lună. Rezultatele sunt explicabile prin prisma identificării unor prevalențe similare a acestui tip de consum în rândul categoriei de vîrstă 25-34 ani.

În privința statusului economic al persoanelor consumatoare de NSP, se constată un model de consum similar în rândul categoriilor "active" sau "inactive economic", indiferent dacă este vorba de consum experimental (2,5%; 2,6%), recent (0,9%; 0,8%) sau actual (0,3%; 0,3%).

În funcție de mediul de rezidență, ca și în cazul celorlalte tipuri de droguri ilicite, se constată un consum predominant de NSP în mediul urban, indiferent de perioada de timp considerată ca și perioadă de referință, 3,2% dintre respondenți care locuiesc în mediul urban au declarat consum experimental de NPS, față de 1,1% dintre cei care își au rezidență în mediul rural, 1,2% dintre cei din mediul urban au declarat consum de NSP în ultimul an, față de 0,3%, în mediul rural, în timp ce, consumul actual înregistrat în mediul urban este de 0,5%, față de 0,1% în mediul rural.

Ca și în cazul canabisului, în toate regiunile țării, se înregistrează consum experimental de NPS, de la 0,7% în Regiunea Nord-Vest la 4,9% în București-IIfov. De asemenea, consumul recent este răspândit la nivel național, fiind observat în 7 din cele 8 regiuni de dezvoltare economică ale României (excepție în Regiunea Sud-Est), de la 0,1% în Regiunea Nord-Est, la 2,3% în București-IIfov. În schimb, doar populația din 4 regiuni a consumat și în ultima lună, ceea ce mai mare prevalență fiind declarată de locuitorii din București-IIfov (1%).

Cea mai mică vîrstă de debut, declarată de către cei care au experimentat consumul de NSP, a fost 12 ani.

## TRATAMENT PENTRU CONSUMUL DE NSP

Similar anului anterior, consumul de NSP se poziționează pe locul al treilea în ceea ce privește cererea de tratament ca urmare a consumului de droguri pentru toate cazurile în care s-a solicitat asistență (19,6%) și pe locul al doilea în ceea ce privește cazurile noi (persoane care nu au mai fost înscrise în servicii de tratament pentru consum de droguri, 17,9%). 91,1% dintre persoanele au declarat substanțele noi psihooactive ca fiind drogul principal de consum, admise în programele de tratament în 2016, sunt de sex masculin, iar 8,9% sunt de sex feminin.

De asemenea, comparativ cu canabisul, majoritatea cazurilor admise la de tratament pentru consum de NSP au fost referite în anul 2016 prin intermediul altor servicii de sănătate, medicale sau sociale (peste 47,8% din totalul surselor de referință), în timp ce, doar 28% s-au adresat serviciilor de asistență din proprie inițiativă sau la recomandarea familiei sau a prietenilor.

Indiferent de tipul contactului cu serviciile de tratament (dacă au mai fost sau nu în tratament pentru consum de droguri), consumatorii de NSP care au solicitat servicii de asistență fac parte din populația tânără, cele mai multe persoane (63,9%) având vârstă cuprinsă în intervalul 15 - 24 ani. În ceea ce privește vârsta medie la debutul în consum a celor două tipuri de droguri, 18,5 ani reprezintă vârsta medie de debut în consumul de NSP, comparativ cu 20,5 ani – vârsta medie de debut în cazul consumului de canabis.

Majoritatea (71,3%) consumatorilor de NSP care au fost admiși la tratament în anul 2016 au absolvit studii de învățământ secundar. Este important de menționat faptul că, din totalul de 93 de persoane fără studii, admise la tratament în anul 2016, aproape un sfert (23,7%) dintre acestea au declarat noile substanțe psihooactive ca fiind drogul principal de consum.

Serviciile de tratament pentru consumul de noi substanțe psihooactive sunt disponibile la nivel național atât în comunitate, cât și în regim penitenciar. În funcție de tipul centrului, s-a înregistrat în anul 2016 următoarea distribuție a cazurilor admise la tratament pentru consum de NSP: 42,4% dintre persoanele admise la tratament pentru consum de droguri în centre de tip rezidențial (internare) au declarat noile substanțe psihooactive ca și drog principal de consum, 8,4% din cazurile înregistrate în regim ambulatoriu au fost pentru consum de NSP, iar în ceea ce privește serviciile de tratament în regim penitenciar, 5,1% dintre cazurile înregistrate au fost pentru consum de NSP.

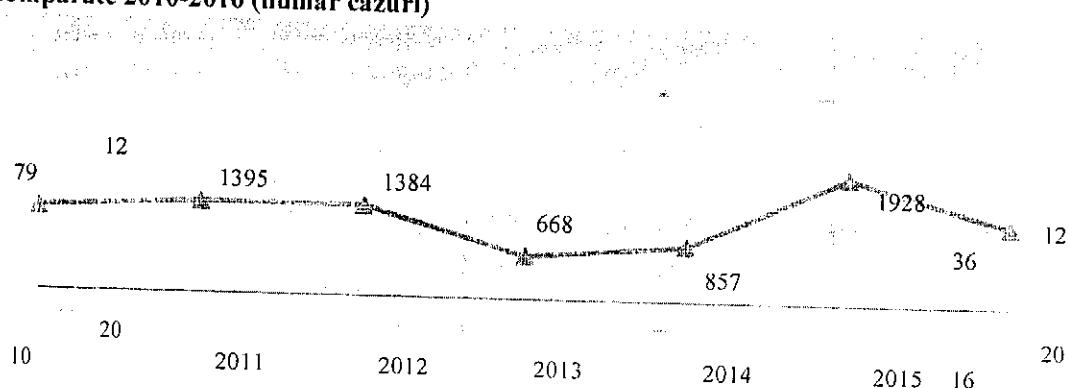
## CONSECINȚE ALE CONSUMULUI DE NSP

### URGENȚE MEDICALE DATORATE CONSUMULUI DE NSP

În 2016, au fost raportate 1236 cazuri de urgențe medicale datorate consumului de NSP (consum singular sau în combinație), ceea ce înseamnă o scădere cu 35,9% față de anul anterior, când au fost înregistrate 1928 astfel de cazuri.

Noile substanțe psihooactive, prin consecințele asupra sănătății, pe care le provoacă consumul lor exclusiv sau în combinație cu alte substanțe psihooactive, continuă să ocupe locul central în problematica urgențelor medicale cauzate de consumul de droguri ilicite înregistrate la nivel național în anul 2016, fiind menționate în 40,4% dintre cazuri.

**Evoluția urgențelor medicale datorate consumului de NSP (singular sau în combinație), date comparate 2010-2016 (număr cazuri)**



Sursa: ANA

La nivel teritorial, cazuistica urgențelor medicale datorate consumului de cannabis rămâne concentrată în 7 unități teritoriale (Botoșani, Brăila, Municipiul București, Cluj, Galați, Iași, Timiș), unde se înregistrează 62% din toată cazuistica.

**Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de NSP (singular sau în combinație)**



Sursa: ANA

**Privind cazurile de urgență cauzate de consumul de NSP (singular sau în combinație), județul Alba se situează la nivelul 3 național din 5 posibile cu valori între 10 și 24 cazuri.**

Cea mai mare parte a cazurilor de urgență în care a fost raportat consumul de NSP (singular sau în combinație) a fost diagnosticată cu intoxicație – 87,5%. Acest diagnostic a fost urmat de dependență – 4,7%, utilizare nocivă – 3%, tulburări mentale și de comportament – 2,8%, sevraj – 1,9%, alte diagnostice – 0,1%.

În 8 din 10 cazuri a fost menționat consum singular de NSP. În ceea ce privește consumul de droguri multiple NSP a fost raportat în combinației cu consumul de cannabis, alcool, opioacee și medicamente.

Peste 90% din persoanele care au ajuns în secțiile de urgență pentru consum de NPS erau tineri sub 34 ani.

În corelație cu vîrstă persoanelor consumatoare de NSP care au apelat la serviciile de urgență pentru probleme datorate acestui tip de consum, 83% dintre pacienți (număr de cazuri cu informații) au declarat că au absolvit cel mult nivelul secundar de educație (ISCED 2 și ISCED 3).

## DROGURI LICITE TUTUN

Fumatul țigarelor cu tutun înregistrează cel de-al doilea nivel al prevalenței consumului de droguri în populația României. Astfel, un procent de 62,1% dintre cei intervievați au fumat cel puțin o dată de-a lungul vieții, 39,7% dintre aceștia declarând că fumează zilnic.

Între cele două sexe, există diferențe semnificative în ceea ce privește comportamentul față de consumul experimental de tutun: 70,9% prevalența consumului în rândul populației masculine, față de 53,4% în rândul celei feminine.

Cea mai mică vîrstă de debut declarată a fost 7 ani, iar media vîrstei de debut este de 17,99 ani. Analiza vîrstei medii de debut în consumul produselor din tutun indică faptul că peste jumătate (54,9%) dintre respondenți au declarat că au fumat pentru prima dată în intervalul 15-19 ani. De asemenea, s-a înregistrat un procent îngrijorător în ceea ce privește apariția acestui comportament înaintea împlinirii vîrstei de 14 ani (16,4%).

În ceea ce privește fumatul, exceptând consumul experimental, care se stabilizează, consumul recent și cel actual înregistrează cele mai ridicate valori din ultimii 12 ani de când este aplicat acest studiu.

## ALCOOL

Prevalențele consumului de alcool indică în anul 2016 o ușoară creștere a acestora față de cele înregistrate în studiile anilor anteriori (2013). O creștere mai importantă se observă în cazul consumului recent de alcool, care înregistrează o prevalență de 74,9%, față de 65%, în studiile anilor anteriori. Prevalența de-a lungul vieții a consumului de alcool atinge valoarea de 86,1%, în timp ce, prevalența în ultima lună este de 58,3%.

Pentru debutul în consumul de alcool, se înregistrează o vârstă medie de aproape 18 ani. În schimb, 75% dintre respondenți care au raportat debutul în consumul de alcool, au inițiat acest tip de consum la vârste mai mici de 20 ani, iar 19,7% la vârste între 20-24 ani. Cea mai mică vârstă de debut conștient este 12 ani, în timp ce, cea mai mare este 38 ani.

În general, valorile înregistrate în cazul consumului de substanțe licite, precum alcoolul și tutunul, cresc și tind să egaleze sau chiar să depășească valorile înregistrate la începutul perioadei de monitorizare (2004).

### **MEDICAMENTE FĂRĂ PRESCRIPTIE MEDICALĂ**

La nivelul populației generale se identifică o prevalență de-a lungul vieții a consumului de tranchilizante, sedative și antidepresive de 3,9%. Prevalența în ultimul an a consumului de medicamente fără prescripție medicală este de 1,9%, în timp ce, pentru consumul din ultima lună se observă o prevalență de 1,2%.

Între cele două sexe, există diferențe semnificative în ceea ce privește comportamentul față de consumul experimental de medicamente fără prescripție medicală: 2,9% prevalență consumului în rândul populației masculine, față de 5% în rândul celei feminine.

Cea mai mică vârstă de debut declarată a fost 12 ani, iar media vârstei de debut este de 31,1 ani. Cei mai mulți dintre respondenți au declarat debut în consumul de medicamente fără prescripție medicală la vârsta de peste 29 ani (52,9%), în timp ce, 15,6% dintre cei chestionați au început acest tip de consum la vârste foarte fragede (sub 19 ani).

După ce în 2013, consumul de medicamente fără prescripție medicală a cunoscut scăderi ale prevalențelor, indiferent de perioada de referință considerată în analiză (de-a lungul vieții, ultimul an sau ultima lună), în anul 2016 toate cele trei tipuri de consum înregistrează creșteri, cea mai mare fiind în cazul consumului actual, care este de 3 ori mai mare, comparativ cu valoarea înregistrată la studiile anilor anteriori.

### **CONCLUZII PRIVIND CONSUMUL DE DROGURI**

În ceea ce privește fumatul, exceptând consumul experimental, care se stabilizează la pragul de 62%, consumul recent și cel actual înregistrează cele mai ridicate valori din ultimii 12 ani de când este aplicat acest studiu, 40% din populația generală cu vârstă cuprinsă între 15 și 64 ani menționând că au fumat în ultimul an și în ultimele 30 zile. După ce în 2013, consumul de medicamente fără prescripție medicală a cunoscut scăderi ale prevalențelor, indiferent de perioada de referință considerată în analiză (de-a lungul vieții, ultimul an sau ultima lună), în anul 2016 toate cele trei tipuri de consum înregistrează creșteri, cea mai mare fiind în cazul consumului actual, care este de 3 ori mai mare, comparativ cu valoarea înregistrată la studiile anilor anteriori.

Comparând rezultatele ultimelor două studii privind prevalența consumului de droguri în România (2013 și 2016), se observă o creștere a consumului experimental de droguri ilicite, de la 6,6% la 7,6%, dar și a consumului recent și a celui actual: de la

2,5% la 4,1%, respectiv de la 1,1%, la 1,7%. Diferențele de tendință, înregistrate în ceea ce privește consumul oricărui tip de drog, respectiv creștere a consumului experimental, a consumului recent și a celui actual, pot fi explicate prin revigorarea interesului pentru noile substanțe psihooactive, dar și prin evoluția consumului de canabis, care, deși înregistrează cele mai mici valori din Europa, își continuă tendința ascendentă.

Canabisul continuă să fie cel mai consumat drog în România, atât în populația generală, cât și în cea școlară. De asemenea, odată cu intrarea în vigoare a Noului Cod Penal (februarie 2014) și

implementarea măsurilor privind tratamentul ca alternativă la închisoare, a devenit și drogul principal pentru care se solicită cu preponderență asistență în sistemul de tratament ambulatoriu.

România continuă să se numere printre țările europene cu cel mai scăzut consum de droguri, fiind pentru majoritatea drogurilor sub media europeană a consumului.

După o perioadă de declin, sunt semne ale creșterii consumului de noi substanțe psihooactive în rândul populației generale, în special al tinerilor. Totuși, problemele relateionate cu acestea sunt în declin, numărul cazurilor admiterilor la tratament sau a urgențelor datorate consumului de NSP fiind în scădere față de anul anterior.

## 2. TRATAMENTUL SI ASISTENȚA CONSUMATORILOR DE DROGURI

### ASPECTE GENERALE

Strategia Națională Antidrog în vigoare este aplicabilă din 2013 până în 2020 și se implementează prin două planuri de acțiune, fiecare dintre acestea având durată de câte 4 ani: 2013-2016 și 2017-2020.

La nivel național, există două rețele de tratament care asigură (în comunitate) asistență persoanelor consumatoare de droguri:

rețeaua de tratament de tip ambulatoriu, formată din Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog (structuri subordonate Agenției Naționale Antidrog), Centrele de Asistență Integrată a Adicțiilor (centre de tratament private sau dezvoltate de ONG) și Centrele de Sănătate Mintală (unități de tratament dezvoltate de Ministerul Sănătății),

rețeaua de tratament în regim rezidențial, formată din unitățile medicale ale Ministerului Sănătății și comunitățile terapeutice dezvoltate de ONG.

De asemenea, la nivelul sistemului penitenciar, au fost dezvoltate servicii de asistență, acordate de specialiștii Administrației Naționale a Penitenciarelor, dar și de personalul de specialitate al Centrelor de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, în cadrul celor 35 unități penitenciar, 4 centre de reeducare, 3 comunități terapeutice și 6 spitale-penitenciar.

În 2016, 3544 persoane au beneficiat de asistență integrată pentru consumul de droguri, ceea ce înseamnă o creștere cu 9,4% față de anul anterior.

Majoritatea admiterilor au vizat acordarea de tratament specific pentru consumul de cannabis (48,5%), numărul solicitărilor pentru acest tip de drog crescând cu 35,1%, față de anul anterior. Este al treilea an consecutiv în care sunt vizibile efectele produse de intrarea în vigoare a prevederilor Noului Cod de Procedură Penală, potrivit cărora, în timpul urmăririi penale, persoanele consumatoare de droguri, care au săvârșit infracțiuni la regimul juridic al drogurilor, sunt evaluate, la cererea procurorului, în scopul includerii lor în circuitul integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri. Deoarece, cele mai multe dintre aceste persoane se declară consumatoare de cannabis, această modificare legislativă a generat restructurarea tabloului drogurilor pentru care se solicită asistență specializată în România, scoțând la „suprafață” acest tip de consumatori.

În ceea ce privește cererea de tratament pentru consumul de opioide, se constată o tendință descendentală (scădere cu 9,1%), după ce anterior se înregistrase o scădere cu 3,4%. Solicitările pentru acest tip de consum rămân în continuare la un nivel ridicat, acestea reprezentând aproximativ un sfert (27,2%) din numărul total al celor admisi la tratament pentru consum de droguri în 2016.

În schimb, numărul solicitărilor de tratament pentru probleme cauzate de consumul noilor substanțe psihooactive se stabilizează (scădere cu 4%, de la 722 cazuri, la 697 cazuri), iar ponderea acestora ajunge la 19,6% din totalul admiterilor.

În 2016, se atinge un maximum în ceea ce privește cererea de tratament pentru dependență de droguri, numărul beneficiarilor ajungând la 3544 (fiind de 2,6 ori mai mare decât minimumul înregistrat în 2006 - 1350 beneficiari).

Comparativ cu perioada 2006-2013, când pentru dependență de heroină se înregistra atât cea mai mare pondere în totalul admiterilor la tratament, cât și cel mai mare număr de admiteri, în 2016, pe fondul tendinței ascendente a cererii de tratament pentru consumul de canabis, semnalată începând cu anul 2014, se observă o distribuție similară anului anterior în ceea ce privește nevoia de tratament, între cele trei tipuri de droguri care domină tabloul asistenței pentru dependență de droguri din România: canabis, opioide și noi substanțe psihooactive.

Constranțelor anterioare, când se observase o distribuție relativ echilibrată între aceste trei tipuri de droguri, în 2016, cererea de tratament pentru consumul de canabis ajunge să se impună, ponderea sa în totalul solicitărilor fiind de 48,5%, iar numărul de solicitări (1719 beneficiari) depășind un maximum istoric înregistrat în România pentru numărul de admiteri la tratament înregistrate într-un an calendaristic pentru un tip de drog (maximumul istoric al admiterilor la tratament data din 2008, când au fost înregistrate 1457 persoane care au beneficiat de tratament specific pentru dependență de heroină).

Pe poziția secundă, se plasează cererea de tratament pentru consumul de opioide cu 27,2% (956 beneficiari), iar pe locul al treilea, cea pentru dependență de noile substanțe psihooactive (19,6% - 693 beneficiari).

În mod similar cu anii anteriori, pentru celelalte tipuri de droguri, cererea de tratament rămâne mult redusă: benzodiazepine – 1,3%, inhalanți/ substanțe volatile – 1,1%, cocaină – 1%, MDMA/ ecstasy – 0,6%, amfetamine – 0,4%, metamfetamine – 0,2%.

Tendențele înregistrate în evoluția admiterilor la tratament pentru dependență de droguri au fost influențate de efectele determinante de punerea în aplicare a modificărilor legislative (cel mai mare impact al acestora fiind observat asupra admiterilor la tratament ca urmare a consumului de canabis), disponibilitatea locurilor la tratament (OST), precum și de menținerea interesului pentru consumul de noi substanțe psihooactive.

Cunoașterea numărului și a caracteristicilor persoanelor care au beneficiat de tratament pentru dependență de droguri furnizează informații deosebit de utile despre situația și tendințele consumului de droguri și oferă modele de predicție, necesare atât în planificarea serviciilor de asistență, cât și în elaborarea măsurilor de intervenție. În acest scop, la nivel european a fost dezvoltat indicatorul „Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri”, care asigură culegerea datelor relevante referitoare la beneficiarii sistemului de asistență integrată specifică dependenței de droguri.

Potrivit atribuțiilor sale, Agenția Națională Antidrog asigură monitorizarea acestui instrument de colectare, prin punerea în aplicare a Protocolului 3.0 privind colectarea și transmiterea datelor referitoare la admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri, elaborat de OEDT. Colectarea datelor se face standardizat, prin intermediul unei fișe de date. La analiza cazurilor înregistrate într-un an calendaristic, se reține pentru fiecare caz unic, primul episod de tratament din anul de referință.

## SISTEMUL DE TRATAMENT AMBULATORIU – PRINCIPALII FURNIZORI DE SERVICII ȘI CARACTERISTICILE BENEFICIARILOR

### ORGANIZAREA SISTEMULUI AMBULATORIU DE ASISTENȚĂ INTEGRATĂ

Din rețeaua de tratament ambulatoriu pentru dependență de droguri fac parte Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog (structuri subordonate Agenției Naționale Antidrog), Centrele de Asistență Integrată a Adicțiilor (centre de tratament private sau dezvoltate de ONG) și Centrele de Sănătate Mintală (structuri dezvoltate de Ministerul Sănătății).

Dintre acestea, doar centrele Agenției Naționale Antidrog asigură acoperire națională, fiind dezvoltate în cele 41 reședințe de județ și în cele șase sectoare ale municipiului București.

Centrele Agenției Naționale Antidrog și cele dezvoltate de Ministerul Sănătății oferă servicii gratuite pentru persoanele consumatoare de droguri.

În anul 2016, 2319 persoane au fost tratate pentru dependență de droguri în centre de tratament ambulatoriu, comparativ cu 2015, observându-se o creștere cu 8,4% pentru acest tip de servicii. Similar anilor anterioari, și în anul 2016, proporția celor care au apelat la asistență specializată pentru dependență de droguri în regim ambulatoriu se menține la același nivel, respectiv de 65,4% (față de 65,3% în anul

anterior). Din aceștia, 1811 beneficiari au solicitat pentru prima dată asistență pentru probleme datorate consumului de droguri, aceștia reprezentând 78,1% din numărul total al celor admisi la tratament în regim ambulatoriu în 2016.

Raportate la vîrstă și sex, caracteristicile beneficiarilor din sistemul de tratament ambulatoriu, se prezintă astfel:

- 90,4% (2097 persoane) din beneficiarii înregistrați la centrele de tratament ambulatoriu sunt de sex masculin. Vîrsta medie a celor care au apelat la serviciile de asistență în regim ambulatoriu este de 27,1 ani, aceasta fiind identică pentru cele două categorii de sex;
- majoritatea (85,7% - 1987 beneficiari) sunt persoane cu vîrstă sub 34 ani, 14,1% (326 beneficiari) sunt persoane cu vîrstă între 35 și 54 ani, iar restul (0,3% - 6 beneficiari) sunt persoane de peste 54 ani;
- în cazul bărbaților, categoria de vîrstă care înregistrează ponderea cea mai mare a cazurilor este grupa 20-29 ani (58,3%), în timp ce, în cazul femeilor, ponderea cea mai mare a cazurilor este deținută de categoria de vîrstă 25-34 ani (49,1%);
- pentru beneficiarii centrelor de tratament ambulatoriu, vîrsta medie de debut în consumul de droguri a fost de 20,7 ani, în timp ce, vîrsta medie la prima internare a fost de 25,8 ani.

#### **DROGUL PRINCIPAL DE CONSUM ȘI CALEA DE ADMINISTRARE**

Drogul principal pentru care s-a solicitat cu preponderență asistență în anul 2016 în sistemul de tratament ambulatoriu este canabisul – 62,8% (n=1456), acesta fiind urmat de heroină, pentru care au fost înregistrați 26% dintre beneficiari (n=603). Comparativ cu anul anterior, crește ponderea, dar și numărul celor s-au adresat centrelor de tratament ambulatoriu pentru a beneficia de asistență integrată pentru probleme datorate consumului de canabis (în 2015 – 50,1% pondere și 1059 beneficiari) și scade atât ponderea, cât și numărul celor care au declarat ca drog principal de consum heroina (în 2015: 33,9% pondere și 718 beneficiari). În schimb, se observă o scădere a ponderii, dar și a numărului celor care au fost admisi la tratament ca urmare a problemelor de sănătate cauzate de consumul de noi substanțe psihooactive – 8,4% și 194 beneficiari (față de 12,9% și 272 beneficiari). Alte droguri pentru care s-a solicitat asistență în 2016, în regim ambulatoriu, au fost: cocaină – 0,9%, MDMA/ ecstasy – 0,8%, solvenți, metadonă, amfetamine – câte 0,3%, benzodiazepine – 0,1%. ketamină, LSD și alte opioide – câte 0,04%.

În funcție de drogul principal de consum, se observă diferențe între cele două categorii de sexe. Astfel, dacă 65,4% dintre bărbații tratați în centrele de tratament ambulatoriu au apelat la tratament de specialitate pentru probleme cauzate de consumul de canabis, iar 23,6% dintre ei au beneficiat de asistență integrată pentru consumul de heroină, în rândul femeilor, această repartiție este mai echilibrată, dar și în favoarea cererilor de tratament pentru dependență de heroină: 49,1% dintre femeile care s-au adresat centrelor de tratament ambulatoriu au solicitat tratament pentru consumul de heroină, iar 38,3% pentru consumul de canabis.

În ceea ce privește tipul contactului, ca și în anul anterior, se observă diferențe statistice semnificative între beneficiarii care au declarat că au mai fost tratați anterior pentru probleme de sănătate datorate consumului de droguri și cei care nu au mai beneficiat de un astfel de tratament. Astfel, în rândul celor admisi pentru prima dată la un tratament specializat pentru consumul de droguri, predomină persoanele care au declarat că și drog principal de consum canabisul - 77,1% (față de 65,3%, în 2015), în timp ce, în rândul celor care au beneficiat anterior de astfel de tratamente, doar 11,6% (față de 7,1% în 2015) au declarat consumul de canabis. În schimb, doar 10,3% dintre cazurile nou admise la tratament, au declarat consumul de heroină, în timp ce, în rândul celor care au mai fost admisi la un astfel de tratament, predomină persoanele care au acuzat probleme de sănătate datorate consumului de heroină – 82,1% din totalul celor care au mai fost în tratament pentru consum de droguri.

În corelație directă cu drogul principal de consum pentru care s-a solicitat asistență în sistemul ambulatoriu, pentru majoritatea beneficiarilor sistemului ambulatoriu, calea cea mai frecventă de administrare a drogului este fumatul (72%), această modalitate de administrare a drogului fiind declarată de consumatorii de cannabis, dar și de o parte a celor care au declarat ca drog principal de consum noile substanțe psihoactive (89,1% din totalul celor care au fost admisi la tratament pentru probleme cauzate de consumul acestor substanțe și-au administrat drogul prin fumat sau inhalat, n=171 persoane). Concomitent cu scăderea numărului beneficiarilor care au declarat ca drog principal de consum heroină, scade ponderea celor care își administrează în mod frecvent drogul prin injectare – de la 44,3% în 2014, la 30,7% în 2015, la 24,7% în 2016, această cale de administrare fiind folosită în special de consumatorii de heroină (98,5% din totalul celor care au declarat consum injectabil au fost admisi la tratament pentru consum de heroină, n=564 persoane).

În ceea ce privește frecvența utilizării drogului principal, consumul zilnic a fost declarat de aproximativ 16,3% dintre beneficiarii tratați ambulatoriu în 2015 (față de 20,1%, în 2014), în timp ce, 65,5% dintre beneficiarii tratați în regim ambulatoriu au declarat că nu au consumat drogul principal în luna care a precedat admiterea la tratament (față de 55,8%, în 2015). Această distribuție este explicată de procedurile de referire sau de admitere în unele centre de tratament ambulatoriu. Astfel, în anumite centre de tratament, abstinența este un criteriu de admitere, ceea ce explică faptul că 15,3% dintre cei care nu au declarat consum în ultima lună au fost admisi la tratament pentru consum de heroină (n=232). Totodată, o parte dintre beneficiarii centrelor de tratament ambulatoriu au fost referiți de organele de cercetare ca urmare a aplicării prevederilor Noului Cod de Procedură Penală, în vederea evaluării medicale, psihologice și sociale, ceea ce explică prezența în rândul celor admisi la tratament în sistemul ambulatoriu a 76% persoane care nu au consum în ultima lună și care, cu toate acestea, au declarat cannabisul ca drog principal de consum (n=1155). Dintre cei care au declarat consum zilnic, 77,8% sunt persoane care au apelat la tratament specializat pentru probleme datorate consumului de heroină (n=295), în timp ce, doar 7,9% au fost admisi la tratament pentru consum de noi substanțe psihoactive (n=30), iar 11,9% pentru cel de cannabis (n=45).

## **SISTEMUL DE TRATAMENT REZIDENTIAL – PRINCIPALII FURNIZORI DE SERVICII ȘI CARACTERISTICILE BENEFICIARILOR**

### **ORGANIZAREA SISTEMULUI REZIDENTIAL DE ASISTENȚĂ INTEGRATĂ**

Rețeaua de tratament în regim rezidențial este formată din unitățile sanitare ale Ministerului Sănătății, care dispun de secții de dezintoxicare și/ sau de secții de psihiatrie, din comunitățile terapeutice (dezvoltate de ONG sau în sistemul penitenciar) și din unitățile de tratament din sistemul penitenciar.

La nivelul municipiului București, se regăsesc 6 centre de dezintoxicare de tip spitalicesc, o comunitate terapeutică și un penitenciar spital.

În cadrul sistemului penitenciar din România, pentru persoanele consumatoare de droguri aflate în detenție, sunt oferite servicii de asistență medicală, psihologică și socială de către specialiștii Administrației Naționale a Penitenciarelor, dar și de către specialiști din Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog. Aceste servicii sunt acordate în cele 35 unități penitenciar, 4 centre de reeducare, 3 comunități terapeutice și 6 spitale-penitenciare.

## **ALTE ASPECTE ALE FURNIZĂRII ȘI UTILIZĂRII TRATAMENTULUI PENTRU DEPENDENȚA DE DROGURI ÎN REGIM REZIDENTIAL**

În anul 2016, în unitățile care funcționează în regim rezidențial, au fost înregistrate 1225 persoane care au solicitat tratament pentru consum de droguri. Pentru acest tip de servicii, creșterea numărului beneficiarilor este de mică amploare (cu doar 8,9%), fiind similară celei înregistrate pentru serviciile de tratament de tip ambulatoriu. Aproximativ o treime din cei care au început tratamentul în 2016 (34,6% - 1225 beneficiari din 3544) au fost înregistrați în sistemul de asistență de tip rezidențial. Din totalul de 1225 beneficiari, majoritatea (n=1163) au primit asistență în centre, secții și compartimente de dezintoxicare de

tip spitalicesc, în timp ce, restul au fost tratați în sistemul penitenciar (n=59) sau în comunități terapeutice (n=3).

Majoritatea beneficiarilor tratați în centrele rezidențiale au fost de sex masculin (84,0%, n=1029), în mod preponderent sunt tineri (85,9% fiind cu vârstă sub 34 de ani), pentru această categorie de beneficiari înregistrându-se o vârstă medie de 26,8 ani. În schimb, persoanele de sex feminin tratate în anul 2016 în regim rezidențial sunt în continuare într-o proporție de aproape 8 ori mai mică, comparativ cu cea a bărbaților, fiind de asemenea în majoritate tinere (au o vârstă medie de 29,5 ani, 75,5% dintre acestea având vârste sub 34 de ani). În contrast cu anii anteriori, majoritatea celor care au beneficiat de asistență în sistem rezidențial (50,4%) nu au mai fost tratați anterior.

### **DROGUL PRINCIPAL DE CONSUM ȘI CALEA DE ADMINISTRARE**

Se menține tabloul general al drogurilor pentru care se solicită asistență de tip rezidențial, ceea ce mai mare parte a celor care au beneficiat de un astfel de tratament declarând ca drog principal de consum noile substanțe psihoactive (40,7%, n=499). Pe poziția secundă, se plasează cererea pentru tratamentul dependenței de opioide (28,7%, n=352), în timp ce, pe locul al treilea se situează solicitările pentru tratamentul problemelor determinate de consumul de cannabis (21,5%, n=263). Totodată, se menține și "ierarhia" observată anul anterior, în ceea ce mai mare parte, cererea de tratament în regim rezidențial fiind împărțită între cele 3 categorii de droguri: noile substanțe psihoactive, heroina și cannabisul. În continuare, cererea de tratament ca urmare a problemelor datorate consumului de hipnotice și sedative este la un nivel foarte scăzut, în 2016 înregistrându-se doar 3,7% dintre solicitări pentru acest tip de dependență.

Pe de altă parte, dintre cei care au solicitat tratament de tip rezidențial pentru consum de opioide, majoritatea au menționat heroina (91,2%, n=321) ca drog de consum, în timp ce, 4% (n=14) au declarat ca drog principal de consum metadona.

În funcție de drogul principal de consum, pentru majoritatea drogurilor (opioide, cannabis, stimulanți, halucinogene, solvenți și noi substanțe psihoactive), distribuția pe sexe a beneficiarilor sistemului de tratament rezidențial indică o predominanță a persoanelor de sex masculin, ceea ce mai eloventă fiind în rândul consumatorilor de halucinogene, unde toți beneficiarii sunt bărbați, precum și în rândul celor care au solicitat asistență ca urmare a problemelor datorate consumului de noi substanțe psihoactive (91,7% beneficiarii de sex masculin). Excepție de la această repartiție se observă în cazul hipnoticelor și sedativelor (unde predomină beneficiarii de sex feminin – 57,8%, față de 42,2%, dar și în cazul cocainei (unde beneficiarii se regăsesc în proporții egale în cele două genuri).

În ceea ce privește calea de administrare a drogului principal, se observă menținerea la un nivel crescut a ponderii celor care declară administrarea drogului prin fumat sau inhalat (58,7% față de 57,2% în 2015). În schimb, se remarcă o ușoară creștere a ponderii celor care își administrează drogul prin injectare (de la 24,9%, la 27,3%). Cea mai mare parte a celor care au declarat fumatul ca modul cel mai frecvent de administrare a drogului principal o reprezintă persoanele consumatoare de noi substanțe psihoactive (55%, față de 55,2%, în 2015), acestea fiind urmate de cele consumatoare de cannabis (36,1% față de 36,5%, în 2015).

În cazul persoanelor consumatoare de droguri injectabile aflate în tratament de tip rezidențial, 87,2% (față de 84,6%, în 2015) dintre acestea sunt consumatoare de heroină, 11,6% consumă noi substanțe psihoactive, 0,6% metadonă și 0,6% alte opioide.

În privința frecvenței cu care și-au administrat drogul principal de consum, aproape jumătate dintre cei admisi la tratament în regim rezidențial în 2016, au declarat consumul zilnic (50,6%, n=620). Dintre aceștia, 40,8% (n=253) sunt consumatori de heroină, 31,8% (n=197) au declarat ca drog principal de consum noi substanțe psihoactive, iar 14,4% (n=89) au beneficiat de tratament pentru consumul de cannabis.

În schimb, doar 6,4% (n=79) dintre beneficiarii admisi la tratament nu au utilizat drogul principal în luna care a precedat admiterea la tratament.

Dintre serviciile medicale/ sociale care au îndrumat persoanele consumatoare de droguri către un centru de asistență de tip rezidențial, cea mai importantă contribuție în direcționarea persoanelor consumatoare de droguri către un centru de tratament specializat au avut-o serviciile de urgență, care au

recrutat 44,3% (n=543) din totalul beneficiarilor sistemului de asistență de tip rezidențial. Peste jumătate din acestea (51,4%, n=279) sunt persoane admise la tratament pentru probleme cauzate de consumul noilor substanțe psihoactive.

Astfel, adresabilitatea crescută a persoanelor consumatoare de noi substanțe psihoactive la sistemul de tratament de tip rezidențial (72% dintre acești s-au adresat centrelor de tratament rezidențial, în timp ce, doar 28% au apelat la tratament ambulatoriu) este justificată, pe de o parte, de nevoie acestora de a apela la serviciile de urgență ca urmare a problemelor acute de sănătate pe care le generează consumul noilor substanțe psihoactive, iar pe de altă parte, de coexistența secțiilor de psihiatrie și a celor de urgență în aceeași unitate spitalicească, care determină referirea consumatorilor către serviciile de tratament de tip rezidențial.

Totodată, adresabilitatea crescută a acestui tip de consumatori la serviciile de urgență și, implicit, la cele de tratament rezidențial, a determinat configurarea în ultimii 2 ani a unui alt tablou al drogurilor pentru care s-a solicitat tratament rezidențial.

#### **DATE RELEVANTE / DATE CHEIE PRIVIND CEREREA DE TRATAMENT, ÎN FUNCȚIE DE DROGUL PRINCIPAL CONSUMAT**

În anul 2016, au fost admise la tratament 3544 persoane consumatoare de droguri, înregistrându-se cu acest prilej cea mai mare valoare a acestui indicator. Totodată, valori maxime se observă și pentru numărul persoanelor care au beneficiat de tratament în anul de referință (4690 persoane), cât și pentru numărul celor care au urmat un tratament substitutiv de tip opioid (1480 persoane).

În funcție de drogul principal, se observă cea mai mare cerere de tratament înregistrată până în prezent pentru probleme datorate consumului de cannabis (1719 persoane, creștere cu 35,1%).

Cererea de tratament pentru probleme datorate consumului de opioide continuă să scadă, atingând o valoare similară anului 2006, datorată în primul rând diminuării numărului de cazuri noi (scădere cu 13,3%).

O evoluție similară se observă și pentru cererea de tratament datorată consumului noilor substanțe psihoactive, care scade ușor.

În baza datelor colectate în anul 2016, au fost admise la tratament 3544 persoane consumatoare de droguri. Similar anului anterior, când cele mai multe cereri de tratament au fost adresate ca urmare a consumului de cannabis, și în acest an, se observă o predominanță a acestui tip de solicitări, atât ponderea, cât și numărul acestora continuând să crească de la an la an (48,5%, n=1719, față de 39,3%, n=1272). În același timp, proporția celor care au solicitat tratament pentru consumul de opioide continuă să scadă, ponderea acestora ajungând în 2016 la 27,2% din numărul total al admiterilor (n=963, față de 32,6% și n=1057, în 2015). În ceea ce privește cererea de tratament pentru probleme datorate consumului de noi substanțe psihoactive, se observă menținerea numărului de solicitări la nivelul anului anterior, creșterea acestora în 2017 fiind doar cu 4,2%. Similar anului anterior, pentru celealte tipuri de droguri, cererea de tratament a fost mult mai redusă, comparativ cu drogurile analizate anterior: solventi/ substanțe volatile – 1,1%, cocaină – 1,0%, MDMA/ ecstasy – 0,6%, amfetamine – 0,4%, metamfetamine – 0,2%, LSD – câte 0,2%.

Dacă se includ în categoria "alte droguri" cazurile celor pentru care tratamentul a vizat consumul noilor substanțe psihoactive, cât și cele pentru care problemele s-au datorat consumului de solventi, celui de halucinogene, respectiv celui de hipnotice și sedative, se observă că, din totalul admiterilor la tratament din 2016, în această categorie au fost înregistrate 22,1% dintre cereri (783 beneficiari). Majoritatea cazurilor incluse în această subgrupă o reprezintă persoanele care au solicitat asistență pentru consumul de noi substanțe psihoactive, aceștia reprezentând 88,5% din cei 783 beneficiari (n=693).

În corelație directă cu drogul principal consumat, două treimi (67%) din persoanele admise la tratament în anul 2016 își administrează drogul prin fumat, în timp ce, aproape un sfert (25,4%), utilizează calea injectabilă. Scăderea ponderii, dar și a numărului celor care își administrează drogul pe cale injectabilă se reflectă în evoluția bolilor infecțioase asociate consumului de droguri, în special în ceea ce privește prevalența infecției cu HVC<sup>10</sup>.

Similar anului anterior, două treimi (68,6%) dintre beneficiarii serviciilor de tratament sunt persoane care au solicitat pentru prima dată tratament specializat, iar cealaltă treime (31,4%) reprezintă persoane care au mai fost înregistrate în serviciile de asistență pentru probleme cauzate de consumul de droguri.

În anul 2016, se remarcă o creștere cu 17,4% a numărului de persoane care au beneficiat de tratament pentru probleme datorate consumului de droguri, acesta atingând cea mai mare valoare din toată perioada de monitorizare (de la 3996, la 4690).

#### **Beneficiari aflați în tratament, în anul 2016**

	Număr de beneficiari
<b>Număr total de beneficiari aflați în tratament în 2016</b>	<b>4690</b>
<b>Număr total de beneficiari aflați în tratament de substituție de tip opioid</b>	<b>1480</b>
<b>Număr total de beneficiari care au fost admisi la tratament în 2016</b>	<b>3544</b>

Sursa: ANA

Din cele 4690 persoane consumatoare de droguri care s-au aflat de-a lungul anului 2016 în tratament pentru probleme datorate consumului de droguri, 1480 urmău un tratament substitutiv de tip opioid. Pe de altă parte, dintre cei tratați în anul 2016 pentru probleme datorate consumului de droguri, 3544 persoane au fost admise la tratament în acest an, iar dintre aceștia 68,6% s-au aflat la primul contact cu un astfel de centru.

#### **CARACTERISTICI SOCIO-DEMOGRAFICE ALE PERSOANELOR ADMISE LA TRATAMENT**

Majoritatea persoanelor (88,2%), care au beneficiat de asistență pentru problemele cauzate de consumul de droguri în 2016, au fost bărbați. De altfel, aceasta este una dintre caracteristicile populației consumatoare de droguri din România, indiferent de drogul consumat. Astfel, exceptând cererea de tratament pentru consumul de hipnotice și sedative, unde predomină femeile (54,2%), pentru toate celelalte categorii de droguri pentru care s-a solicitat asistență specializată, în cea mai mare parte, beneficiarii sunt bărbați.

În funcție de substanță declarată ca drog principal, se observă că vârsta medie a persoanelor consumatoare de hipnotice/ sedative admise la tratament este de 44,8 ani, pentru opioide este de 33 ani, pentru cocaină, 29,7 ani, pentru stimulanți (alții decât cocaïna), 25,3 ani, iar pentru canabis, 25,1 ani.

Nivelul educațional al persoanelor consumatoare de droguri admise la tratament în anul 2016 se menține în aceeași distribuție, observată în ultimii 2 ani: aproximativ trei sferturi dintre beneficiari (70,3% - 2492 beneficiari) au finalizat nivelul secundar de educație (ISCED 2 și ISCED 3), 15,7% (557 beneficiari) au finalizat nivelul superior de educație (ISCED 4 și ISCED 6), 7,3% (258 beneficiari) au finalizat nivelul I de educație (ISCED 1), iar 2,6% (93 beneficiari) nu au mers niciodată la școală/ nu au finalizat nivelul I de educație.

Referitor la condițiile de locuire în care trăiesc persoanele consumatoare de droguri care au beneficiat de servicii de tratament pentru dependență de droguri, analiza statusului locativ al acestora indică o proporție mare (59,1%, n=2095) a celor care locuiesc cu familia de origine, cei care locuiesc singuri fiind prezenți într-o proporție de doar 9,3% (n=330). Totodată, se observă că 83,5% (n=2961) beneficiau de o locuință stabilă, 2,0% (71 beneficiari) se aflau în detenție, în timp ce, pentru 9% (n=320) locuința era o problemă, aceștia nedispunând de o locuință stabilă.

Similar anului anterior, continuă scăderea proporției celor care se adresează centrelor de tratament din proprie inițiativă sau la recomandarea familiei/ prietenilor (de la 39,3%, în 2014, la 32,9%, n=1031 în 2015, respectiv la 26,6%, n=943, în 2016). În contrast cu această scădere, crește ponderea celor care au

fost referiți de organele de cercetare (de la 32,2%, în 2014, la 34,1%, n=1067, respectiv la 45,5%, n=1607 în 2016), cele două tipuri de surse de referire amintite furnizând împreună peste două treimi din numărul total al persoanelor consumatoare de droguri care au apelat la servicii de asistență integrată pentru dependență. Într-o proporție mai mică decât în anul anterior (2015), 19% beneficiari (n=674, în 2016, față de 23,2%, n=725, în 2015) au fost îndrumați către furnizorii de servicii de asistență integrată de alte servicii medicale sau sociale la care aceștia au apelat (servicii medicale de urgență, servicii specializate de asistență socială, medic de familie etc.).

### **MODALITĂȚI DE TRATAMENT EXISTENTE SERVICII AMBULATORII DE TRATAMENT**

În România, sistemul de asistență ambulatorie destinată persoanelor consumatoare de droguri este format, în special, din centre specializate de asistență, care dispun de echipe multidisciplinare, având în componență: medici, psihologi și asistenți sociali, cu formare specifică în domeniul asigurării tratamentului pentru persoanele consumatoare de droguri în vederea reintegrării psiho-sociale a acestora. Aceste echipe asigură, în primul rând, tratament psiho-social și implementează managementul de caz pentru persoanele consumatoare de droguri. Într-o proporție mai mică sunt asigurate serviciile de identificare și atragere a persoanelor consumatoare de droguri în programele specializate de tratament.

### **SERVICIU REZIDENTIALE DE TRATAMENT**

Rețeaua rezidențială de tratament din România asigură servicii specializate (medicale, psihologice și sociale) în vederea reintegrării psiho-sociale a persoanelor consumatoare de droguri. Dintre acestea, cele mai importante sunt programele de dezintoxicare și serviciile medicale psihiatrice.

Programul de dezintoxicare este disponibil pentru toți consumatorii de droguri și este realizat, în special, în unitățile sanitare ale Ministerului Sănătății. Aceștia pot continua procesul terapeutic în cadrul secțiilor de psihiatrie, al comunităților terapeutice sau al centrelor private, unde beneficiază de servicii de consiliere psiho-socială și de management de caz.

### **DECESE ASOCIAȚE CONSUMULUI DE DROGURI**

Monitorizarea deceselor survenite în rândul consumatorilor de droguri oferă o imagine concretă asupra impactului consumului de droguri și al consecințelor sale. Astfel, măsurarea obiectivă a unor indicatori de evaluare a tendințelor de consum (consecințele asociate folosirii anumitor droguri, grupe populationale cu risc), precum și identificarea tipului substanțelor consumate și a dozelor de consum practicate, permit semnalarea promptă a elementelor de uz problematic de droguri și contribuie astfel la reacții rapide și adaptate în domeniul politicilor antidrog.

Decesele asociate consumului de droguri sunt decese de cauză violentă, în care are un rol (direct sau cauzal condiționant) un factor traumatic chimic (substanțele consumate) sau actul administrării acestuia și consecințele sale.

Decesul direct ca urmare a consumului de substanțe psihoactive face parte din categoria deceselor suspecte și/ sau violente și conduce implicit la declanșarea cercetării judiciare, ceea ce se determină în mod obligatoriu efectuarea autopsiei medico-legale<sup>12</sup> pentru a se stabili condițiile și împrejurările în care a avut loc decesul respectiv.

În ultima perioadă au apărut noi dificultăți ce țin de nuanțarea criteriilor de definire a cazului, dar mai ales de rezistența la aplicarea strictă a prevederilor legale, permisând speculații variabile de la caz la caz privind eventuala încadrare și raportare a cazuisticii dar și dictate de limitările financiare repercutate în nesolicitarea investigațiilor toxicologice complete, absența raportării sau neactualizarea datelor inițiale.

Mortalitatea corelată consumului de droguri acoperă un panel de analiză mai vast, după cum urmează:

**Decesele corelate în mod direct cu acțiunea farmacologică a drogului – „supradozele”** din limbajul „laic”, sunt cuprinse în sintagma „drug related deaths” și se referă la „decesul care survine la scurt timp de la consumul uneia sau mai multor substanțe psihoactive, legale sau ilegale, și care este corelat în mod direct -- nemijlocit – consumului de stupefianțe”.

**Decesele corelate în mod indirect consumului de droguri – consecință a unor circumstanțe asociate administrației (infecții, infecții cronice – HIV, hepatite – embolii cu corp străin etc.), stilului de viață specific (inclusiv criminalitatea), accidentelor survenite sub intoxicație. Această categorie ridică dificultăți reale de triere și încadrare a cazului, în absența cunoașterii atât a criteriologiei de clasificare, cât și a legislației. Identificarea prezenței în organism a unor substanțe clasificabile drept droguri în cazuri de deces datorat unor situații definite ca independente de consumul de droguri – infecții, accidente, suicid, survenite la pacienți sub tratament de substituție – cere profesionalism și experiență în trierea corectă a cazurilor.**

Astfel, cazurile de “decese indirect asociate consumului de droguri”, aflate la limita cauzalității medico-legale (imposibilitatea dovedirii unei legături de cauzalitate indubitable între actul consumului de droguri și cauza medicală a decesului, de cele mai multe ori de cauza patologică și nu violentă) sunt cele care nu mai sunt congruente definiției *cazului medico-legal*, conform legislației românești.

Conform legii, toate cazurile de deces asociat consumului de substanțe psihooactive impun în mod obligatoriu efectuarea autopsiei medico-legale. Baza de extracție a datelor o reprezintă întreaga cazuistica medico-legală din care sunt selectate dosarele aferente indicatorului analizat. Centralizarea se face pe baza unor protocoale interne ale rețelei naționale medico-legale, implicând și fișe standard de raportare, cu prelucrarea datelor la nivelul INML „Mina Minovici”.

Fiecare caz implică analiza judiciară, probațiunea aferentă și coroborarea rezultatelor examenelor toxicologice, cvasi-efectuate în astfel de cazuri - cu cele de anchetă - medicale, serologice, tanatochimice și histopatologice, inclusiv ajustarea concluziilor finale după documentarea completă a cazului.

Datele prezentate în acest subcapitol provin din cazuistica medico-legală, instituțiile de medicină legală fiind singurele abilitate să gestioneze cazurile de tip mortalitate directă și eventual cele „indirect” asociate consumului de droguri (atunci când există indicii temeinice că în lanțul cauzal statutul de consumator de droguri are o valoare cauzală). Toate cazurile medico-legale, odată constituite ca atare, beneficiază de investigații toxicologice (exceptând cazurile atent selecționate – de supraviețuire îndelungată post intoxicație, cu reconstituire documentată medicală). Dosarele de autopsie medico-legală – 21999 cazuri anual la nivel național – constituie baza de selecție pentru Registrul Special de Mortalitate, aferent deceselor asociate consumului de droguri.

Pentru anul 2016, actuala raportare are la bază cazuistica INML „Mina Minovici” București, la care se adaugă datele colectate de la nivel teritorial, cu mențiunea că doar 31 din cele 42 de instituții medico-legale din țară au furnizat informații. În ciuda eforturilor de a colecta date de la întreaga rețea medico-legală, nu s-au putut obține informații care să asigure acoperirea geografică a întregului teritoriu. Lipsa de reglementare cu statut de obligație de raportare poate fi una dintre explicații.

Comparativ cu anii anteriori, gradul de sub-raportare pentru București este mult redus, vechile racile reprezentate de lipsa de experiență în managementul cazurilor de decese asociate consumului de droguri, de cunoștințe medico-legale și juridice în rândul cadrelor medicale și al lucrătorilor din serviciile publice conexe, lipsa de laboratoare performante de toxicologie, de limitări financiare, fiind tot mai puțin prezente. Prin urmare, pentru București cifrele actuale constituie, cel mai probabil, o reprezentare adekvată a stării de fapt (sub rezerva existenței totuși, din partea personalului medical clinic, respectiv a serviciilor de anatomie patologică a spitalelor, a unei lipse de consecvență privind transformarea cazurilor de decese indirecte – cel mai frecvent consecutive unor complicații infecțioase apărute la toxicomani – în cazuri medico-legale).

Distribuția la nivel național (sub rezerva raportării sporadice, inegale) a cazuisticii este nesusținută statistic și, mai ales, comparativ cu alte surse de furnizare de informații privind incidența consumului de droguri pe întreg teritoriul țării. Compararea cu valorile înregistrate de alți indicatori cheie în alte zone ale țării (de exemplu: tratamentul de urgență acordat în camerele de gardă) susține discrepanța mai sus menționată<sup>13</sup>.

Din populația de aproximativ 2 milioane de locuitori a Bucureștiului și împrejurimilor se înregistrează 27 decese (directe și indirecte), iar din restul țării, cu o populație de 18 milioane, doar alte 4 cazuri de decese (trei în Ilfov, unul în Vrancea).

Explicația continuă să aibă aceleași baze, semnalate constant, încă din anul 2006, dar care în ciuda unor eforturi susținute, încă nu se dovedesc corectabile în totalitate, cum ar fi: neînțelegerea criterioogiei și definirii deceselor asociate consumului de droguri – în rândul personalului medical clinic, dar și în rândul medicilor legiști și al personalului echipelor de anchetă, rigiditatea și conservatorismul în abordarea prezumtivei cazuistici a deceselor asociate consumului de droguri sau absența medicului legist din echipa operativă de cercetare la fața locului, ori nesolicitarea sistematică a examenelor toxicologice în cauze de deces traumatic (accidente rutiere, suicid, crime), posibil însă survenite sub intoxicație, sau chiar în cazuri suspecte de decese asociate consumului de droguri – cel mai frecvent din motive pecuniere.

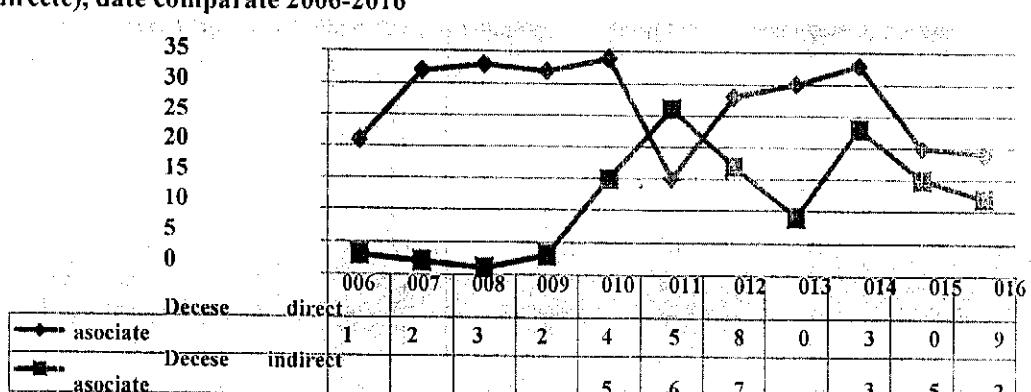
Desi, în ultimii ani, constatăm o îmbunătățire certă a declarării deceselor survenite în spital, mult timp neraportate drept cazuri de competență medico-legală – mai ales, în cazurile de co-morbiditate sau complicații evolutive non-toxicologice - cauzistica deceselor direct asociate consumului de droguri, prin complicații infecțioase, rămâne strict apanajul Bucureștiului.

În acest context, gradul de sub-raportare la nivel național este semnificativ, consecință a lipsei de experiență în managementul cazurilor de decese asociate consumului de droguri, de cunoștințe medico-legale și juridice, de limitări financiare. Principalul impediment din trecut – lipsa de laboratoare performante de toxicologie – în acest moment este depășită, dar nivelul de sub-raportare pare neschimbăt la nivel național, exceptând Bucureștiul.

În concluzie, la nivel național (în lipsa datelor de la 11 instituții medico-legale județene), în anul 2016, au fost declarate 19 cazuri de decese asociate în mod direct consumului de droguri și 12 cazuri de decese indirecte asociate consumului de droguri.

În toate cele 19 de decese directe s-au efectuat examene toxicologice în vederea decelării prezenței de produși psihoactivi, examene făcute la Laboratorul de Toxicologie al INML București.

#### Distribuția cazurilor de decese asociate consumului de droguri, pe tipuri de decese (directe, indirecte), date comparate 2006-2016



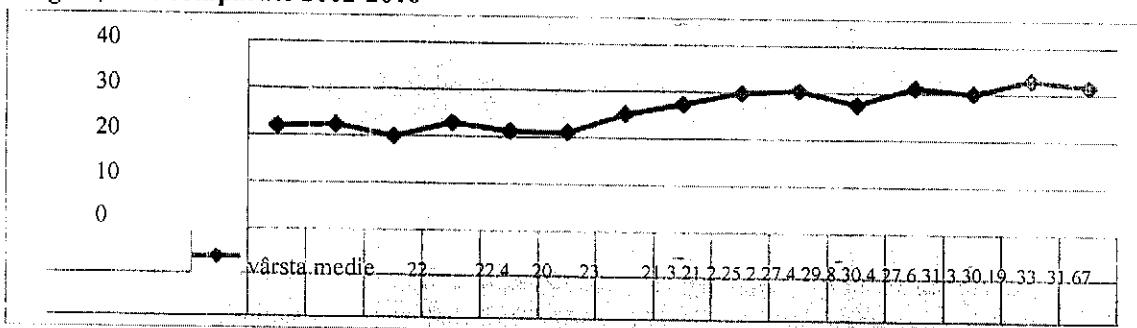
Sursa: INML București

Referitor la distribuția lunară a cazuisticii înregistrate, se remarcă absența unor vârfuri de incidență (ca semn potențial al unor circumstanțe permeabile legate de distribuție, disponibilitate, calitate a dozelor etc. - vârfuri de incidență de natură a atrage atenția organelorabilitate asupra apariției pe piață ilegală a drogurilor a unor doze de stradă periculoase, fie prin compoziție/ concentrație/ asocieri/ excipienți contaminanți (*adulterants*), fie prin posibila lor contaminare microbiană) - pe fondul unei distribuții relativ echilibrate calendaristic. Aglutanarea însă a circa 33% din cazuri în perioada mai-iulie, suprapusă vacanțelor de vară, ar putea fi un indiciu cu rol de semnalizare a necesității implementării unor programe alternative necesare educării și ocupării timpului liber.

În anul 2016, vârsta medie de deces a fost de 30,6 ani pentru decesele indirecte, respectiv 32,4 ani pentru cele directe. Pentru cauzistica deceselor (direct și indirect) asociate consumului de droguri, se revine astfel la tendința crescătoare semnalată începând cu anul 2007, fiind atinsă o valoare similară celei observate în anul 2013, care reprezintă cea mai mare vârstă medie de deces, înregistrată în întreaga perioadă de monitorizare.

Explicația cea mai plauzibilă este oferită de apariția consecințelor consumului, în anii anteriori, a unor droguri cu potență tanatogeneratoare redusă - per se (NSP) sau doar la doze mari (metadonă) – dar cu un excepțional ritm de inducție de patologie consumptivă și mai ales infecțioasă, dictat mai ales de ritmul foarte crescut de administrare injectabilă – 6-8 injectări pe zi (NSP), fiecare administrare cu potențial infecțios marcant - dar și de efectele amfetamin-like ale unora dintre aceste substanțe. De aici, derivă atingerea valorilor medii de vârstă a consumului până la deces – average life span (10-15 ani - valori raportate de țările cu „tradiție” în consumul de droguri) pentru *consumatorii problematici de droguri*, cu acumularea progresivă de patologie specifică și decompensarea ei naturală sau la schimbarea modelelor de consum.

#### Evoluția vârstei medii în cazul deceselor (directe și indirekte) asociate consumului de droguri, date comparate 2002-2016

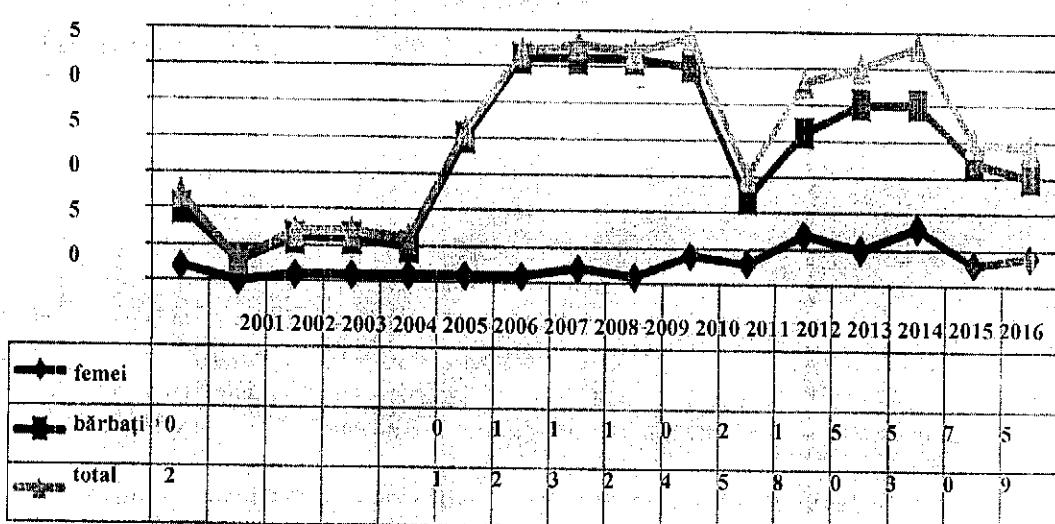


Sursa: INML București

#### DECESSE DIRECT ASOCIAȚE CONSUMULUI DE DROGURI

La nivel național, în anul 2016, au fost declarate 19 cazuri de decese asociate în mod direct consumului de droguri (16 din București și trei din Ilfov), dintre care 15 cazuri survenite la bărbați și 4 la femei.

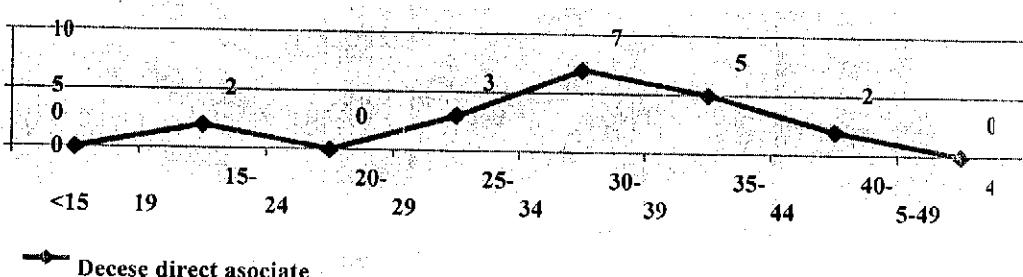
#### Distribuția cazurilor de deces direct asociate consumului de droguri, în funcție de sexul persoanei decedate, date comparate 2001 - 2016



Sursa: INML București

În ceea ce privește vârsta persoanelor decedate ca urmare a consumului de droguri, se observă că toate cazurile de deces asociate direct consumului de droguri înregistrate în 2016, au survenit la persoane cu vârstă cuprinsă între 19 și 43 de ani, majoritatea fiind situată în segmentul 30-39 ani (peste 50% din totalul deceselor asociate direct consumului de droguri, iar 73% din cazuri au avut vârstă de peste 30 de ani).

**Distribuția deceselor asociate direct consumului de droguri, pe categorii de vârstă (număr de cazuri) în anul 2016**



Sursa: INML București

Valorile arată tendința „naturală” de îmbătrânire a populației de consumatori, cu deces survenit după istoric prelungit de uz de droguri.

În funcție de locul decesului, în anul 2016, se constată următoarele, pentru cazurile de mortalitate directă:

- 15 decedați la domiciliu,
- 1 în loc public (stradă),
- 3 decedați la spitale.

Datele sunt similare celor din anii anteriori, astfel încât se poate afirma că nu a intervenit o schimbare majoră în ceea ce privește locurile unde se consumă.

Au dispărut din cazuistică decesele survenite în hoteluri, aspect care, în absența altor date demografice, nu poate fi corelat cu modificări de comportament la injectare – menționăm că nu au existat cazuri de decese în serie/concomitente, ca expresie a unor practici de consum în grup.

### **REZULTATE TOXICOLOGICE ÎN DECESELE DIRECT ASOCIAȚE CONSUMULUI DE DROGURI**

În rețeaua medico-legală, în anul 2016 s-au efectuat 1103 examene toxicologice vizând identificarea prezenței stupefiantelor din probe biologice provenind de la cadavre, respectiv 964 de la persoane în viață.

În toate cele 19 de decese directe s-au efectuat examene toxicologice în vederea decelării prezenței de produse psihoactive, examene făcute la Laboratorul de Toxicologie al INML București (practic în acest moment declararea unui deces direct asociat consumului de droguri se bazează pe examene toxicologice viabile, ca element obiectiv probator, limitând importanța factorilor circumstanțiali de triaj subiectivi).

În toate cele 19 cazuri de decese directe asociate consumului de droguri au existat elemente care evidențiau consumul cronic de droguri, neexistând cazuri fără antecedente cunoscute/ documentabile sau stigmate de uz cronic. Aspectul (deces survenit doar în cazul consumatorilor cronici) susține posibilul rol al campaniilor de informare și prevenire prin popularizarea politicilor de *harm-reduction* și compensarea lipsei de informații în rândul consumatorilor de droguri problematici privind tehnica de consum, cu scăderea riscului decesului la primele doze. Decesul apare mai puțin la primele doze (posibil și datorită concentrației scăzute a dozelor de stradă) și mai ales la consumatorii cronici, cu istoric îndelungat de uz, care asociază stigmate generate de abuz.

În majoritatea cazurilor de decese directe asociate consumului de droguri au fost implicați consumatori de droguri injectabile –preponderent pe cale intravenoasă – existând doar un caz care a implicat administrare prin prizare (cocaină), respectiv per os (methamfetamine) și posibil ca în unele cazuri să fi existat o utilizarea simultană de medicamente (metadonă) atât pe cale injectabilă, cât și per os, fie ca expresie a tratamentului de substituție, fie deturnate din uzul farmaceutic, asociate într-un caz cu fumatul

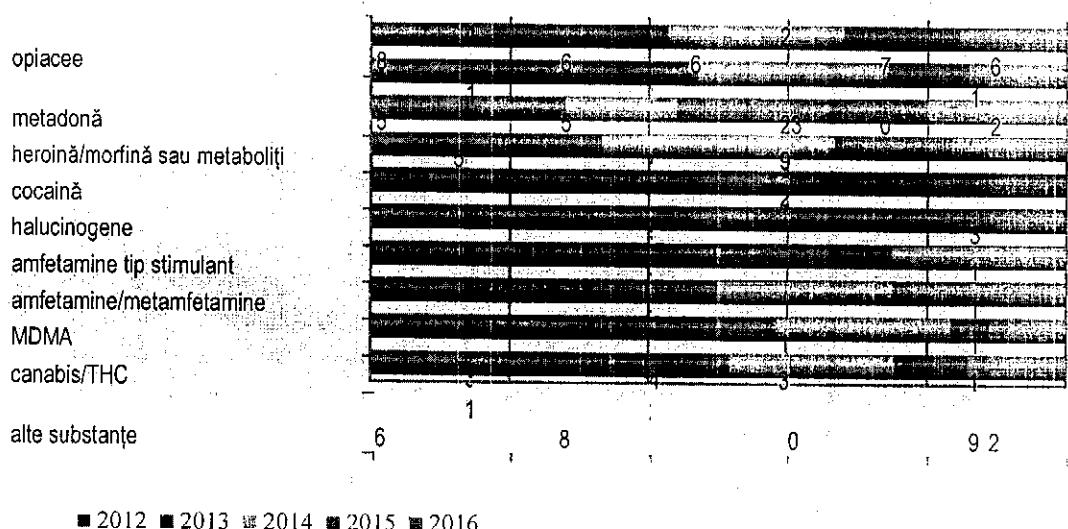
unor derivate de cannabis. În această situație, administrarea medicamentelor a fost combinată cu fumatul și cu inhalatul. Astfel, administrarea drogurilor în cazul deceselor asociate consumului de droguri este preponderent injectabilă, calea de administrare asociindu-se cu tipul drogului administrat, respectiv opiatele. În acest context, semnalăm menținerea cocainei în cazuistică, după o perioadă în care dispăruse.

De asemenea, calea de administrare injectabilă se coreleză și cu incidența crescută a patologiei asociate (generic intitulată „patologie de seringă”), în special de tip infecțios – cronic (vizând mai ales infecția cu virus hepatic tip C și HIV – 50% din cazurile de deces direct testate virusologic prezintă markeri virali ai infecțiilor cu virusuri hepatice sau HIV) sau acut-subacut (endocardite, sepsis).

Incidența consumului de heroină – identificată în 5 cazuri – confirmă tendința ultimilor ani, de stabilizare a numărului de consumatori de heroină, odată cu dispariția/ reducerea posibilităților de procurare mai facilă a altor substanțe, fapt care a condus și la o oarecare creștere a prețului de vânzare a acestora.

Numărul cazurilor de deces care au implicat medicație de substituție, 12 din totalul de 19 (metadonă - decelată în jumătate din cazuri dintre cele directe – 63% din decesele asociate consumului de droguri) este în scădere față de anii anteriori, dar menținând creșterea, comparativ cu anii de debut ai monitorizării (2007 - 3 cazuri).

#### Distribuția cazurilor de deces, în funcție de substanță detectată la examenele toxicologice, în perioada 2012-2016



■ 2012 ■ 2013 ■ 2014 ■ 2015 ■ 2016

Sursa: INML București

Numărul încă mare de cazuri în care au fost decelate spectre toxicologice complexe întărește potențialul augmentativ non-liniar al asocierilor medicamentoase, dar și necesitatea flexibilității de gândire toxicologică în evaluarea tanatogenezei.

#### DECESE INDIRECT ASOCIAȚE CONSUMULUI DE DROGURI

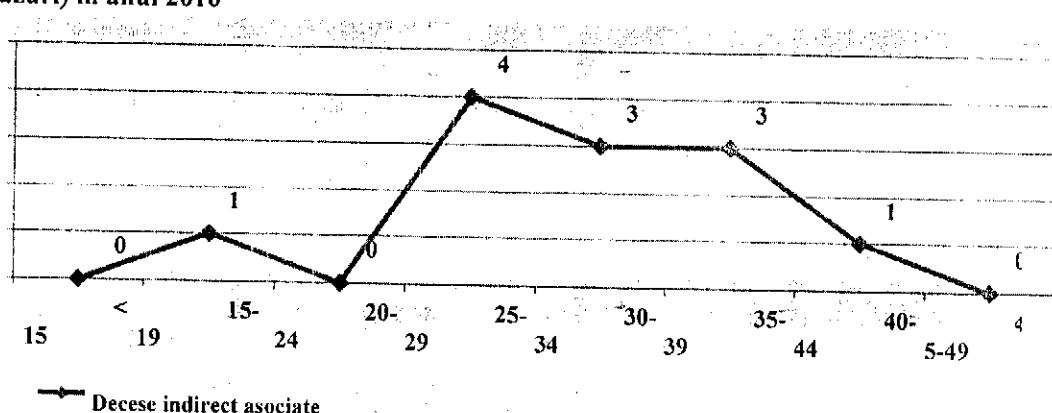
Pe parcursul anului 2016, au fost înregistrate 12 cazuri de deces la consumatori de droguri cunoscuți (cu elemente de examen clinic – necropsic – date de istoric medical și de anchetă elocvente), dar a căror cauză de deces a fost relaționată cu patologii asociate sau consecutive consumului cronic de droguri (cazuri cu așa - zisă *cauzalitate indirectă*<sup>15</sup>). Dintre acestea, 11 cazuri s-au înregistrat în București și unul în Vrancea.

În rândul consumatorilor de droguri continuă menținerea incidenței de infecții cronice (chiar și sub rezerva testării sporadice a cazuisticii): au fost identificate 5 cazuri HIV pozitive în cazurile de supradoză, respectiv 10 din totalul de 12 în cazurile de mortalitate indirectă; 7 cazuri de VHC în cazuistica mortalității directe și 8 în cea indirectă. În 13 cazuri, infecția este polivirală, asociată cu infecții TBC.

În ceea ce privește decesele indirect asociate consumului de droguri, acestea se distribuie între cele două sexe astfel: 9 cazuri în rândul bărbaților și 3 cazuri în rândul femeilor. În ultimii ani, se remarcă o creștere a decesului în rândul femeilor.

În ceea ce privește vârsta persoanelor decedate ca urmare a consumului de droguri, se observă că toate cazurile de deces indirect asociate consumului de droguri înregistrate în 2016, au survenit la persoane cu vârstă cuprinsă între 19 și 44 de ani, cele mai multe în intervalul 25-29 ani (4 cazuri), iar peste 50% din total în segmentul 30-39 ani. În anul de referință, vârsta medie de deces a fost de 30,6 ani pentru decesele indirecte. În general, decesele de cauzalitate indirectă reflectă patologia progresiv acumulativă lentă a stilului de viață, consumului cronic, riscul de accidente etc, elemente specifice dependenței de droguri, cu decompensarea lor lentă, la distanță în timp față de momentul inițierii consumului, tradusă prin deces la vîrste mai mari.

#### Distribuția deceselor asociate indirect consumului de droguri, pe categorii de vîrstă (număr de cazuri) în anul 2016



Sursa: INML București

În continuare, numărul acestor cazuri de *decese indirecte* reprezintă, cel mai probabil, expresia înțelegerei (nu neapărat uniformă și omogenă) de către personalul medical și de anchetă a necesității încadrării lor drept cazuri medico-legale (având în vedere rolul jucat de consumul de droguri în raportul de cauzalitate al determinismului decesului). Unele cazuri au fost declarate cazuri medico-legale, nemaifiind eludată obligativitatea legală pre-existentă, ceea ce conducea la cel mult autopsierea prosectorială – cu limitele ei – și implicit, la pierderea cazurilor pentru raportare – o parte din această creștere datorându-se creșterii *vizibilității* acestor cazuri pentru statistică, fără a exista însă unitate și constanță în aplicare. Cu toate acestea, în absența accesării datelor potențiale oferite de registrul general de mortalitate, este extrem de plauzibil ca mortalitatea indirectă să se situeze la valori mult mai mari.

#### TENDINȚE PENTRU PERIOADA URMĂTOARE

Comparativ cu anii anteriori, sinusoida numărului cazurilor de decese direct asociate consumului de droguri, pare a scădea din nou, la niveluri comparative cu anul 2011. În anul 2016, valorile cazurilor de intoxicație letală tind să scadă la media anteroară și relativ similar anului 2015, prin scăderea cazuisticiei deceselor asociate consumului de droguri, deși, cifra absolută poate fi, mai degrabă, o expresie a sub-raportării/ neidentificării adecvate a cazuisticiei.

Numărul constant de decese consecutive complicațiilor induse de consumul cronic – *decese indirecte* – își găsește o explicație foarte plauzibilă și aflată în corelație cu numeroasele date furnizate de alți indicatori ai consumului de droguri (bolile infecțioase asociate consumului de droguri, urgențele medicale datorate consumului de droguri, admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri).

În anul 2010, în circa o treime din cazurile de decese direct asociate consumului de droguri (deces consecință directă a acțiunii substanțelor psihoactive) au fost identificate elemente de patologie severă, similară cu cea din cazurile indirecte, dar în care cauza decesului a fost în mod clar stabilită ca datorându-

se acțiunii farmacologice a substanțelor psihoactive. În anul 2011, în o cincime din cazuri a fost identificată o patologie semnificativă în cazurile de decese direct asociate consumului de droguri, expresie și a potenției limitate a noilor droguri de uz, care nu au capacitate tanatogeneratoare întrinsecă semnificativă, dar cu inducția unei patologii accelerate și semnificative care conduce la deces prin complicații, nu prin supradoze. Totodată, patologia identificată în aceste cazuri este și o expresie a administrării fără minimă asepsie/ antisepsie sau a unor doze înalt contaminate<sup>17</sup>.

Au fost reiterate cifrele citate din rapoartele anterioare, pentru a întări constatările valabile pentru anii 2012, 2013, în care într-un singur caz, respectiv trei în 2013, de deces direct consecutiv acțiunii farmacologice a drogului a mai fost surprinsă o patologie asociată potențial severă - abces la locul de injectare, fascie necrozantă, respectiv endocardită infecțioasă emboligenă, pentru ca în 2014, 2015, 2016 aceste complicații să nu mai fie întâlnite în cazul deceselor directe, care au prezentat doar stigmate cronice ale injectării. Acest lucru este superpozabil perioadei 2005-2009 în care aceste decese directe nu asociau o patologie acută supraadăugată (spre deosebire de anii 2010-2011), ca expresie a reîntoarcerii la substanțele de consum consacrate – opiate (dar cu oscilații între uzul de metadonă vs. heroină).

Așa cum a fost sesizat și în anii anteriori, practica injectării metadonei, cu origine în dizolvarea pastilelor – precum și a injectării unui spectru larg de medicamente condiționate farmaceutic ca tablete/ comprimate – constituie o sursă importantă de produși insolubili introduși intravenos, excipienții acestor medicamente incluzând în mod constant talc, cu generarea unei patologii granulomatoase sau microembolice cumulative accelerat, relevată frecvent necropsic și histopatologic.

În anul 2016, domină categoric intoxicațiile cu opiate – 85%, similar anului 2013- 83,3% (cel mai înalt procent al incidenței acestor substanțe în rândul deceselor asociate consumului de droguri în ultimii 9 ani) și în creștere față de anii 2014 - 75,75% și respectiv 2015 – 81%, pe fondul restrângerii diversității spectrului de substanțe identificate în cazuistică: heroină (5 cazuri), cocaină (1 caz), canabinoizii (prezenți într-un singur caz), și MDMA (ecstasy – 1 caz) – din categoria substanțelor non-medicamente, respectiv alte 12 tipuri de substanțe din categoria medicamentelor (benzodiazepine și medicația de uz psihiatric dominând spectrul), incluzând metadonă (considerând metadona ca substanță deturnată din circuitul farmaceutic - pentru comparație, în anul 2012, detecțiile toxicologice în cazul deceselor direct asociate consumului de droguri au surprins nu mai puțin de 26 categorii de substanțe psihoactive).

**Concluzii:** Numărul cazurilor de decese asociate consumului de droguri este relativ stabilizat, cu tendința de revenire la valorile anilor 2007-2010 (ani de stabilizare a tendinței de consum, a modelelor de consum), expresie elocventă a schimbării tiparelor de consum din anii 2010-2011 (când a avut loc “substituirea” drogurilor consacrate – heroină în special – cu NSP, care au un potențial tanatogenerator direct mai scăzut).

Este extrem de probabilă o sub-raportare a cazuisticii prin neincluderea în baza de date a Registrului Special de Mortalitate a deceselor „indirect” corelate consumului de droguri, care prin caracteristicile particulare ale definirii lor sunt eludate din analiza medico-legală, dar mai ales prin lipsa de unitate metodologică de dispunere a expertizelor medico-legale și de management medico-legal al cazurilor, respectiv a celei de raportare.

Calea injectabilă rămâne regula pentru cazuistica deceselor asociate consumului de droguri, iar opiatele continuă să domine tabloul drogurilor ilegale în România, cu incidență foarte mare a metadonei.

Se constată persistența patologiei consecutive injectării de produși insolubili, probabil cu sursa din comprimatele sau tabletele deturnate din circuitul farmaceutic sau therapeutic (în concordanță cu procentul major reprezentat de către metadonă în determinismul decesului).

Nu se mai constată incidențe deosebite grupate calendaristic, existând o distribuție lunară relativ egală, fără vârfuri.

A crescut semnificativ vârsta medie de deces – expresie a „îmbătrânirii” valurilor anterioare de consumatori racolați în anii trecuți cu acumulare progresivă de complicații. Paradoxală este vârsta medie de deces în cazurile indirekte, mai scăzută față de cea din decesele directe, probabil reflexie a potențialului degenerativ accelerat al noilor substanțe intrate în uz (cu agravare/ decompensare relativ rapidă, odată inițiat consumul cronic), dar și al celui redus direct letal al lor (care conduce arareori la supradoze letale).

Drogul cel mai tanatogenerator continuă să rămână din categoria opioaceelor, din nou tot mai des în asociere cu produși medicamentoși. Se constată menținerea în spectrul substanțelor identificate în cazurile de decese direct asociate consumului de droguri a unor arăz obiective în anii trecuți (MDMA, cocaină).

### **3. URGENȚE MEDICALE CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI**

#### **URGENȚE MEDICALE CA URMARE A CONSUMULUI DE SUBSTANȚE PSIHOACTIVE (ALCOOL, MEDICAMENTE, DROGURI ILICITE, ALTE SUBSTANȚE CU PROPRIETĂȚI PSIHOACTIVE)**

Monitorizarea urgențelor medicale ca urmare a consumului de substanțe psihoactive reprezintă un indicator important<sup>18</sup> în stabilirea unei imagini privind consumul de droguri în populația generală.

Ca și în anul anterior, au fost incluse în analiză și episoadele de urgență în care s-a menționat exclusiv consumul de alcool, fiind înregistrate astfel 4518 urgențe medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive, ceea ce înseamnă cu 15,5% mai puțin decât în perioada anterioară.

În funcție de tipul consumului care a generat urgența medicală, cazurile de urgență raportate se repartizează astfel: 43,1% (față de 43,4 în 2015) au fost înregistrate pe fondul consumului de droguri ilicite, 32,3% (față de 24,1% în 2015) au fost generate de consumul exclusiv de alcool, 12,5% (față de 14,8% în 2015) au fost raportate ca urmare a consumului de droguri multiple, 6,1% (față de 11,2% în 2015) s-a datorat consumului exclusiv și abuziv de medicamente, 6% (față de 6,5% în 2015) a fost atribuit consumului unor substanțe necunoscute.

**Distribuția urgențelor medicale cauzate de consumul de substanțe psihoactive, în funcție de modelul consumului, date comparate 2011-2016**

Tipul consumului care a generat 2011 2012 2013 2014 2015 2016 urgența medicală

Consum de droguri multiple	76	09	55	04	91	64
Consum exclusiv de alcool	23	316	681	952	289	458
Consum exclusiv de droguri ilicite	455	461	64	256	323	949
Consum exclusiv de medicamente	65	15	08	05	00	75
Consum exclusiv de substanțe necunoscute	48	19	23	15	46	72
Total	578	373	254	846	349	518

Sursa: ANA

#### **URGENȚE MEDICALE CAUZATE DE CONSUMUL DE DROGURI ILICITE**

La nivel național, în 2016, au fost înregistrate 3060 cazuri de urgențe medicale în care a fost semnalat consumul cel puțin al unui drog ilicit (consum singular sau în combinație).

Din totalul cazurilor în care s-a raportat consum exclusiv de droguri ilicite, în 36% a fost menționat consumul de NSP (singular sau în combinație), în 15,8% dintre cazuri a fost consemnat

consumul de cannabis, iar în 8,2% s-a declarat consum de opioacee (heroină, metadonă sau opioacee generic). Totodată, în 2,6% dintre cazurile înregistrate s-a raportat consum de halucinogene, 2,1% consum de solventi volatili, în 2,1% consum de stimulați și în 1,3% consum de cocaină. De asemenea, în 8,7% dintre cazuri a fost consemnat generic consumul de droguri, fără a se menționa tipul substanței consumate. Consumul de medicamente a fost raportat în 23,2% din cazurile de urgență înregistrate.

În vederea determinării prezentei în organism a substanțelor consumate au fost realizate determinări toxicologice pentru 2117 pacienți (69,2%), în cazul cărora s-a putut stabili o legătură directă între cauza urgenței și consumul de droguri. În cea mai mare parte, determinările toxicologice efectuate au fost calitative (82%).

Distribuția cazurilor de urgențe medicale datorate consumului de droguri ilicite, care au fost raportate în anul 2016, prezintă în continuare o repartiție inegală între bărbați și femei, cu o pondere crescută în cazul bărbaților – 77,6%, comparativ cu 22,4% femei.

În ceea ce privește vârsta persoanelor care au accesat serviciile de urgență se observă că 78,2% (79,2% în 2015) sunt persoane cu vârstă sub 34 ani, 18% (față de 13,3% în 2015) sunt persoane cu vârstă între 35 și 64 ani, iar restul de 2% (față de 3,4% în 2015) sunt persoane de peste 64 ani. În 2% din cazuri în fișa de urgență ca urmare a consumului de substanțe psihoactive nu a fost menționată data nașterii pentru persoana care s-a adresat serviciului de urgență.

În ceea ce privește modelul de consum, în 72,7% din cazurile de urgență s-a înregistrat consumul unei singure substanțe psihoactive, în timp ce, în 18,4% din cazuri s-a observat consum de droguri multiple. Pentru 8,9% dintre cazuri nu a putut fi precizat modelul de consum.

În ceea ce privește modalitatea de administrare a drogurilor ilicite se observă că în 33,6% (față de 37,4% în 2015) din cazurile raportate aceasta a fost prin fumat/ inhalare, în timp ce, administrarea pe cale orală a fost precizată în 25,1% din cazuri, față de 22,8% în 2015. De asemenea, 4,5% (față de 8,7%) dintre pacienți și-au administrat drogul pe cale injectabilă.

Pentru a realiza o analiză a cazuisticii urgențelor medicale cauzate de consumul de droguri ilicite, în funcție de diagnosticul de urgență, s-a procedat la o grupare a diagnosticelor de urgență, pe baza clasificării ICD 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision), recomandată de Organizația Mondială a Sănătății.

Pornind de la aceste considerente, diagnosticele consemnate de medici în Fișă standard de înregistrare a urgenței medicale datorată consumului de substanțe psihoactive au fost încadrate, după cum urmează:

- intoxicație acută: poate include trauma, inhalarea vomei, delirul, coma, convulsiile și alte complicații medicale. Natura acestor complicații depinde de clasa farmacologică a substanței consumate și de modul de administrare.
- utilizarea nocivă: cazuri de hepatită, de infecție cu HIV, în care virusul a fost contactat ca urmare a injectării de substanțe psihoactive sau episoade de tulburare depresivă secundară la consumul de alcool.
- dependență: grup de tulburări comportamentale, cognitive și fizioleice care se dezvoltă după consumul repetat de substanțe psihoactive și care include de obicei o dorință puternică de a consuma substanțe psihoactive, dificultăți în controlul utilizării acestora, persistență în utilizarea lor în ciuda consecințelor negative, o prioritate mai mare acordată consumului de droguri decât de alte activități și obligații, creșterea toleranței la substanța psihoactivă consumată, și, uneori, starea de sevraj.
- sindrom de întrerupere a consumului (sevrajul): grup de simptome severe care apar ca urmare a întreruperii totale sau parțiale a consumului unei substanțe psihoactive, după o utilizare îndelungată a acesteia. Sindromul de întrerupere a consumului poate fi complicat de convulsiuni sau de sevrajul cu delir.
- tulburări psihotice și de comportament: grup de tulburări psihotice care apar în timpul sau ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, dar care nu sunt explicate pe baza unei simple intoxicații acute și nu fac parte din sindromul de întrerupere a consumului. Se caracterizează prin halucinații, distorsiuni perceptive, iluzii, tulburări psihomotorii și un efect anormal, care poate varia de la frică intensă la

extaz. Tot în această categorie au fost incluse tulburările de personalitate sau de comportament care persistă dincolo de perioada în care operează efectul substanței psihoactive consumate.

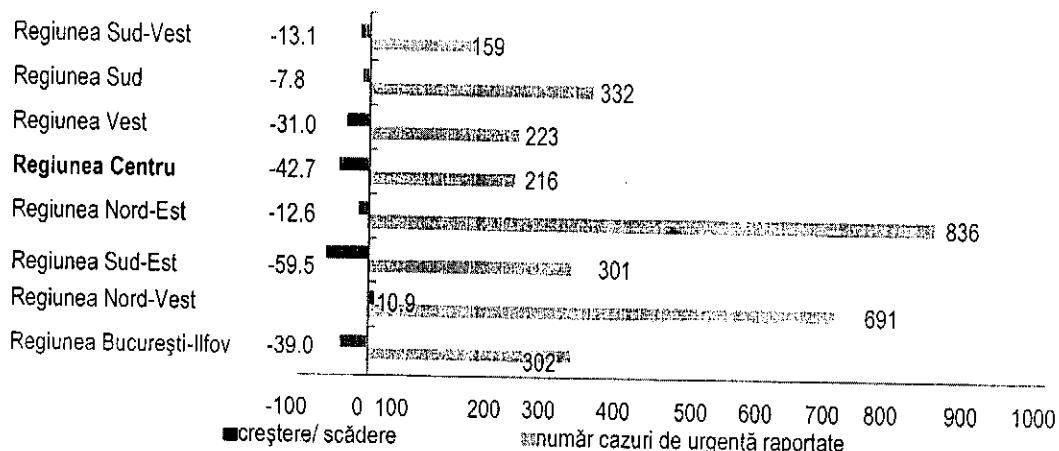
- alte diagnostice: reprezintă o clasă de diagnostice induse sau determinate de consumul
- de substanțe psihoactive, precum: leziuni sau traumatisme produse prin autoleziune, accidente și alte cauze externe.
- recoltare probe biologice: reprezintă cazurile care se prezintă la secțiile de primiri urgență în vederea recoltării de probe biologice pentru efectuarea de determinări toxicologice.

În ceea ce privește simptomatologia cazurilor de urgență raportate, se constată că, din cele 3060 de cazuri, 81,2% (față de 83,3% în anul anterior) s-au datorat unor intoxicații acute cu droguri ilicite, în 8,6% (față de 6,3%) s-a consemnat diagnosticul de dependență, în 3,3% (față de 3%) s-au înregistrat tulburări psihotice și de comportament, 2,7% (față de 2,4%) au fost ca urmare a utilizării nocive a diferitelor substanțe ilicite, 1,5% (față de 1,5%) au prezentat sindrom de încrucișare a consumului la diferite substanțe (sevraj), iar 2,2% (față de 2,9%) au prezentat alte diagnostice induse sau determinante însă de consumul de substanțe psihoactive. În 0,5% (față de 0,6%) dintre cazurile de urgență raportate pentru consum de droguri ilicite, s-a solicitat recoltarea de probe biologice în vederea efectuării de determinări toxicologice.

În funcție de regiunea de dezvoltare economică a României în care a fost înregistrată urgența medicală ca urmare a consumului exclusiv de droguri ilicite, în anul 2016, situația se prezintă astfel:

- Nord-Vest (Bihor, Bistrița Năsăud, Cluj, Maramureș, Sălaj, Satu Mare) – 691 cazuri (față de 623 cazuri);
- Vest (Arad, Caraș Severin, Hunedoara, Timiș) – 223 cazuri (față de 323 cazuri);
- Nord-Est (Botoșani, Suceava, Iași, Neamț, Bacău, Vaslui) – 836 cazuri (față de 956 cazuri);
- Sud-Est (Vrancea, Galați, Buzău, Brăila, Constanța, Tulcea) – 301 cazuri (față de 743 cazuri);
- **Centru (Mureș, Harghita, Alba, Sibiu, Brașov, Covasna)** – 216 cazuri (față de 377 cazuri);
- Sud-Vest (Gorj, Vâlcea, Olt, Mehedinți, Dolj) – 159 cazuri (față de 183 cazuri);
- Sud (Argeș, Dâmbovița, Prahova, Ialomița, Călărași, Giurgiu, Teleorman) – 332 cazuri (față de 360 cazuri);
- București-Ilfov (Municipiul București și județul Ilfov) – 302 cazuri (față de 495 cazuri).

**Distribuția urgențelor medicale ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, în 2016, pe regiuni de dezvoltare economică (număr cazuri/ %)**



Sursa: ANA

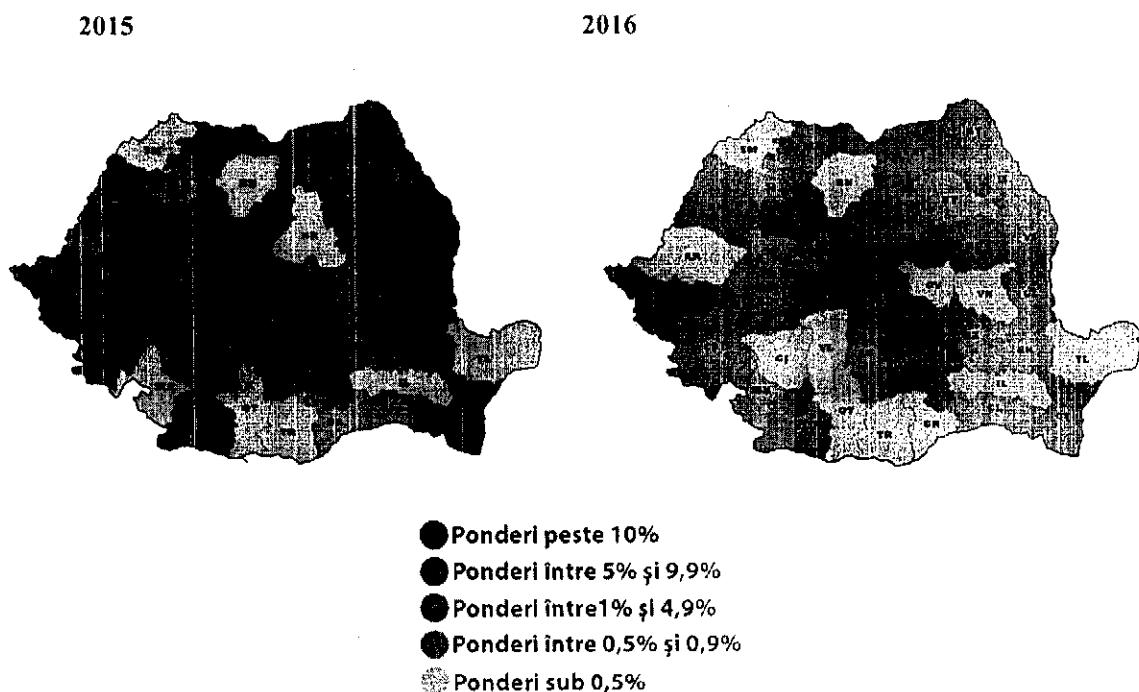
Deși numărul unităților raportoare s-a menținut constant în anul 2016, la nivelul regiunilor de dezvoltare economică, se înregistrează următoarea evoluție a cazuisticii de urgență datorată consumului de droguri ilicite:

- regiunea București-Ilfov: scăderea cu 39% a numărului de cazuri (menținerea tendinței descendente a cazuisticii de urgență datorate consumului de droguri ilicite, semnalată prima dată în 2011);

- **regiunea Centru:** scădere cu 42,7% a numărului de cazuri (schimbarea tendinței ascendentă semnalată anul anterior);
- **regiunea Nord-Est:** scădere cu 12,6% a numărului de cazuri (schimbarea tendinței ascendentă semnalată anul anterior);
- **regiunea Nord-Vest:** creșterea cu 10,9% a numărului de cazuri (confirmarea tendinței crescătoare înregistrate în anul 2012);

- regiunea Sud: scădere cu 7,8% a numărului de cazuri (schimbarea tendinței ascendentă semnalată anul anterior);
- regiunea Sud-Est: scădere cu 59,5% a numărului de cazuri (schimbarea tendinței ascendentă semnalată anul anterior);
- regiunea Sud-Vest: scădere cu 13,1% a numărului de cazuri (schimbarea tendinței ascendentă semnalată anul anterior);
- regiunea Vest: scădere cu 31% a numărului de cazuri (schimbarea tendinței ascendentă semnalată anul anterior).

**Repartiția geografică a cazurilor de urgență cauzate de consumul de droguri ilicite, analiză comparativă 2015-2016**



Sursa: ANA

Privind cazurile de urgență cauzate de consumul de droguri ilicite, analiză comparativă 2015-2016, județul Alba se situează pe locul 4 național din 5 posibile cu valori între 0,5% și 0,9%

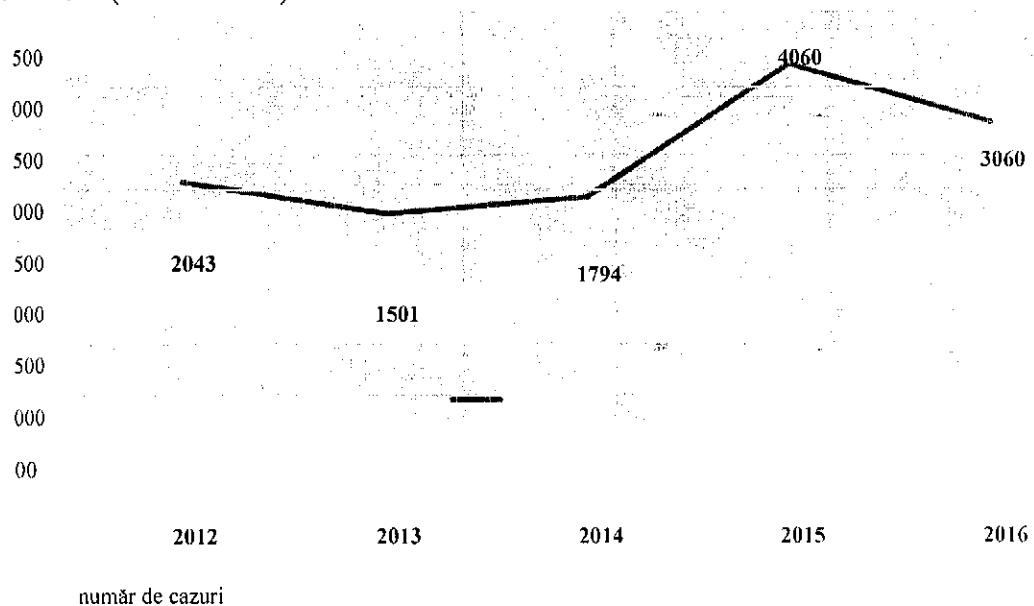
Din cele 8 regiuni de dezvoltare economică, doar într-o singură (regiunea Nord-Vest) se înregistrează o creștere a numărului de urgențe medicale datorate consumului de droguri ilicite. Analiza repartiției urgențelor medicale la nivelul unităților teritorial-administrative ale țării, în raport cu ponderea numărului de cazuri de urgență înregistrate, conduce la gruparea județelor și la delimitarea unor zone de risc, după cum urmează:

- Zonă de risc foarte mare (ponderi peste 10%): Iași, Cluj
- Zonă de risc mare (ponderi între 5% și 9,9%): București, Botoșani, Timiș, Prahova, Suceava.
- Zonă de risc mediu (ponderi între 1% și 4,9%): Bacău, Bihor, Brăila, Constanța, Dâmbovița, Dolj, Galați, Maramureș, Mureș, Sălaj, Sibiu, Vaslui.
- **Zonă de risc mic (ponderi între 0,5% și 0,9%): Alba, Argeș, Brașov, Buzău, Călărași, Caraș-Severin, Harghita, Hunedoara, Mehedinți, Neamț.**
- Zonă de risc foarte mic (ponderi sub 0,5%): Arad, Bistrița-Năsăud, Covasna, Giurgiu, Gorj, Ialomița, Olt, Satu-Mare, Teleorman, Tulcea, Vâlcea, Vrancea.

## TENDINȚE

Monitorizarea urgențelor medicale datorate consumului de droguri a fost extinsă la nivel național începând cu anul 2010, dar până în anul 2012, au fost colectate date agregate, ceea ce nu permite realizarea unei analize de tendință pentru ultimii 10 ani.

**Evoluția urgențelor medicale datorate consumului exclusiv de droguri ilicite, date comparate 2012-2016 (număr cazuri)**



*Sursa: ANA*

În ultimii 5 ani, evoluția numărului de cazuri de urgență raportate ca urmare a consumului de droguri ilicite a fost fluctuantă. În 2015, se observă o scădere a numărului de urgențe medicale raportate dar o creștere a numărului de urgențe ca urmare a consumului de droguri ilicite, pentru că în 2016 ambele tipuri de date raportate să înregistreze scăderi, comparativ cu anul anterior.

Față de anii anteriori, se remarcă schimbări de tendință pentru cazuistica de urgență determinată de consumul de opiate și se observă menținerea tendinței ascendente pentru cazuistica de urgență datorată consumului de NSP și canabis.

Se remarcă o tendință descendentală a ponderii cazuisticiei de urgență în care a fost raportat consumul de droguri multiple, conturându-se astfel o schimbare față de anii anteriori, privind proliferarea consumului mixt de droguri.

Se observă creșterea ponderilor cazurilor în care administrarea drogurilor s-a realizat pe cale pulmonară sau prin fumat, ceea ce se coreleză cu creșterea cazuisticiei în care s-a declarat consum exclusiv de canabis.

Populația analizată de consumatori actuali de droguri injectabile din sistemul de tratament are următoarele caracteristici:

- se remarcă o preponderență a bărbaților (83,1%);
- populația se concentrează majoritar în grupa de vârstă 25-34 ani (57,5%);
- se constată o semnificativă concentrare a cazurilor în zona București-IIfov (90,6%);
- consumă preponderent heroină (93,5%);
- cu debut în consum injectabil de droguri în intervalul de vârstă 15-19 ani (44%);
- au o perioadă medie de latență în consum (de la debut până la momentul admiterii la tratament specializat) de 10 ani;
- 71,5% sunt beneficiari cu un istoric îndelungat de consum injectabil (mai mult de 10 ani), față de doar 2,4% consumatori noi (mai puțin de 2 ani de consum injectabil);

- 80,1% din cazuri au declarat o frecvență zilnică a consumului anterior admiterii la tratament, iar 34,8% au declarat consum combinat de mai multe droguri, în aceeași perioadă;
- unul din 10 subiecți a utilizat în comun ace și seringi în ultimele 30 de zile;
- cei mai mulți dintre consumatori sunt absolvenți de studii gimnaziale (29,7%), urmați de absolvenți de liceu (23,8%).
- majoritatea (62%) a mai fost în tratament pentru consum de droguri;
- în 58% dintre cazuri asistența a fost acordată în regim ambulatoriu, față de 41,7% în sistem rezidențial, respectiv 0,3% în detenție.

#### **4. DATE PRIVIND UNITATILE SANITARE, STRUCTURILE, ENTITATILE EXISTENTE CU PROFIL PSIHIATRIE SI / S AU CARE ABORDEAZA CAZUistica LEGATĂ DE CONSUMUL DE DROGURI**

Datele analizate au relevat urmatoarele informații privind unitatile sanitare cu profil psihiatrie existente si /sau care abordeaza cazuistica legata de consumul de droguri, astfel:

Spitale de psihiatrie:

- Spitalul de Psihiatrie Poiana Mare Dolj
- Spitalul de Psihiatrie Bălăceanca
- Spitalul de boli nervoase din Vârlezi, Galați
- Spitalul de Psihiatrie Socola din Iași
- spitalul de psihiatrie de la Pădureni Grajduri, județul Iași
- Spitalul de Boli Psihice Cronice din Borșa, județul Cluj
- Centrul de Recuperare și Reabilitare Neuropsihiatrică Gura Ocniței
- Spitalul de Psihiatrie din Câmpulung Moldovenesc
- Centrul de Recuperare și Reabilitare Neuropsihică din Galda de Jos
- Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Săpoca, județul Buzău
- Căminul de la Aldeni, județul Buzău
- Spitalul de Psihiatrie Mocrea, județul Arad

Clinicile specializate din centrele universitare Cluj Napoca, Timisoara, Bucuresti, Iasi, etc

Spitale publice care au sectii de psihiatrie:

- Spitalele judetene de urgență

Spitale / unitati medicale cu spitalizare continua din județul Alba:

- Spitalul Municipal Sebes
- Spitalul Municipal Aiud
- Spitalul Municipal Blaj
- Spitalul Orasenesc Ocna Mures
- Spitalul Orasenesc Abrud

Alte institutii / structuri cu responsabilitati, atributii antidrog

- Centrul de Prevenire, Evaluare si Consiliere Antidrog – la nivelul fiecarui județ
- La nivel de zona de dezvoltare, centrul are atributii si de centru regional (Cluj, Brasov, Timisoara, Craiova, etc)

Structuri medicale cu specific psihiatrie si care / sau abordeaza cazuistica legata de consumul de droguri

- SC Clinica Aliat Alpha SRL - Bucuresti
- SC Centrul Aliat Violeta SRL – Dambovita
- SC Clinica Aliat Beta SRL – Constanta
- SC Clinica Aliat Omega SRL – Brasov
- SC Aliat Rezidential Delta SRL – Ilfov
- SC Aliat Rezidential Sigma SRL – Suceava
- SC Lux Echitas SRL – Constanta
- Minnie Psychological Center SRL -D – Domnesti – Ilfov
- SC Cretaterap-SRL -Tg Mures

- SC Mental Higyne SRL Constanta
- SC Hildegard-Eichert-SRL Timisoara
- SC Delicate-Mmed-SRL Bucuresti
- SC Psimco-SRL -Alexandria
- SC Sens-Centrul-de-Psihoterapie-SRL Bacau
- SC Keops-Med-SRL -Cluj Napoca
- **SC Medical-praxis-SRL - Blaj judet Alba**
- SC Psy-Med-Stoica-SRL - Sibiu
- Centrul-de-Recuperare-si-Ameliorare-Lebada-Neagra-SRL - Tg Mures
- SC Help-and-Hope-SRL - Craiova

## **5. SINTEZA ANALIZEI, DATE PENTRU ELABORAREA STRATEGIILOR, A PLANURILOR DE MANAGEMENT, ACTIUNE, INVESTITII**

### **1. În sinteză, datele de analiză scot în evidență urmatoarele aspecte:**

- ❖ La nivelul populației generale se identifică o prevalență de-a lungul vieții a consumului de canabis de 5,8%.
- ❖ Prevalența în ultimul an a consumului de canabis este de 3,2%, în timp ce, pentru consumul din ultima lună se observă o prevalență de 1,4%.
- ❖ Astfel, 7,9% dintre bărbați și 3,8% dintre femei au consumat cel puțin o dată în viață canabis, 4,3% dintre bărbați și 2% dintre femei au consumat în ultimul an, iar 2,1% dintre bărbați și 0,7% dintre femei au declarat un consum actual de canabis.
- ❖ Unul din 10 (10%) adulți tineri (15-34 ani) au încercat de-a lungul vieții să fumeze canabis, unul din 20 (5,8%) au fumat în ultimul an și unul din 40 (2,5%) a declarat consum de canabis în ultima lună.
- ❖ Comparativ cu studiile anilor anterioari, canabisul este singura substanță pentru care s-au înregistrat creșteri ale consumului pentru toate cele trei intervale de referință, între 26% (pentru consumul de-a lungul vieții) și 60% (pentru consumul recent).
- ❖ Indiferent de tipul consumului (singular sau mixt), preponderent (57,1%), administrarea canabisului s-a realizat pulmonar sau prin fumat.
- ❖ În majoritatea (57,5%) cazurilor prezентate în unitățile de primiri urgență pentru consum de canabis, vârsta persoanelor a fost sub 25 ani, 34,9% aveau vârsta între 25 și 34 ani, în timp ce, doar în 7,6% dintre cazuri a fost vorba de persoane cu vârsta peste 35 ani.
- ❖ În ceea ce privește sexul persoanelor înregistrate la nivelul secțiilor de specialitate pentru consum de canabis, 88,4% dintre acestea erau bărbați și 11,6% femei.
- ❖ Pe piața drogurilor din România sunt disponibili stimulanți, de tipul: cocaină, amfetamine și ecstasy. Dintre acestea, ecstasy este cel mai consumat, prețul la nivelul străzii fiind mult mai mic, comparativ cu cel al cocainei.
- ❖ Din punct de vedere al disponibilității percepute, stimulanții sunt considerați dificil de procurat, atât în opinia populației generale, cât și a celei școlare.
- ❖ În cazul consumului de ecstasy, 0,5% din populația generală cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 ani a declarat că a consumat acest tip de drog cel puțin o dată în viață, în timp ce, 0,1% dintre respondenți au menționat un astfel de consum în ultimul an.
- ❖ Dacă în cazul bărbaților, 0,8% au declarat că au consumat ecstasy de-a lungul vieții și 0,2% au menționat că au consumat și în ultimul an, ponderea femeilor consumatoare este aceeași și pentru consumul experimental și pentru consumul recent, respectiv 1%
- ❖ Din perspectiva ocupării economice, consumul experimental înregistrează valori mai mari în rândul persoanelor considerate în acest studiu ca fiind „active economic” (0,5%, față de 0,3%), în timp ce, în

- cazul consumului recent, ponderea este aceeași atât pentru populația activă, cât și pentru cea inactivă (0,1%).
- ❖ În urma analizei datelor, în funcție de mediul de rezidență, se constată un consum experimental de ecstasy de 3 ori mai ridicat în mediul urban (0,6% față de 0,2%), în timp ce, consumul recent este la fel de prezent în ambele medii (0,1%).
  - ❖ Cu prevalențe variind de la 1,1% (**Regiunea Nord-Vest**), la 0,1% (**Regiunea Centru** și Regiunea Nord-Est), consumul experimental de ecstasy este prezent în 7 din cele 8 regiuni de dezvoltare economică ale României (excepția o reprezentă Regiunea Sud), în timp ce, consumul recent se înregistrează doar în 4 regiuni.
  - ❖ Consumul de cocaină/ crack înregistrează al patrulea nivel al prevalenței în „clasamentul” drogurilor ilicite. Astfel, 0,7% din populația generală cu vîrstă cuprinsă între 15 și 64 ani, inclusă în eșantion, a experimentat consumul de cocaină/ crack, 0,2% dintre respondenți au declarat consum recent de cocaină/ crack, iar 0,1% au menționat că au consumat și în ultima lună.
  - ❖ Acest comportament este specific în special adulților tineri (15-34 ani), care au experimentat consumul de cocaină/ crack în proporție de 1%, 0,2% au consumat în ultimul an, pentru ca, în ultima lună, să se înregistreze consum al acestor substanțe doar în populația cu vîrste între 35 și 64 ani (0,1%).
  - ❖ Dacă în ceea ce privește experimentarea stimulanților de tip cocaină/ crack, procentul bărbaților consumatori este aproape dublu față de cel al femeilor consumatoare, 0,8% față de 0,5%, în privința consumului recent și al celui actual, se observă prevalențe similare pentru cele două genuri: 0,2% masculin și 0,2% feminin - pentru consumul de cocaină/ crack din ultimul an, respectiv 0,1% masculin și 0,1% feminin - pentru consumul de cocaină/ crack din ultima lună.
  - ❖ Cu excepția Regiunii Sud-Vest, în celelalte 7 regiuni ale țării, se înregistrează consum experimental de cocaină/ crack, **cele mai multe cazuri fiind înregistrate** în București-IIfov (1,3%), Regiunea Vest (1,1%) și **Regiunea Nord-Vest (0,8%)**. În schimb, consumul actual de cocaină/ crack se restrânge în Regiunea Vest (0,6%) și Regiunea Nord-Vest (0,2%).
  - ❖ În 2016, amfetaminele înregistrează în România o prevalență a consumului de-a lungul vieții de 0,3%, în timp ce, pentru consumul recent se constată o prevalență de 0,1%. Pentru acest tip de drog, nu se constată la nivel național consum în ultimele 30 de zile.
  - ❖ Dacă în cazul consumului experimental de amfetamine, prevalența în rândul populației masculine este de 6 ori mai mare decât cea observată în rândul celei feminine (0,6%, față de 0,1%), doar bărbații continuă să consume în ultimul an – 0,1%.
  - ❖ Cea mai mare prevalență de-a lungul vieții se înregistrează în grupa de vîrstă 25-34 ani (0,6%). Nu se înregistrează consum de amfetamine pentru respondenții cu vîrstă peste 54 ani.
  - ❖ Exceptând populația din Regiunea Sud-Vest, respondenții din celelalte 7 regiuni de dezvoltare economică a României au declarat consum de amfetamine, cei mai mulți fiind din București-IIfov (0,7%) și din **Regiunea Nord-Vest (0,7%)**. Aceste regiuni sunt cele în care s-a înregistrat consum recent - București-IIfov, 0,1% și Regiunea Nord-Vest, 0,4%.
  - ❖ 2,2% dintre admiterile la tratament ca urmare a consumului de droguri din anul 2016 au fost ca urmare a consumului de stimulante (1% pentru cocaină, 0,6% ecstasy, 0,4% amfetamine și 0,2% metamfetamine). Ca și în anii anteriori, majoritatea persoanelor admise la tratament pentru consum de stimulante reprezintă cazuri noi (31 din cele 36 cazuri de cocaină sau 33 cazuri din cele 43 cazuri de stimulante, altele decât cocaina).
  - ❖ Raportul bărbați/ fermei consumatori de cocaină care s-au adresat serviciilor de asistență este 2,6 pentru cocaină și 3,8 pentru celelalte stimulante. Raportul este și mai mare (4,2, respectiv 5,6) dacă se iau în considerare cazurile noi incluse în sistemul de tratament.
  - ❖ În ansamblul cazuisticii de urgențe medicale datorate consumului de droguri ilicite înregistrate la nivel național în anul 2016, substanțele stimulante au fost menționate în 8,7% dintre cazuri (consum singular sau în combinație).

- ❖ Deși se observă o extindere la nivel național a cazuisticii urgențelor medicale datorate consumului de stimulanți, aceasta rămâne totuși concentrată în 6 unități teritoriale (**Cluj, Timiș, Mureș, Municipiul București, Iași și Constanța**), unde se cumulează peste două treimi (66,8%) din numărul total de cazuri.
- ❖ La nivelul populației generale se identifică o prevalență de-a lungul vieții a consumului de heroină de 0,3%
- ❖ În cazul consumului de heroină, bărbații înregistrează o prevalență a consumului de-a lungul vieții de 0,3%, față de 0,2% în rândul femeilor.
- ❖ În cazul consumului recent, nu există o diferențiere a consumului de heroină între cele două sexe: 0,2% pentru bărbați, respectiv 0,1% pentru femei.
- ❖ Cât privește consumul actual de heroină, acesta înregistrează aceeași valoare – 0,1%, atât în rândul bărbaților, cât și în rândul femeilor.
- ❖ Din totalul celor admiși la tratament specializat pentru consum de droguri (3544 persoane) în anul 2016, 967 (27,3%) dintre consumatori își administrau injectabil drogul opioacee.
- ❖ 91,1% din totalul consumatorilor de opioacee își injectaseră droguri cândva în viață, reprezentând 24,7% din totalul celor admiși la tratament în anul de referință.
- ❖ În ceea ce privește consumatorii curenti de opioacee injectabile (care au consumat în ultimele 30 de zile), aceștia (580 persoane) reprezentau 60,2% din totalul consumatorilor de opioacee și 16,4% din totalul celor admiși la tratament. 63,8% dintre cazuri se regăsesc în rândul consumatorilor cu istoric de injectare de peste 10 ani, urmați de cei cu istoric de injectare între 5-10 ani (16,6%).
- ❖ În 2016, au fost raportate 282 cazuri de urgențe medicale datorate consumului de opioide (consum singular sau în combinație).
- ❖ În privința repartiției teritoriale a cazuisticii urgențelor medicale datorate consumului de opioide, se observă în continuare concentrarea sa în capitală (62,8%). Cu toate acestea, apare o extindere a sa și în alte două județe mari ale României – Cluj și Prahova, cele două unități teritoriale, cumulând 17,7% din toată cazuistica.
- ❖ Conform rezultatelor GPS 2016, după cannabis, pe poziția a două în „topul” celor mai consumate droguri în România, se situează noile substanțe psihoactive. Astfel, 2,5% din populația generală cu vârstă cuprinsă între 15 și 64 ani inclusiv în eșantion a experimentat consumul de NSP, 0,9% dintre persoanele interviewate au declarat consum de NSP în ultimul an, în timp ce, doar 0,3% au menționat că au consumat și în ultima lună.
- ❖ Indiferent de perioada analizată, populația de sex masculin consumatoare de NPS prezintă dublul populației feminine care prezintă același comportament (3,4% față de 1,6%, 1,3% față de 0,6%, respectiv 0,5% față de 0,2%).
- ❖ Pe categorii de vîrstă, cele mai mari prevalențe ale consumului de NPS se înregistrează în rândul populației tinere: 15-24 ani - 5% consum experimental, 2,1% consum actual și, respectiv 0,6% consum recent - și 25-34 ani - 3,7% consum experimental, 1,4% consum recent și, respectiv 0,6% consum actual.
- ❖ Noile substanțe psihoactive experimentate de participanții la studiu: substanțele sintetice (1,3%), ierburi (0,7%), piperazine (0,4%), GLB (0,4%), spice (0,3%, ketamină (0,3%), Nexus (0,2%), mefedrona (0,2%).
- ❖ Ca și în cazul canabisului, în toate regiunile țării, se înregistrează consum experimental de NPS, de la 0,7% în Regiunea Nord-Vest la 4,9% în București-Ilfov. De asemenea, consumul recent este răspândit la nivel național, fiind observat în 7 din cele 8 regiuni de dezvoltare economică ale României (excepție în Regiunea Sud-Est), de la 0,1% în Regiunea Nord-Est, la 2,3% în București-Ilfov. În schimb, cea mai mare prevalență fiind declarată de locuitorii din București-Ilfov (1%).
- ❖ În 2016, au fost raportate 1236 cazuri de urgențe medicale datorate consumului de NSP (consum singular sau în combinație), ceea ce înseamnă o scădere cu 35,9% față de anul anterior, când au fost înregistrate 1928 astfel de cazuri.
- ❖ Un procent de 62,1% dintre cei interviewați au fumat cel puțin o dată de-a lungul vieții, 39,7% dintre aceștia declarând că fumează zilnic

- ❖ Creștere mai importantă se observă în cazul consumului recent de alcool, care înregistrează o prevalență de 74,9%, față de 65%, în studiile anilor anteriori. Prevalența de-a lungul vieții a consumului de alcool atinge valoarea de 86,1%, în timp ce, prevalența în ultima lună este de 58,3%.
- ❖ Pentru debutul în consumul de alcool, se înregistrează o vârstă medie de aproape 18 ani.
- ❖ La nivelul populației generale se identifică o prevalență de-a lungul vieții a consumului de tranzilizante, sedative și antidepresive de 3,9%. Prevalența în ultimul an a consumului de medicamente fără prescripție medicală este de 1,9%, în timp ce, pentru consumul din ultima lună se observă o prevalență de 1,2%.
- ❖ Rețeaua rezidențială de tratament din România asigură servicii specializate (medicale, psihologice și sociale) în vederea reintegrării psiho-sociale a persoanelor consumatoare de droguri. Dintre acestea, cele mai importante sunt programele de dezintoxicare și serviciile medicale psihiatricce
- ❖ În funcție de tipul consumului care a generat urgență medicală, cazurile de urgență raportate se repartizează astfel: 43,1% (față de 43,4 în 2015) au fost înregistrate pe fondul consumului de droguri ilicite, 32,3% (față de 24,1% în 2015) au fost generate de consumul exclusiv de alcool, 12,5% (față de 14,8% în 2015) au fost raportate ca urmare a consumul de droguri multiple, 6,1% (față de 11,2% în 2015) s-a datorat consumului exclusiv și abuziv de medicamente, 6% (față de 6,5% în 2015) a fost atribuit consumului unor substanțe necunoscute.
- ❖ La nivel național, în 2016, au fost înregistrate 3060 cazuri de urgențe medicale în care a fost semnalat consumul cel puțin al unui drog ilicit (consum singular sau în combinație).
- ❖ Din totalul cazurilor în care s-a raportat consum exclusiv de droguri ilicite, în 36% a fost menționat consumul de NSP (singular sau în combinație), în 15,8% dintre cazuri a fost consemnat consumul de cannabis, iar în 8,2% s-a declarat consum de opiate (heroină, metadonă sau opiate generic). Totodată, în 2,6% dintre cazurile înregistrate s-a raportat consum de halucinogene, 2,1% consum de solvenți volatili, în 2,1% consum de stimulanți și în 1,3% consum de cocaină. De asemenea, în 8,7% dintre cazuri a fost consemnat generic consumul de droguri, fără a se menționa tipul substanței consumate. Consumul de medicamente a fost raportat în 23,2% din cazurile de urgență înregistrate.
- ❖ În funcție de regiunea de dezvoltare economică a României în care a fost înregistrată urgența medicală ca urmare a consumului exclusiv de droguri ilicite, în anul 2016, situația se prezintă astfel:
  - **Nord-Vest (Bihor, Bistrița Năsăud, Cluj, Maramureș, Sălaj, Satu Mare)** – 691 cazuri (față de 623 cazuri);
  - **Vest (Arad, Caraș Severin, Hunedoara, Timiș)** – 223 cazuri (față de 323 cazuri);
  - **Nord-Est (Botoșani, Suceava, Iași, Neamț, Bacău, Vaslui)** – 836 cazuri (față de 956 cazuri);
  - **Sud-Est (Vrancea, Galați, Buzău, Brăila, Constanța, Tulcea)** – 301 cazuri (față de 743 cazuri);
  - **Centru (Mureș, Harghita, Alba, Sibiu, Brașov, Covasna)** – 216 cazuri (față de 377 cazuri);
  - **Sud-Vest (Gorj, Vâlcea, Olt, Mehedinți, Dolj)** – 159 cazuri (față de 183 cazuri);
  - **Sud (Argeș, Dâmbovița, Prahova, Ilfov, Giurgiu, Teleorman)** – 332 cazuri (față de 360 cazuri);
  - **București-Ilfov (Municipiul București și județul Ilfov)** – 302 cazuri (față de 495 cazuri).
- ❖ Analiza repartiției urgențelor medicale la nivelul unităților teritorial-administrative ale țării, în raport cu ponderea numărului de cazuri de urgență înregistrate, conduce la gruparea județelor și la delimitarea unor zone de risc, după cum urmează:
  - **Zonă de risc foarte mare** (ponderi peste 10%): Iași, Cluj
  - **Zonă de risc mare** (ponderi între 5% și 9,9%): București, Botoșani, Timiș, Prahova, Suceava.
  - **Zonă de risc mediu** (ponderi între 1% și 4,9%): Bacău, Bihor, Brăila, Constanța, Dâmbovița, Dolj, Galați, Maramureș, Mureș, Sălaj, Sibiu, Vaslui.
  - **Zonă de risc mic** (ponderi între 0,5% și 0,9%): Alba, Argeș, Brașov, Buzău, Călărași, Caraș-Severin, Harghita, Hunedoara, Mehedinți, Neamț.

- **Zonă de risc foarte mic** (ponderi sub 0,5%): Arad, Bistrița-Năsăud, Covasna, Giurgiu, Gorj, Ialomița, Olt, Satu-Mare, Teleorman, Tulcea, Vâlcea, Vrancea.

Tot în sinteză, raportat strict la județul Alba, datele sunt următoarele:

- Privind cazurile de urgentă cauzate de consumul de cannabis, județul Alba se află la nivelul al treilea național cu valori între 5 și 9 cazuri.
- Privind caz de urgență cauzate de consumul de stimulanți (singular sau în combinație) se situează la nivelul național 4 din 5 posibile cu valori între 1 și 4 cazuri.
- Privind caz de urgență cauzate de consumul de opioace (singular sau în combinație), județul Alba se situează la nivelul național 3 din 4 cu valori între 1 și 4 cazuri.
- Privind caze de urgență cauzate de consumul de NSP (singular sau în combinație), județul Alba se situează la nivelul 3 național din 5 posibile cu valori între 10 și 24 cazuri.
- Privind cazurile de urgență cauzate de consumul de droguri ilicite, analiză comparativă 2015-2016, județul Alba se situează pe locul 4 național din 5 posibile cu valori între 0,5% și 0,9%

## **2. Sinteză date privind unitatile sanitare, structurile, entitatile existente cu profil psihiatrie si / sau care abordeaza cazuistica legată de consumul de droguri:**

- Unitati medicale de psihiatrie – 12 + 7 din care in județul Alba – 1, zona de dezvoltare - 1
- Spitale publice care au sectii de psihiatrie: 41, din care in județul Alba – 1, zona de dezvoltare - 5
- Spitele / unitati medicale cu spitalizare continua din județul Alba: 5
- Alte institutii / structuri cu responsabilitati, atributii antidrug - din care in județul Alba – 1, zona de dezvoltare - 6
- Structuri medicale cu specific psihiatrie si care / sau abordeaza cazuistica legată de consumul de droguri – 19, din care in județul Alba – 1, zona de dezvoltare - 5

The image shows a handwritten signature "PINTEA FELIX" in black ink, written twice, once above and once below a circular official stamp. The stamp is for "SOCIETATEA COMERCIALĂ" and includes the number "11/500/2013", the name "Lăpușan Cătălin", and the identifier "Județul ALBA". Above the stamp, the word "MANAGER" is printed in capital letters.

**LUAT LA CUNOSTINTA**

**ADMINISTRATOR, MEDIC SEF**

Dr. LAURA CATAN

**MANAGER GENERAL**

PAVEN COȘMIN

**ECONOMIST, RESP. FINANȚE**

SAVENCU CIPRIAN



## **CENTRUL MEDICAL LAURA CĂTANA**

SC Centrul Medical Laura Cătană SRL CF 32111368 J1/503/7.08.2013  
Petești, Str. Mihai Eminescu, nr.67, Jud. Alba, Tel: 0746.287.107  
Punct de lucru: Pianul de Jos, Str. Horea, nr. 148A  
E-mail: laura.catana@doctor-psi.ro  
www.doctor-psi.ro

Anexa nr. ...3... la nr. ...3~RA/15.01.2018

# **RAPORT**

## **REFERITOR LA ANALIZA**

### **SITUATIEI, CONSUMUL, CAZUISTICA SI EFECTELE CONSUMULUI DE DROGURI LA NIVEL NATIONAL SI JUDEȚUL ALBA**

**ASPECTE AFERENTE PERIOADEI 2012 - 2017**

## 1. PRECIZARI

Pentru elaborarea analizei s-au avut in vedere urmatoarele date, elemente si aspecte:

### **1. PRINCIPALELE DROGURI CONSUMATE ÎN ROMÂNIA**

- Canabisul, stimulantii, heroina si alte opiacene, noi substante psihooactive, drogurile licite (tutun, alcool) și medicamentele fara prescriptive medicală
- Consumul de droguri în populația generală
- Tratament si urgent medicale pentru consum de droguri

**Nota:** s-au avut in vedere aspect relevante pentru judetul Alba și / sau judetele limitrofe, zona de dezvoltare centru respective zone / judete cu risc ridicat.

### **2. TRATAMENTUL SI ASISTENȚA CONSUMATORILOR DE DROGURI**

- Sistemul de tratament (organizarea sistemului, sisteme de tratament ambulatoriu si rezidential)
- Aspecte ale furnizării și utilizării tratamentului pentru dependența de droguri
- Date relevante / date cheie privind cererea de tratament, în funcție de drogul principal consumat
- Caracteristici socio-demografice ale persoanelor admise la tratament
- Modalități de tratament existente
- Efecte asociate direct sau indirect consumului de droguri (decese, rezultate toxicologice)
- Tendințe pentru perioada următoare

**Nota:** s-au avut in vedere aspect relevante pentru judetul Alba și / sau judetele limitrofe, zona de dezvoltare centru respective zone / judete cu risc ridicat.

### **3. URGENȚE MEDICALE CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI**

- Urgențe medicale ca urmare a consumului de droguri
- Tendințe

**Nota:** s-au avut in vedere aspect relevante pentru judetul Alba și / sau judetele limitrofe, zona de dezvoltare centru respective zone / judete cu risc ridicat.

### **4. ASPECTE PRIVIND PIATA DE SERVICII PE ACEST SEGMENT LA NIVEL NATIONAL, ZONAL, JUDETEAN**

#### **LA ELABORAREA ANALIZEI S-AU UTILIZAT DATE DIN STUDIILE, ANALIZELE SI RAPORTARILE EFECTUATE / EXISTENTE DE / ÎN :**

- Agenția Națională Antidrog - studii, rapoarte, analize anii 2012 – 2017
- <http://www.ana.gov.ro/studii/Raport%20GPS%202013%20site.pdf>
- EMCDDA, ESPAD (2016). ESPAD Report 2015 - Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.
- [http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD\\_report\\_2015.pdf](http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf)

## **2. CONCLUZII, SINTEZA ANALIZEI, DATE PENTRU ELABORAREA STRATEGIILOR, A PLANURILOR DE MANAGEMENT, ACTIUNE, INVESTITII**

### **I. In concluzie, datele de analiză scot în evidență urmatoarele aspecte:**

- ❖ La nivelul populației generale se identifică o prevalență de-a lungul vieții a consumului de canabis de 5,8%.
- ❖ Prevalența în ultimul an a consumului de canabis este de 3,2%, în timp ce, pentru consumul din ultima lună se observă o prevalență de 1,4%.
- ❖ Astfel, 7,9% dintre bărbați și 3,8% dintre femei au consumat cel puțin o dată în viață canabis, 4,3% dintre bărbați și 2% dintre femei au consumat în ultimul an, iar 2,1% dintre bărbați și 0,7% dintre femei au declarat un consum actual de canabis.
- ❖ Unul din 10 (10%) adulți tineri (15-34 ani) au încercat de-a lungul vieții să fumeze canabis, unul din 20 (5,8%) au fumat în ultimul an și unul din 40 (2,5%) a declarat consum de canabis în ultima lună.
- ❖ Comparativ cu studiile anilor anteriori, canabisul este singura substanță pentru care s-au înregistrat creșteri ale consumului pentru toate cele trei intervale de referință, între 26% (pentru consumul de-a lungul vieții) și 60% (pentru consumul recent).
- ❖ Indiferent de tipul consumului (singular sau mixt), preponderent (57,1%), administrarea canabisului s-a realizat pulmonar sau prin fumat.
- ❖ În majoritatea (57,5%) cazurilor prezентate în unitățile de primiri urgență pentru consum de canabis, vârsta persoanelor a fost sub 25 ani, 34,9% aveau vârstă între 25 și 34 ani, în timp ce, doar în 7,6% dintre cazuri a fost vorba de persoane cu vârstă peste 35 ani.
- ❖ În ceea ce privește sexul persoanelor înregistrate la nivelul secțiilor de specialitate pentru consum de canabis, 88,4% dintre acestea erau bărbați și 11,6% femei.
- ❖ Pe piața drogurilor din România sunt disponibili stimulanți, de tipul: cocaină, amfetamine și ecstasy. Dintre acestea, ecstasy este cel mai consumat, prețul la nivelul străzii fiind mult mai mic, comparativ cu cel al cocainei.
- ❖ Din punct de vedere al disponibilității percepute, stimulanții sunt considerați dificil de procurat, atât în opinia populației generale, cât și a celei școlare.
- ❖ În cazul consumului de ecstasy, 0,5% din populația generală cu vârstă cuprinsă între 15 și 64 ani a declarat că a consumat acest tip de drog cel puțin o dată în viață, în timp ce, 0,1% dintre respondenți au menționat un astfel de consum în ultimul an.
- ❖ Dacă în cazul bărbaților, 0,8% au declarat că au consumat ecstasy de-a lungul vieții și 0,2% au menționat că au consumat și în ultimul an, ponderea femeilor consumatoare este aceeași și pentru consumul experimental și pentru consumul recent, respectiv 1%
- ❖ Din perspectiva ocupării economice, consumul experimental înregistrează valori mai mari în rândul persoanelor considerate în acest studiu ca fiind „active economic” (0,5%, față de 0,3%), în timp ce, în cazul consumului recent, ponderea este aceeași atât pentru populația activă, cât și pentru cea inactivă (0,1%).
- ❖ În urma analizei datelor, în funcție de mediul de rezidență, se constată un consum experimental de ecstasy de 3 ori mai ridicat în mediul urban (0,6% față de 0,2%), în timp ce, consumul recent este la fel de prezent în ambele medii (0,1%).
- ❖ Cu prevalențe variind de la 1,1% (Regiunea Nord-Vest), la 0,1% (Regiunea Centru și Regiunea Nord-Est), consumul experimental de ecstasy este prezent în 7 din cele 8 regiuni de dezvoltare economică ale României (excepția o reprezentă Regiunea Sud), în timp ce, consumul recent se înregistrează doar în 4 regiuni.
- ❖ Consumul de cocaină/ crack înregistrează al patrulea nivel al prevalenței în „clasamentul” drogurilor ilicite. Astfel, 0,7% din populația generală cu vârstă cuprinsă între 15 și 64 ani, inclusă în eșantion, a experimentat consumul de cocaină/ crack, 0,2% dintre respondenți au declarat consum recent de cocaină/ crack, iar 0,1% au menționat că au consumat și în ultima lună.

- ❖ Acet comportament este specific în special adulților tineri (15-34 ani), care au experimentat consumul de cocaină/ crack în proporție de 1%, 0,2% au consumat în ultimul an, pentru ca, în ultima lună, să se înregistreze consum al acestor substanțe doar în populația cu vârste între 35 și 64 ani (0,1%).
- ❖ Dacă în ceea ce privește experimentarea stimulanților de tip cocaină/ crack, procentul bărbaților consumatori este aproape dublu față de cel al femeilor consumatoare, 0,8% față de 0,5%, în privința consumului recent și al celui actual, se observă prevalențe similare pentru cele două genuri: 0,2% masculin și 0,2% feminin - pentru consumul de cocaină/ crack din ultimul an, respectiv 0,1% masculin și 0,1% feminin - pentru consumul de cocaină/ crack din ultima lună.
- ❖ Cu excepția Regiunii Sud-Vest, în celelalte 7 regiuni ale țării, se înregistrează consum experimental de cocaină/ crack, **cele mai multe cazuri fiind înregistrate** în București-Ilfov (1,3%), Regiunea Vest (1,1%) și **Regiunea Nord-Vest (0,8%)**. În schimb, consumul actual de cocaină/ crack se restrânge în Regiunea Vest (0,6%) și Regiunea Nord-Vest (0,2%).
- ❖ În 2016, amfetaminele înregistrează în România o prevalență a consumului de-a lungul vieții de 0,3%, în timp ce, pentru consumul recent se constată o prevalență de 0,1%. Pentru acest tip de drog, nu se constată la nivel național consum în ultimele 30 de zile.
- ❖ Dacă în cazul consumului experimental de amfetamine, prevalența în rândul populației masculine este de 6 ori mai mare decât cea observată în rândul celei feminine (0,6%, față de 0,1%). doar bărbații continuă să consume în ultimul an – 0,1%.
- ❖ Cea mai mare prevalență de-a lungul vieții se înregistrează în grupa de vîrstă 25-34 ani (0,6%). Nu se înregistrează consum de amfetamine pentru respondenții cu vîrstă peste 54 ani.
- ❖ Exceptând populația din Regiunea Sud-Vest, respondenții din celelalte 7 regiuni de dezvoltare economică a României au declarat consum de amfetamine, cei mai mulți fiind din București-Ilfov (0,7%) și din **Regiunea Nord-Vest (0,7%)**. Aceste regiuni sunt cele în care s-a înregistrat consum recent - București-Ilfov, 0,1% și Regiunea Nord-Vest, 0,4%.
- ❖ 2,2% dintre admiterile la tratament ca urmare a consumului de droguri din anul 2016 au fost ca urmare a consumului de stimulante (1% pentru cocaină, 0,6% ecstasy, 0,4% amfetamine și 0,2% metamfetamine). Ca și în anii anteriori, majoritatea persoanelor admise la tratament pentru consum de stimulante reprezintă cazuri noi (31 din cele 36 cazuri de cocaină sau 33 cazuri din cele 43 cazuri de stimulante, altele decât cocaine).
- ❖ Raportul bărbați/ femei consumatori de cocaină care s-au adresat serviciilor de asistență este 2,6 pentru cocaină și 3,8 pentru celelalte stimulante. Raportul este și mai mare (4,2, respectiv 5,6) dacă se iau în considerare cazurile noi incluse în sistemul de tratament.
- ❖ În ansamblul cazuisticii de urgențe medicale datorate consumului de droguri ilicite înregistrate la nivel național în anul 2016, substanțele stimulante au fost menționate în 8,7% dintre cazuri (consum singular sau în combinație).
- ❖ Deși se observă o extindere la nivel național a cazuisticii urgențelor medicale datorate consumului de stimulanți, aceasta rămâne totuși concentrată în 6 unități teritoriale (**Cluj, Timiș, Mureș, Municipiul București, Iași și Constanța**), unde se cumulează peste două treimi (66,8%) din numărul total de cazuri.
- ❖ La nivelul populației generale se identifică o prevalență de-a lungul vieții a consumului de heroină de 0,3%
- ❖ În cazul consumului de heroină, bărbații înregistrează o prevalență a consumului de-a lungul vieții de 0,3%, față de 0,2% în rândul femeilor.
- ❖ În cazul consumului recent, nu există o diferențiere a consumului de heroină între cele două sexe: 0,2% pentru bărbați, respectiv 0,1% pentru femei.
- ❖ Cât privește consumul actual de heroină, acesta înregistrează aceeași valoare – 0,1%, atât în rândul bărbaților, cât și în rândul femeilor.
- ❖ Din totalul celor admiși la tratament specializat pentru consum de droguri (3544 persoane) în anul 2016, 967 (27,3%) dintre consumatori își administrau injectabil drogul opioacee.
- ❖ 91,1% din totalul consumatorilor de opioace își injectaseră droguri cândva în viață, reprezentând 24,7% din totalul celor admiși la tratament în anul de referință.

- ❖ În ceea ce privește consumatorii curenți de opiate injectabile (care au consumat în ultimele 30 de zile), aceștia (580 persoane) reprezentau 60,2% din totalul consumatorilor de opiate și 16,4% din totalul celor admiși la tratament. 63,8% dintre cazuri se regăsesc în rândul consumatorilor cu istoric de injectare de peste 10 ani, urmăți de cei cu istoric de injectare între 5-10 ani (16,6%).
- ❖ În 2016, au fost raportate 282 cazuri de urgențe medicale datorate consumului de opioide (consum singular sau în combinație).
- ❖ În privința repartiției teritoriale a cazuisticii urgențelor medicale datorate consumului de opioide, se observă în continuare concentrarea sa în capitală (62,8%). Cu toate acestea, apare o extindere a sa și în alte două județe mari ale României – Cluj și Prahova, cele două unități teritoriale, cumulând 17,7% din toată cazuistica.
- ❖ Conform rezultatelor GPS 2016, după cannabis, pe poziția a două în „topul” celor mai consumate droguri în România, se situează noile substanțe psihooactive. Astfel, 2,5% din populația generală cu vîrstă cuprinsă între 15 și 64 ani inclusă în eșantion a experimentat consumul de NSP, 0,9% dintre persoanele interviewate au declarat consum de NSP în ultimul an, în timp ce, doar 0,3% au menționat că au consumat și în ultima lună.
- ❖ Indiferent de perioada analizată, populația de sex masculin consumatoare de NPS reprezintă dublul populației feminine care prezintă același comportament (3,4% față de 1,6%, 1,3% față de 0,6%, respectiv 0,5% față de 0,2%).
- ❖ Pe categorii de vîrstă, cele mai mari prevalențe ale consumului de NPS se înregistrează în rândul populației tinere: 15-24 ani - 5% consum experimental, 2,1% consum actual și, respectiv 0,6% consum recent - și 25-34 ani - 3,7% consum experimental, 1,4% consum recent și, respectiv 0,6% consum actual.
- ❖ Noile substanțe psihooactive experimentate de participanții la studiu: substanțele sintetice (1,3%), ierburi (0,7%), piperazine (0,4%), GLB (0,4%), spice (0,3%), ketamină (0,3%), Nexus (0,2%), mefedrona (0,2%).
- ❖ Ca și în cazul canabisului, în toate regiunile țării, se înregistrează consum experimental de NPS, de la 0,7% în Regiunea Nord-Vest la 4,9% în București-Ilfov. De asemenea, consumul recent este răspândit la nivel național, fiind observat în 7 din cele 8 regiuni de dezvoltare economică ale României (excepție în Regiunea Sud-Est), de la 0,1% în Regiunea Nord-Est, la 2,3% în București-Ilfov. În schimb, cea mai mare prevalență fiind declarată de locuitorii din București-Ilfov (1%).
- ❖ În 2016, au fost raportate 1236 cazuri de urgențe medicale datorate consumului de NSP (consum singular sau în combinație), ceea ce înseamnă o scădere cu 35,9% față de anul anterior, când au fost înregistrate 1928 astfel de cazuri.
- ❖ Un procent de 62,1% dintre cei interviewați au fumat cel puțin o dată de-a lungul vieții. 39,7% dintre aceștia declarând că fumează zilnic.
- ❖ Creștere mai importantă se observă în cazul consumului recent de alcool, care înregistrează o prevalență de 74,9%, față de 65%, în studiile anilor anteriori. Prevalența de-a lungul vieții a consumului de alcool atinge valoarea de 86,1%, în timp ce, prevalența în ultima lună este de 58,3%.
- ❖ Pentru debutul în consumul de alcool, se înregistrează o vîrstă medie de aproape 18 ani.
- ❖ La nivelul populației generale se identifică o prevalență de-a lungul vieții a consumului de tranchilizante, sedative și antidepresive de 3,9%. Prevalența în ultimul an a consumului de medicamente fără prescripție medicală este de 1,9%, în timp ce, pentru consumul din ultima lună se observă o prevalență de 1,2%.
- ❖ Rețeaua rezidențială de tratament din România asigură servicii specializate (medicale, psihologice și sociale) în vederea reintegrării psihico-sociale a persoanelor consumatoare de droguri. Dintre acestea, cele mai importante sunt programele de dezintoxicare și serviciile medicale psihiatricce
- ❖ În funcție de tipul consumului care a generat urgență medicală, cazurile de urgență raportate se repartizează astfel: 43,1% (față de 43,4 în 2015) au fost înregistrate pe fondul consumului de droguri ilicite, 32,3% (față de 24,1% în 2015) au fost generate de consumul exclusiv de alcool, 12,5% (față de 14,8% în 2015) au fost raportate ca urmare a consumului de droguri multiple, 6,1% (față de 11,2% în

- 2015) s-a datorat consumului exclusiv și abuziv de medicamente, 6% (față de 6,5% în 2015) a fost atribuit consumului unor substanțe necunoscute.
- ❖ La nivel național, în 2016, au fost înregistrate 3060 cazuri de urgențe medicale în care a fost semnalat consumul cel puțin al unui drog ilicit (consum singular sau în combinație).
  - ❖ Din totalul cazurilor în care s-a raportat consum exclusiv de droguri ilicite, în 36% a fost menționat consumul de NSP (singular sau în combinație), în 15,8% dintre cazuri a fost consemnat consumul de cannabis, iar în 8,2% s-a declarat consum de opiate (heroină, metadonă sau opiate generic). Totodată, în 2,6% dintre cazurile înregistrate s-a raportat consum de halucinogene, 2,1% consum de solventi volatili, în 2,1% consum de stimulanți și în 1,3% consum de cocaină. De asemenea, în 8,7% dintre cazuri a fost consemnat generic consumul de droguri, fără a se menționa tipul substanței consumate. Consumul de medicamente a fost raportat în 23,2% din cazurile de urgență înregistrate.
  - ❖ În funcție de regiunea de dezvoltare economică a României în care a fost înregistrată urgența medicală ca urmare a consumului exclusiv de droguri ilicite, în anul 2016, situația se prezintă astfel:
    - **Nord-Vest (Bihor, Bistrița Năsăud, Cluj, Maramureș, Sălaj, Satu Mare)** – 691 cazuri (față de 623 cazuri);
    - **Vest (Arad, Caraș Severin, Hunedoara, Timiș)** – 223 cazuri (față de 323 cazuri);
    - **Nord-Est (Botoșani, Suceava, Iași, Neamț, Bacău, Vaslui)** – 836 cazuri (față de 956 cazuri);
    - **Sud-Est (Vrancea, Galați, Buzău, Brăila, Constanța, Tulcea)** – 301 cazuri (față de 743 cazuri);
    - **Centru (Mureș, Harghita, Alba, Sibiu, Brașov, Covasna)** – 216 cazuri (față de 377 cazuri);
    - **Sud-Vest (Gorj, Vâlcea, Olt, Mehedinți, Dolj)** – 159 cazuri (față de 183 cazuri);
    - **Sud (Argeș, Dâmbovița, Prahova, Ialomița, Călărași, Giurgiu, Teleorman)** – 332 cazuri (față de 360 cazuri);
    - **București-Ilfov (Municipiul București și județul Ilfov)** – 302 cazuri (față de 495 cazuri).  - ❖ Analiza repartiției urgențelor medicale la nivelul unităților teritorial-administrative ale țării, în raport cu ponderea numărului de cazuri de urgență înregistrate, conduce la gruparea județelor și la delimitarea unor zone de risc, după cum urmează:
    - **Zonă de risc foarte mare** (ponderi peste 10%): Iași, **Cluj**
    - **Zonă de risc mare** (ponderi între 5% și 9,9%): București, Botoșani, **Timiș**, Prahova, Suceava.
    - **Zonă de risc mediu** (ponderi între 1% și 4,9%): Bacău, Bihor, Brăila, Constanța, Dâmbovița, Dolj, Galați, Maramureș, **Mureș**, **Sălaj**, **Sibiu**, Vaslui.
    - **Zonă de risc mic (ponderi între 0,5% și 0,9%)**: Alba, Argeș, **Brașov**, Buzău, Călărași, Caraș-Severin, **Harghita**, **Hunedoara**, Mehedinți, Neamț.
    - **Zonă de risc foarte mic** (ponderi sub 0,5%): **Arad**, **Bistrița-Năsăud**, Covasna, Giurgiu, Gorj, Ialomița, Olt, Satu-Mare, Teleorman, Tulcea, Vâlcea, Vrancea.
- Tot în sinteză, raportat strict la județul Alba, datele sunt următoarele:**
- Privind cazurile de urgență cauzate de consumul de cannabis, județul Alba se află la nivelul al treilea național cu valori între 5 și 9 cazuri.
  - Privind caz de urgență cauzate de consumul de stimulanți (singular sau în combinație) se situează la nivelul național 4 din 5 posibile cu valori între 1 și 4 cazuri.
  - Privind caz de urgență cauzate de consumul de opiate (singular sau în combinație), județul Alba se situează la nivelul național 3 din 4 cu valori între 1 și 4 cazuri.
  - Privind cauze de urgență cauzate de consumul de NSP (singular sau în combinație), județul Alba se situează la nivelul 3 național din 5 posibile cu valori între 10 și 24 cazuri.
  - Privind cazurile de urgență cauzate de consumul de droguri ilicite, analiză comparativă 2015-2016, județul Alba se situează pe locul 4 național din 5 posibile cu valori între 0,5% și 0,9%
- 2. Sinteză date privind unitatile sanitare, structurile, entitatile existente cu profil psihiatrie și/sau care abordează cazuistica legată de consumul de droguri:**

- Unitati medicale de psihiatrie – 12 + 7 din care in judetul Alba – 1, zona de dezvoltare - 1
- Spitale publice care au sectii de psihiatrie: 41, din care in judetul Alba – 1, zona de dezvoltare - 5
- Spitale / unitati medicale cu spitalizare continua din judetul Alba: 5
- Alte institutii / structuri cu responsabilitati, atributii antidrug - din care in judetul Alba – 1, zona de dezvoltare - 6
- Structuri medicale cu specific psihiatrie si care / sau abordeaza cazuistica legata de consumul de droguri – 19, din care in judetul Alba – 1, zona de dezvoltare - 5

### **3.INFRASTRUCTURA / RESURSELE CENTRULUI MEDICAL**

Centrul Medical Laura Catana, este nominalizat in categoria V., pe baza criteriilor stabilite de Ministerul Sanatatii conform Ordinului nr.323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea centru medicalelor în funcție de competență cu completarile si modificarile ulterioare.

Centrul Medical Laura Cătană este situat în centrul țării, județul Alba organizat pe o singură specialitate, cu o paletă largă de afecțiuni, asigurând servicii medicale pentru pacienți din toată țara dar și din afara granitelor ei. Spitalul (potrivit avizelor emise de Ministerul Sanatații) are 32 de paturi de spitalizare continua și un ambulatoriu de specialitate.

Personalul centrului medical se compune din urmatoarele categorii:

- Personal de conducere
  - managerial
  - de specialitate medico-sanitar
- Personal de executie
  - de specialitate medico-sanitar
  - din aparatul functional
  - de deservire

Centrul Medical Laura Catana – Punct de lucru Pianu de Jos are următoarea structură organizatorică:

- componenta managerială:
  - a) management general;
  - b) responsabili manageriali pe domenii specifice (medical, al calității, îngrijiri medicale).
- componenta medicală:
  - a) compartiment asistenta medicală spitalicească - 32 paturi;
  - b) ambulator consultatii de specialitate psihiatrie
- componenta suport:
  - a) compartiment finanțier – contabil și resurse umane;
  - b) compartiment evidenta informatizata si secretariat;
  - c) compartiment administrativ.
- servicii externalizate (laborator, diferite specialități medicale, farmacie, spălătorie, juridic, ssm, psi).

La nivelul centrului medical organograma are o structură ce asigură funcționarea în condiții optime. Sunt acoperite toate activitățile atât de natură medicală cât și de suport al acestora.

Echipa de îngrijire medicală va asigura servicii oferite de profesioniști cu pregătire adecvată, conform organigramei.

Categorie de personal	Nr posturi ocupate (angajați și colaboratori)
Medici	2+1

Categorie de personal	Nr. posturi ocupate (angajați și colaboratori)
Psihologi	1
Asistenți medicali	9
Infirmieri	1
Personal cu atributii manageriale	2
Personal suport activități medicale	1
Alte categorii de personal suport activități	9

- Personalul medical al centrului medical deține atestatele / avizele necesare exercitării profesiei. Pentru celelalte categorii de personal sunt deținute competențele necesare dar pentru acoperirea tuturor nevoilor este necesară completarea pregătirii / atestării pe diferite paliere ale muncii desfășurate.
- La nivelul centrului medical se desfășoară activități de pregătire / formare continuă a personalului angajat.
- Există încheiate parteneriate cu o scoală postliceală sanitară pentru efectuare stagii de practică / pregătire dar și parteneriate cu asistenți medicali pentru activități de voluntariat.
- Deficitele de personal se înregistrează la nivelul personalului medical cu studii superioare (medici) pentru un post asigurat totuși prin colaborare cu un medic. Deficit se înregistrează la nivelul personalului mediu sanitar – asistent medical un post, asigurat temporar prin organizare internă. Alte deficite se înregistrează către un post la nivelul personalului de curătenie respectiv personalului de la bucătărie.

Specificul serviciilor medicale oferite în centrul medical (psihiatrie) nu impune existența unei aparaturi medicale complexe, la baza tratamentului fiind administrarea de substanțe farmaceutice și terapia psihologului. În aceste condiții asigurarea cu personal este definitorie.

Aparatura medicală existentă se compune din:

Categorie/ Tip aparat	Denumire aparat/dispozitiv	Termen de valabilitate
Tensiometru electric	Beuer BM 40	În garantie
Tensiometru mecanic	HS – GF - 301	În garantie
Termometru digital	Microlive	În garantie
Ciocan reflexe	Buck	.....

Alte aparate / mijloace utilizate în actul medical / suportul acestuia:

- Set trusa resuscitare
- Carucior-troliu pt.medic.si instrumente
- Cărucioare transport pacienți
- Elevator pentru transportul pacienților între nivelele construcției
- Aparat pentru glicemie

Prin dotările existente la nivelul centrului se asigură condiții de confort hotelier dar și de siguranță pe timpul spitalizării / consultului sau tratamentului. Aceste dotări (nelimitativ) constau în:

- Televizor LCD
- Aparatură aer conditionat
- Cărucior-troliu pt.lucrările de curătenie / igienizare.
- Baie proprie fiecărui salon
- Dulapuri proprii în saloane
- Centrală termică
- Generator curent
- Aparate / mijloace / ustensile de bucătărie
- Aparatură audio – video pentru spațiile comune
- Spațiu dedicat activităților recreative
- Teren pentru activități sportive

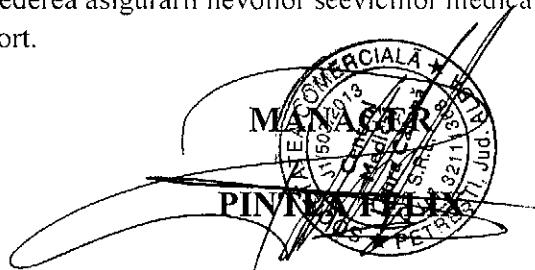
- Filigorie și spații de relaxare în aer liber  
Constructii și spații ale centrului medical:
- Cladirea principală (S +P+E+M) ce asigură spațiile necesare desfășurării actului medical în regim spitalizat, în regim ambulatoriu de specialitate și desfășurării activităților suport ale centrului.
- Clădirea anexă. Asigură în regim minimal depozitarea unor material, în cantități limitate.
- Corp modular pentru chiosc alimentar cu circuit închis. Asigură necesarul pentru nevoile centrului medical.
- Instalații utilitare aferente existente la nivelul centrului medical: instalatie electric, instalatie termică, instalatie hidranti interiori (partial), instalatie de alimentare cu apă din puț propriu, instalatie proprie de canalizare și epurare, instalatie de protecție împotriva descărcărilor electrice și instalatie de climatizare (partial).
- Filigorie exterioara. Amenajata în apropierea intrării principale. Necesită reamplasare potrivit documentației întocmite pentru schimbarea de destinație.
- Spațiul exterior al centrului. Spatiu verde generos, amenajat corespunzător pentru vechea destinație dar insuficient în raport cu nevoile unui centru medical. Impune amenajări și refuncționalizări. Împrejmuirea centrului medical este din material lemnos care din cauza vechimii și a intemperiilor va impune înlocuirea acesteia. Cu refuncționalizarea de care s-a făcut vorbire mai sus este necesar a se executa și rețeaua de alei funcționale.

Finanțarea spitalului este multiplă: - Finanțare proprie – prin contract de furnizare de servicii medicale cu CNAS, pe baza serviciilor medicale decontate; Finanțare din venituri proprii – servicii medicale în afara contractelor cu CNAS; Alte surse - donații, sponsorizări.

#### **4.ASPECTE CU CARACTER DE PROPUNERE, RECOMANDARI**

Corelarea datelor prezentate la punctul referitor la problematica consumului de droguri, a aspectelor de natura medicală, studiul privind ofertă de servicii pe segmentul serviciilor medicale specifice precum și infrastructura detinuta de centrul medical, permit urmatoarele concluzii finale cu caracter de propunere / recomandare:

- Se poate aprecia că există cerere de servicii pe segmentul utilizat.
- Chiar dacă analiza a relevat anumite variații, se poate concluziona că nevoia de astfel de servicii medicale este relativ constantă.
- Oferta de servicii în județul Alba și județele limitrofe / zona de dezvoltare este sub ofertă națională. Acest tip de servicii se regăsește în ofertă preponderent în zonele de sud, sud-est.
- Centrul medical dispune de o infrastructură, poate asigura nevoile serviciilor medicale specifice
- Centrul medical poate aplica resurse care să contribuie la dezvoltarea infrastructurii existente în vederea asigurării nevoilor serviciilor medicale de natură celor vizate de prezentul raport.



**LUAT LA CUNOSTINTA**

**ADMINISTRATOR, MEDIC SEF**

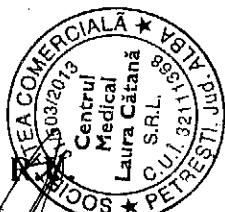
Dr. LAURA CATANA

**MANAGER GENERAL**

~~PAVEN COSMIN~~

**ECONOMIST, RESP. FINANCIARA**

SAVENCU CIPRIAN





**CENTRUL MEDICAL LAURA CĂTANA**  
SC Centrul Medical Laura Cătană SRL CF 32111368 J1/503/7.08.2013  
Petrești, Str. Mihai Eminescu, nr.67, Jud. Alba, Tel: 0746.287.107  
Punct de lucru: Pianul de Jos, Str. Horea, nr. 148A  
E-mail: laura.catana@doctor-psi.ro  
[www.doctor-psi.ro](http://www.doctor-psi.ro)

Anexa nr. .... la nr. 3-R.A/15.01.2018

# **ANALIZA**

## **PRIVIND NEVOILE DE INGRIJIRE A POPULATIEI DESERVITE DIN ZONA DE ACOPERIRE SI TERITORIUL NATIONAL**

**ASPECTE AFERENTE PERIOADEI 2015 - 2017**

## **DATE, ELEMENTE ȘI ASPECTE AVUTE IN VEDERE LA ELABORAREA ANALIZEI**

Pentru elaborarea analizei se vor avea in vedere urmatoarele date, elemente si aspecte:

### **1. ASPECTE PRIVIND MORBIDITATEA DIN ZONA DE ACOPERIRE SI ACOPERIRE NATIONALA IN CORELARE CU SPECIFICUL CENTRULUI MEDICAL**

- Afecțiunile tratate la nivelul centrului medical
- Date privind numarul de pacienți tratați
- Date privind bolnavii psihici, bolnavii psihici periculoși (pe categorii de varsta), psihoze, dependent de droguri ilegale, în evidențele existente la autoritatile județene de profil.
- Nevoi de ingrijire a populației din zona deservită

**Nota:** se vor avea in vedere aspecte relevante pentru judetul Alba și / sau acoperirea națională.,

### **2. ASPECTE PRIVIND PIATA DE SERVICII PE ACEST SEGMENT LA NIVEL NATIONAL, JUDETEAN**

### **LA ELABORAREA PREZENTEI ANALIZE S-AU UTILIZAT DATE DIN STUDIILE, ANALIZELE SI RAPOARTELE EFECTUATE / EXISTENTE DE / ÎN :**

- Directia de Sanatate Publica judetul Alba - rapoarte 2015 – 2017
- <http://www.cnas.ro>
- Documente / date proprii instituției

## **INTRODUCERE**

Centrul Medical Laura Catana a luat nastere ca urmare a unui vis. Visul psihiatrici frumoase, visul in care oamenii care se confrunta cu afectiuni psihice sa poata beneficia de un alt fel de tratament, atat din punct de vedere medicamentos, cat si al serviciilor conexe actului medical de baza, al conditiilor de instituire a tratamentului si a manierei in care acest lucru se realizeaza.

Astfel, Centrul Medical Laura Catana reprezinta o alternativa la spitalizarea traditionala (oferita in mod traditional de sistemul public de sanatate) imbinand profesionismul si performanta medicala cu o atitudine calduroasa si prietenoasa.

Infiintat in 2010, Centrul Medical Laura Catana a functionat intr-o cladire strategic amplasata, cu o priveliste frumoasa, linișitoare, la Vintisoara, DN 7, Km 331.

Incepand cu anul 2014, din dorinta de a accesibiliza serviciile noastre unui numar cat mai mare de pacienti si din dorinta de a extinde deschiderea centrului si spre pacientii cu venituri moderate, Centrul Medical Laura Catana a intrat in relatie contractuala cu Casa de Asigurari de Sanatate judetul Alba.

Spre finele anului 2017, Centrul Medical Laura Catana si-a mutat activitatea in comuna Pianu, sat Pianu de Jos, intr-o cladire mai noua, moderna si primitoare, cu o curte care permite multiple modalitati de petrecere a timpului liber.

Centrul Medical Laura Catana, este nominalizat in categoria V., pe baza criteriilor stabilite de Ministerul Sanatatii conform Ordinului nr.323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea centru medicalelor în funcție de competență cu completarile si modificarile ulterioare.

Centrul Medical Laura Cătană este situat în centrul țării, județul județul Alba organizat pe o singură specialitate, cu o paletă largă de afecțiuni, asigurând servicii medicale pentru pacienți din toată țara dar și din afara granitelor ei. Spitalul (potrivit avizelor emise de Ministerul Sanatații) are 32 de paturi de spitalizare continua și un ambulatoriu de specialitate.

### **1. ASPECTE PRIVIND MORBIDITATEA DIN ZONA DE ACOPERIRE SI ACOPERIRE NATIONALA IN CORELARE CU SPECIFICUL CENTRULUI MEDICAL**

In incercarea noastră de a optimiza experienta pacientului internat intr-o institutie de specialitate, am organizat activitatea echipei astfel incat sa minimalizam impactul psihologic al statutului de "bolnav". In acest sens, pe langa aspectul si atmosfera calduroasa din centru, am pregatit si un program de activitati pentru pacienti prin care acestia sa creasca nivelul de activare comportamentală si sa reduca timpul petrecut in pat sau cu activitati pasive. Toate acestea contribuie la ameliorarea simptomatologiei si reducerea disconfortului asociat spitalizarii, in asa fel incat, la externare, pacientul sa fie pregatit pentru reluarea activitatilor cotidiene, cu o stare de bine si fara dificultatile asociate tranzitiei de la viata intr-o institutie medicala la viata reala.

Eficienta interventiei de specialitate este asigurata de utilizarea medicatiei performante, de ultima generatie, iar in sprijinul acesteia vine evaluarea si interventia psihoterapeutica validata stiintific (terapii cognitiv-comportamentale)

Echipa centrului este formata din specialisti cu valori prosociale, pasionati de psihicul uman, care prin activitatea lor asigura eficientizarea interventiei de specialitate. Modul bland de adresare, cu calm contribui la cresterea complianței la tratament, iar administrarea corecta si la

temp a tratamentului medicamentos asigura actiunea corecta a acestuia in procesul recuperator, cu focalizare pe independenta acestuia si fara a-l infantiliza, contribuie la reducerea stigmei asociate bolii psihice, cu implicatii majore in recuperarea pe termen lung, deplina si in nivelul de adaptare la viata normala a pacientului.

**Grupe de diagnostic tratate la nivelul centrului medical:**

- Tulburari mentale si de comportament legate de utilizarea de substante psihoactive
- Schizofrenie si tulburări psihotice
- Tulburari afective (episode depresiv, tulburare afectiv bipolară)
- Tulburări legate de factori de stress
- Tulburări de personalitate
- Oligofrenie
- Dementa
- Alte tulburari FAS

**Pentru perioada analizata, indicatorii de performanță ai spitalului, sunt:**

CRITERII	ANUL		
	2015	2016	2017
Numarul de bolnavi externati total	622	693	462*
Durata medie de spitalizare	7,003	7,623	7,392
Rata de utilizare a paturilor, pe spital	37,29%	45,23%	47,91%
Numarul consultatiilor acordate in ambulatoriu	2861	3531	3789

\* Are loc mutarea centrului in actuala locatie

In concluzie: se inregistreaza cresteri atat a numarului de pacienti externati cat si a celor tratati in ambulatoriu (medie apr. 10%)

Datele de evidență existente la nivelul Directiei de Sanatate Publica judetul Alba, sunt in evidență urmatoarele date:

a) **Bolnavi psihici in evidență:**

Mediu	ANUL			OBS
	2015	2016	2017	
Urban	3193 – 53,67%	3261 – 53,59%	3470 – 53,35%	
Evolutie fata de anul precedent – urban	crestere	crestere	crestere	
Rural	2756 – 46,32%	2824 – 46,40%	3054 – 46,64%	
Evolutie fata de anul precedent - rural	crestere	crestere	crestere	
<b>TOTAL</b>	<b>5949</b>	<b>6085</b>	<b>6504</b>	Crestere
<b>Evolutie fata de anul precedent</b>	<b>crestere(+94 cazuri noi)</b>	<b>crestere (+136 cazuri noi)</b>	<b>crestere(+419 cazuri noi)</b>	2015 – 2017 cu 8,53%

Referitor la bolnavii psihici in evidență Centrului de Sanatate Mintala Alba - se observa o crestere an de an, media cresterilor are valoarea de 216 cazuri insemnand o crestere in medie cu 8,53 %. Analiza aceluias indicator scoate in evidență faptul ca valorile inregistrate, raportate la mediul de provenienta al pacientilor, sunt aproxiimativ egale, cu usoara crestere pentru mediul urban – 53,53 %

b) Bolnavi psihiici periculosi – total la nivel judet, cazuri noi - pe medii de provenienta

Mediu	ANUL					
	2015		2016		2017	
	Caz nou	Total*	Caz nou	Total*	Caz nou	Total*
Urban	0	44	0	44	0	39
Evolutie fata de anul precedent – urban	stationare	stationare	stationare	stationare	scadere	scadere
Rural	4	54	0	54	0	42
Evolutie fata de anul precedent - rural	crestere	crestere	stationare	stationare	scadere	scadere
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>98</b>	<b>0</b>	<b>98</b>	<b>0</b>	<b>81</b>
<b>Evolutie fata de anul precedent</b>	<b>Crestere</b>		<b>Stationare</b>		<b>Scadere</b>	

\* Ramasi in evidenta – dupa aplicarea cresterilor de caz nou si a dederelor – deces, mobilitate, etc

Privind bolnavii psihiici periculosi numarul acestora este in scadere, doar cu o crestere aferenta mediului rural in anul 2015.

c) Bolnavi psihiici periculosi – total la nivel judet pe grupe de varsta - pe medii de provenienta

Mediu	ANUL											
	2015				2016				2017			
	0–14 ani	15–17 ani	18–64 ani	65+ ani	0–14 ani	15–17 ani	18–64 ani	65+ ani	0–14 ani	15–17 ani	18–64 ani	65+ ani
Urban	0	0	39	5	0	0	37	7	0	0	31	8
Rural	0	0	49	5	0	0	45	9	0	0	33	9
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>88</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>82</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>64</b>	<b>17</b>

Grupele de varsta pentru care sunt in evidența bolnavi psihiici periculosi sunt grupa 18 – 64 ani (majoritari) si grupa 65+ (in medie 10%). Un aspect relativ interesant este dat de faptul ca evidentele Centrului de Sanatate Mintala Alba, nu prezinta valori pozitive cu bolnavi periculosi in grupele de varsta 0 – 18 ani.

d) Bolnavi psihiici periculosi in tratament (ambulator / spitalizat)

Mediu	ANUL					
	2015		2016		2017	
	ambulator	spitalizat	ambulator	spitalizat	ambulator	spitalizat
Urban	44	0	0	0	42	0
Rural	54	0	0	0	38	1
<b>TOTAL</b>	<b>98</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>80</b>	<b>1</b>

Privind numarul de bolnavi psihici periculosi tratati, evidentele prezint in majoritate pentru toti cei trei ani, optiunea „ambulator” si doar un singur caz spitalizat in anul 2017.

**e) Dependenti de droguri ilegale**

Mediu	ANUL					
	2015		2016		2017	
	caz nou	total	caz nou	total	caz nou	total
Urban	2	2	0	2	0	2
Evolutie fata de anul precedent – urban	crestere		stationare		stationare	
Rural	0	0	0	0	0	0
Evolutie fata de anul precedent - rural	stationare		stationare		stationare	
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
<b>Evolutie fata de anul precedent</b>	<b>Crestere</b>		<b>Stationare</b>		<b>Stationare</b>	

Valorile privind dependentii de droguri ilegale sunt majoritar stationare, evidentiind doar doua cazuri (din mediul urban) pentru fiecare an analizat. Avand in vedere caracteristicile acestui flagel, nu putem exclude ca in realitate valorile sa fie mult mai mari. Cauzele unor valori de evident mici pot fi multiple, principalul aspect apreciate de noi ca fiind vector de influenta, este neidentificarea tuturor dependentilor.

**Privind nevoile de ingrijire, datele de eviden relevă urmatoarele:**

**a) privind repartitia pe teritoriul deservit**

JUDETUL	2015		2016		2017		MEDIE nr pacienti	Medie procentuala %
	nr pacienti	Procent %	Nr pacienti	Procent %	nr pacienti	Procent %		
ALBA	424	68.17	483	69.70	331	71.65	412.67	69.84
ARAD	5	0.80	3	0.43	4	0.87	4.00	0.70
ARGES	2	0.32	1	0.14	3	0.65	2.00	0.37
BACAU	3	0.48	2	0.29	2	0.43	2.33	0.40
BIHOR	7	1.13	8	1.15	6	1.30	7.00	1.19
BISTRITA NASAUD	2	0.32	2	0.29	1	0.22	1.67	0.28
BOTOSANI	1	0.16	1	0.14	0	0.00	0.67	0.10
BRAILA	2	0.32	2	0.29	1	0.22	1.67	0.28
BRASOV	13	2.09	11	1.59	5	1.08	9.67	1.59
BUZAU	1	0.16	1	0.14	0	0.00	0.67	0.10
CALARASI	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00	0.00
CARAS SEVERIN	8	1.29	6	0.87	2	0.43	5.33	0.86
CLUJ	14	2.25	12	1.73	9	1.95	11.67	1.98
CONSTANTA	7	1.13	7	1.01	6	1.30	6.67	1.14
COVASNA	7	1.13	7	1.01	2	0.43	5.33	0.86
DAMBOVITA	5	0.80	5	0.72	4	0.87	4.67	0.80
DOLJ	8	1.29	8	1.15	7	1.52	7.67	1.32

JUDETUL	2015		2016		2017		MEDIE nr pacienti	Medie procentua la %
	nr pacienti	Procent %	Nr pacienti	Procent %	nr pacienti	Procent %		
GALATI	3	0.48	3	0.43	2	0.43	2.67	0.45
GIURGIU	2	0.32	2	0.29	1	0.22	1.67	0.28
GORJ	3	0.48	3	0.43	2	0.43	2.67	0.45
HARGHITA	2	0.32	1	0.14	1	0.22	1.33	0.23
HUNEDOARA	19	3.05	24	3.46	14	3.03	19.00	3.18
IALOMITA	2	0.32	2	0.29	1	0.22	1.67	0.28
IASI	6	0.96	8	1.15	5	1.08	6.33	1.07
ILFOV	4	0.64	4	0.58	0	0.00	2.67	0.41
MARAMURES	9	1.45	11	1.59	8	1.73	9.33	1.59
MEHEDINTI	5	0.80	5	0.72	0	0.00	3.33	0.51
MURES	6	0.96	5	0.72	5	1.08	5.33	0.92
NEAMT	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00	0.00
OLT	4	0.64	6	0.87	3	0.65	4.33	0.72
PRAHOVA	4	0.64	5	0.72	3	0.65	4.00	0.67
SALAJ	5	0.80	5	0.72	3	0.65	4.33	0.72
SATU MARE	3	0.48	7	1.01	2	0.43	4.00	0.64
SIBIU	12	1.93	16	2.31	11	2.38	13.00	2.21
SUCEAVA	7	1.13	7	1.01	6	1.30	6.67	1.14
TELEORMAN	2	0.32	1	0.14	1	0.22	1.33	0.23
TIMIS	8	1.29	10	1.44	6	1.30	8.00	1.34
TULCEA	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00	0.00
VALCEA	6	0.96	8	1.15	5	1.08	6.33	1.07
VASLUI	1	0.16	1	0.14	0	0.00	0.67	0.10
VRANCEA	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00	0.00
<b>TOTAL NATIONAL</b>	<b>622</b>	.....	<b>693</b>	.....	<b>462*</b>	.....	<b>592,33</b>	.....

\*s-a realizat mutarea in alt sediu (de la Vintisoara la Pianu de Jos)

In concluzie, privind repartitia pacientilor pe teritoriu deservit, se pot scoate in evidenta urmatoarele aspecte:

- pacientii majoritari sunt din judetul Alba – medie pentru cei trei ani – 68,8 %
- media procentuala pentru celelalte judete este de 0,73 % / judet
- alte judete, decat Alba, cu valori peste media procentuala – Bihor, Brasov, Caras- Severin, Cluj, Constanta, Covasna, Dambovita, Dolj, Hunedoara, Iasi, Maramures, Mures, Sibiu, Suceava, Timis, Valcea.

#### b) privind repartitia pacientilor din teritoriu deservit pe medii de provenienta

Mediu	ANUL				Medie%	
	2015		2016			
Urban	429	68,97%	518	74,74%	326	70,56%
Rural	193	31,02%	175	25,26%	136	29,44%
<b>TOTAL</b>	<b>622</b>	.....	<b>693</b>	.....	<b>462</b>	.....

Privind repartitia pacientilor din teritoriu deservit pe medii de provenienta se observa ca majoritari sunt pacienti din mediul urban 71,42%.

**a) Analiza privind datele referitoare la diagnosticul principal**

Diagnostic	2015		2016		2017		MEDIE nr pacienti	Medie procentuala %
	nr pacienti	Procent %	Nr pacienti	Procent %	nr pacienti	Procent %		
Episod depresiv, nespecificat, nedeterminat	337	54.18	304	43.87	278.00	60.17	306.33	52.74
Alte forme de schizofrenie	33	5.31	41	5.92	23.00	4.98	32.33	5.40
Tulburare schizo-afectiva, tip maniacal	36	5.79	44	6.35	24.00	5.19	34.67	5.78
Tulburare anexioasa, nespecificata	37	5.95	45	6.49	27.00	5.84	36.33	6.10
Boala Alzheimer, nespecificata	27	4.34	39	5.63	21.00	4.55	29.00	4.84
Tulburare psihotica acuta si tranzitorie	29	4.66	37	5.34	19.00	4.11	28.33	4.70
Alte tulburari afective bipolare	21	3.38	33	4.76	15.00	3.25	23.00	3.79
Alte tulburari persistente ale dispozitiei	26	4.18	34	4.91	17.00	3.68	25.67	4.26
Dementa nespecificata	15	2.41	23	3.32	7.00	1.52	15.00	2.42
Tulburare organica de personalitate	13	2.09	21	3.03	6.00	1.30	13.33	2.14
Tulburari mentale si de comportament datorate folosirii alcoolului, sindromul de dependenta	15	2.41	23	3.32	9.00	1.95	15.67	2.56
Retardare mentala deficiente semnificativa a comportamentului necesitand atentie sau tratament	8	1.29	16	2.31	5.00	1.08	9.67	1.56
Tulburari mentale si de comportament legate de utilizarea de substante psihoactive	25	4.02	33	4.76	11.00	2.38	23.00	3.72
<b>Total</b>	<b>622</b>	.....	<b>693</b>	.....	<b>462.00</b>	.....	<b>592.33</b>	.....

Datele referitoare la diagnosticul principal au valori de 52,74% pentru episodul depresiv (majoritar). Alte categorii de diagnostice au valori cu mult sub cel mentionat anterior, valoarea medie a acestora fiind de 3,63 %. Peste aceasta valorare avem ca diagnostic principal: alte forme de schizofrenie, tulburare schizo-afectiva, tip maniacal, tulburare anexioasa, nespecificata, boala Alzheimer, nespecificata, tulburare

psihotica acuta si tranzitorie, alte tulburari afective bipolar, alte tulburari persistente ale dispozitiei si tulburari mentale si de comportament legate de utilizarea de substante psihooactive.

## **2. DATE PRIVIND UNITATILE SANITARE, STRUCTURILE, ENTITATILE EXISTENTE CU PROFIL PSIHIATRIE PIATA DE SERVICII EXISTENTA**

Datele analizate au relevat urmatoarele informatii privind unitatile sanitare cu profil psihiatrie existente, astfel:

Spitale de psihiatrie:

- Spitalul de Psihiatrie Poiana Mare Dolj
- Spitalul de Psihiatrie Bălăceanca
- Spitalul de boli nervoase din Vârlezi, Galați
- Spitalul de Psihiatrie Socola din Iași
- spitalul de psihiatrie de la Pădureni Grajduri, județul Iași
- Spitalul de Boli Psihice Cronice din Borșa, județul Cluj
- Centrul de Recuperare și Reabilitare Neuropsihiatrică Gura Ocniței
- Spitalul de Psihiatrie din Câmpulung Moldovenesc
- Centrul de Recuperare și Reabilitare Neuropsihică din Galda de Jos
- Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Săpoca, județul Buzău
- Căminul de la Aldeni, județul Buzău
- Spitalul de Psihiatrie Mocrea, județul Arad

Clinicile specializate din centrele universitare Cluj Napoca, Timisoara, Bucuresti, Iasi, etc

Spitale publice care au sectii de psihiatrie:

- Spitalele judetene de urgență

Spitale / unitati medicale cu spitalizare continua din judetul Alba:

- Spitalul Municipal Sebes
- Spitalul Municipal Aiud
- Spitalul Municipal Blaj
- Spitalul Orasenesc Ocna Mures
- Spitalul Orasenesc Abrud

Alte institutii / structuri cu responsabilitati, atributii antidrog

- Centrul de Prevenire, Evaluare si Consiliere Antidrog – la nivelul fiecarui judet

La nivel de zona de dezvoltare, centrul are atributii si de centru regional (Cluj, Brasov, Timisoara, Craiova, etc)

Structuri medicale cu specific psihiatrie si care / sau abordeaza cazuistica legată de consumul de droguri

- SC Clinica Aliat Alpha SRL - Bucuresti
- SC Centrul Aliat Violeta SRL – Dambovita
- SC Clinica Aliat Beta SRL – Constanta
- SC Clinica Aliat Omega SRL – Brasov
- SC Aliat Rezidential Delta SRL – Ilfov
- SC Aliat Rezidential Sigma SRL – Suceava
- SC Lux Echitas SRL – Constanta
- Minnie Psychological Center SRL -D – Doimnesti – Ilfov
- SC Cretaterap-SRL -Tg Mures
- SC Mental Higyne SRL Constanta
- SC Hildegard-Eichert-SRL Timisoara

- SC Delicate-Mmed-SRL Bucuresti
- SC Psimco-SRL -Alexandria
- SC Sens-Centrul-de-Psihoterapie-SRL Bacau
- SC Keops-Med-SRL -Cluj Napoca
- **SC Medical-Praxis-SRL - Blaj judet judetul Alba**
- SC Psy-Med-Stoica-SRL - Sibiu
- Centrul-de-Recuperare-si-Ameliorare-Lebada-Neagra-SRL - Tg Mures
- SC Help-and-Hope-SRL - Craiova

### **3. SINTEZA ANALIZEI, DATE PENTRU ELABORAREA STRATEGIILOR, A PLANURILOR DE MANAGEMENT, ACTIUNE, INVESTITII**

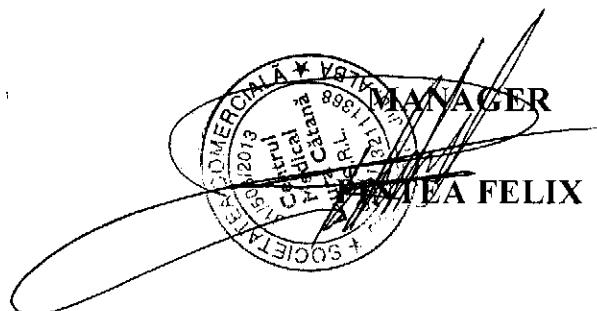
#### **1. in sinteză, datele de analiză scot în evidență urmatoarele aspecte:**

- se înregistrează creșteri atât a numărului de pacienți externați cat și a celor tratați în ambulatoriu (medie apr. 10%)
- referitor la bolnavii psihici în evidență centrului de sănătate mintala alba - se observă o creștere an de an, media creșterilor are valoarea de 216 cazuri însemnând o creștere în medie cu 8,53 %. analiza aceluiași indicator scoată în evidență faptul că valorile înregistrate, raportate la mediul de proveniență al pacientilor, sunt aproape egale, cu usoara creștere pentru mediul urban – 53,53 %
- privind bolnavii psihici periculoși numarul acestora este în scadere, doar cu o creștere aferentă mediului rural în anul 2015.
- grupele de varsta pentru care sunt în evidență bolnavii psihici periculoși sunt grupa 18 – 64 ani (majoritari) și grupa 65+ (în medie 10%). un aspect relativ interesant este dat de faptul că evidențele centrului de sănătate mintala alba, nu prezintă valori pozitive cu bolnavii periculoși în grupele de varsta 0 – 18 ani.
- privind numarul de bolnavi psihici periculoși tratați, evidențele prezintă în majoritate pentru toți cei trei ani, opțiunea „ambulator” și doar un singur caz spitalizat în anul 2017.
- valorile privind dependenții de droguri ilegale sunt majoritar stationare, evidentând doar două cazuri (din mediul urban) pentru fiecare an analizat. având în vedere caracteristicile acestui flagel, nu putem exclude că în realitate valorile să fie mult mai mari. cauzele unor valori de evidență mici pot fi multiple, principalul aspect apreciat de noi că fiind vector de influență, este neidentificarea tuturor dependentilor.
- în concluzie, privind repartitia pacientilor pe teritoriul deservit, se pot scoate în evidență urmatoarele aspecte:
  - pacienții majoritari sunt din județul alba – medie pentru cei trei ani – 68,8 %
  - media procentuala pentru celelalte județe este de 0,73 % / județ
  - alte județe, decât alba, cu valori peste media procentuala – bihor, brasov, caraș- severin, cluj, constanta, covasna, dambovita, dolj, hunedoara, iasi, maramures, mures, sibiu, sucova, timis, valcea.
- privind repartitia pacientilor din teritoriul deservit pe medii de proveniență se observă că majoritari sunt pacienți din mediul urban 71,42%.
- datele referitoare la diagnosticul principal au valori de 52,74% pentru episodul depresiv (majoritar). alte categorii de diagnostice au valori cu mult sub cel menționat anterior, valoarea

medie a acestora fiind de 3,63 %. peste aceasta valorare avem ca diagnostic principal: alte forme de schizofrenie, tulburare schizo-afectiva, tip maniacal, tulburare anexioasa, nespecificata, boala alzheimer, nespecificata, tulburare psihotica acuta si tranzitorie, alte tulburari afective bipolar, alte tulburari persistente ale dispozitiei si tulburari mentale si de comportament legate de utilizarea de substante psihoactive.

**2. Sinteza date privind unitatile sanitare, structurile, entitatile existente cu profil psihiatrie si / s au care abordeaza cazuistica legata de consumul de droguri:**

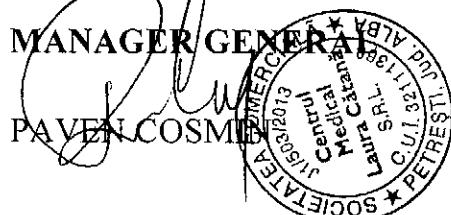
- Unitati medicale de psihiatrie – 12 + 7 din care in judetul Alba – 1, zona de dezvoltare - 1
- Spitale publice care au sectii de psihiatrie: 41, din care in judetul Alba – 1, zona de dezvoltare - 5
- Spitele / unitati medicale cu spitalizare continua din judetul Alba: 5
- Alte institutii / structuri cu responsabilitati, atributii antidrug - din care in judetul Alba – 1, zona de dezvoltare - 6
- Structuri medicale private cu specific psihiatrie – 19, din care in judetul Alba – 1, zona de dezvoltare - 5



**LUAT LA CUNOSTINTA**

**ADMINISTRATOR, MEDIC SEF**

Dr. LAURA CATANA



**ECONOMIST, RESP. R.U.**

SAVENCU CIPRIAN



## CENTRUL MEDICAL LAURA CĂTANA

SC Centrul Medical Laura Cătană SRL CF 32111368 J1/503/7.08.2013  
Petrești, Str. Mihai Eminescu, nr.67, Jud. Alba, Tel: 0746.287.107  
Punct de lucru: Pianul de Jos, Str. Horea, nr. 148A  
E-mail: laura.catana@doctor-psi.ro  
www.doctor-psi.ro

Anexa nr. ...5... la nr. 3-R.A/15.d.2018.

# RAPORT

## PRIVIND NEVOILE DE INGRIJIRE A POPULATIEI DESERVITE DIN ZONA DE ACOPERIRE SI TERITORIUL NATIONAL

ASPECTE AFERENTE PERIOADEI 2015 - 2017

## **1. PRECIZARI**

Pentru elaborarea analizei se vor avea in vedere urmatoarele date, elemente si aspecte:

### **ASPECTE PRIVIND MORBIDITATEA DIN ZONA DE ACOPERIRE SI ACOPERIRE NATIONALA IN CORELARE CU SPECIFICUL CENTRULUI MEDICAL**

- Afectiunile tratate la nivelul centrului medical
- Date privind numarul de pacienti tratati
- Date privind bolnavii psihici, bolnavii psihici periculosi (pe categorii de varsta), psihoze, dependent de droguri ilegale, in evidentele existente la autoritatile judetene de profil.
- Nevoi de ingrijire a populatiei din zona deservita

Nota: se vor avea in vedere aspecte relevante pentru judetul Alba și / sau acoperire natională.

### **ASPECTE PRIVIND PIATA DE SERVICII PE ACEST SEGMENT LA NIVEL NATIONAL, JUDETEAN**

### **LA ELABORAREA PREZENTEI ANALIZE S-AU UTILIZAT DATE DIN STUDIILE, ANALIZELE SI RAPOARTELE EFECTUATE / EXISTENTE DE / ÎN :**

- Directia de Sanatate Publica judetul Alba - rapoarte 2015 – 2017
- <http://www.cnas.ro>
- Documente / date proprii instituției

## **2. CONCLUZII, SINTEZA ANALIZEI, DATE PENTRU ELABORAREA STRATEGIILOR, A PLANURILOR DE MANAGEMENT, ACTIUNE, INVESTITII**

### **1. in sinteză, datele de analiză scot in evidență urmatoarele aspecte:**

- se inregistreaza cresteri atât a numarului de pacienti externati cat si a celor tratati in ambulatoriu (medie apr. 10%)
- referitor la bolnavii psihici in evidența centrului de sanatate mintala alba - se observa o crestere an de an, media cresterilor are valoarea de 216 cazuri insemnând o crestere in medie cu 8,53 %. analiza aceluias indicator scoate in evidență faptul ca valorile inregistrate, raportate la mediul de provenienta al pacientilor, sunt aproape egale, cu usoara crestere pentru mediul urban – 53,53 %
- privind bolnavii psihici periculosi numarul acestora este in scadere, doar cu o crestere aferenta mediului rural in anul 2015.
- grupele de varsta pentru care sunt in evidența bolnavii psihici periculosi sunt grupa 18 – 64 ani (majoritari) si grupa 65+ (in medie 10%). un aspect relativ interesant este dat de faptul ca evidentele centrului de sanatate mintala alba, nu prezinta valori pozitive cu bolnavi periculosi in grupele de varsta 0 – 18 ani.
- privind numarul de bolnavi psihici periculosi tratati, evidentele prezint in majoritate pentru toti cei trei ani, optiunea „ambulator” si doar un singur caz spitalizat in anul 2017.

- valorile privind dependentii de droguri ilegale sunt majoritar stationare, evidentiind doar doua cazuri (din mediul urban) pentru fiecare an analizat. având în vedere caracteristicile acestui flagel, nu putem exclude ca în realitate valorile să fie mult mai mari. cauzele unor valori de evidență mici pot fi multiple, principalul aspect apreciate de noi ca fiind vector de influență, este neidentificarea tuturor dependentilor.
- în concluzie, privind repartitia pacientilor pe teritoriul deservit, se pot scoate în evidență urmatoarele aspecte:
  - pacientii majoritari sunt din județul alba – medie pentru cei trei ani – 68,8 %
  - media procentuala pentru celelalte județe este de 0,73 % / județ
  - alte județe, decât alba, cu valori peste media procentuala – bihor, brasov, caraș- severin, cluj, constanta, covasna, dambovita, dolj, hunedoara, iasi, maramures, mures, sibiu, suceava, timis, valcea.
- privind repartitia pacientilor din teritoriu deservit pe medii de provenienta se observă ca majoritari sunt pacienti din mediul urban 71,42%.
- datele referitoare la diagnosticul principal au valori de 52,74% pentru episodul depresiv (majoritar). alte categorii de diagnostice au valori cu mult sub cel mentionat anterior, valoarea medie a acestora fiind de 3,63 %. peste aceasta valorare avem ca diagnostic principal: alte forme de schizofrenie, tulburare schizo-afectiva, tip maniacal, tulburare anexioasa, nespecificata, boala alzheimer, nespecificata, tulburare psihotica acuta și tranzitorie, alte tulburari afective bipolars, alte tulburari persistente ale dispozitiei și tulburari mentale și de comportament legate de utilizarea de substante psihoactive.

## **2. Sinteza date privind unitatile sanitare, structurile, entitatile existente cu profil psihiatrie si / s au care abordeaza cazuistica legată de consumul de droguri:**

- Unitati medicale de psihiatrie – 12 + 7 din care in județul Alba – 1, zona de dezvoltare - 1
- Spitale publice care au sectii de psihiatrie: 41, din care in județul Alba – 1, zona de dezvoltare - 5
- Spitele / unitati medicale cu spitalizare continua din județul Alba: 5
- Alte institutii / structuri cu responsabilitati, atributii antidrug - din care in județul Alba – 1, zona de dezvoltare - 6
- Structuri medicale private cu specific psihiatrie – 19, din care in județul Alba – 1, zona de dezvoltare - 5

## **3.INFRASTRUCTURA / RESURSELE CENTRULUI MEDICAL**

Centrul Medical Laura Catana, este nominalizat în categoria V., pe baza criteriilor stabilite de Ministerul Sanatății conform Ordinului nr.323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea centru medicalelor în funcție de competență cu completările și modificările ulterioare.

Centrul Medical Laura Cătană este situat în centrul țării, județul Alba organizat pe o singură specialitate, cu o paletă largă de afecțiuni, asigurând servicii medicale pentru pacienți din toată țara dar și din afara granitelor ei. Spitalul (potrivit avizelor emise de Ministerul Sanătății) are 32 de paturi de spitalizare continua și un ambulatoriu de specialitate.

Personalul centrului medical se compune din urmatoarele categorii:

- Personal de conducere
  - managerial
  - de specialitate medico-sanitar

- Personal de executie
  - de specialitate medico-sanitar
  - din aparatul functional
  - de deservire

Centrul Medical Laura Catana – Punct de lucru Pianu de Jos are următoarea structură organizatorică:

- componenta managerială:
  - a) management general;
  - b) responsabili manageriali pe domenii specifice (medical, al calității, îngrijiri medicale).
- componenta medicală:
  - a) compartiment asistenta medicală spitalicească - 32 paturi;
  - b) ambulator consultatii de specialitate psihiatrie
- componenta suport:
  - a) compartiment finanțier – contabil și resurse umane;
  - b) compartiment evidența informatizată și secretariat;
  - c) compartiment administrativ.
- servicii externalizate (laborator, diferite specialități medicale, farmacie, spălătorie, juridic, ssm, psi).

La nivelul centrului medical organograma are o structură ce asigură funcționarea în condiții optime. Sunt acoperite toate activitățile atât de natură medicală cât și de suport al acestora.

Echipa de îngrijire medicală va asigura servicii oferite de profesioniști cu pregătire adecvată, conform organigramei.

Categorie de personal	Nr. posturi ocupate (angajați și colaboratori)
Medici	2+1
Psihologi	1
Asistenți medicali	9
Infirmieri	1
Personal cu atributii manageriale	2
Personal suport activități medicale	1
Alte categorii de personal suport activități	9

- Personalul medical al centrului medical deține atestatele / avizele necesare exercitării profesiei. Pentru celelalte categorii de personal sunt deținute competențele necesare dar pentru acoperirea tuturor nevoilor este necesară completarea pregătirii / atestării pe diferite palieri ale muncii desfășurate.
- La nivelul centrului medical se desfășoară activități de pregătire / formare continuă a personalului angajat.
- Există încheiate parteneriate cu o scoală postliceală sanitară pentru efectuare stagilor de practică / pregătire dar și parteneriate cu asistenți medicali pentru activități de voluntariat.
- Deficitul de personal se înregistrează la nivelul personalului medical cu studii superioare (medici) pentru un post asigurat totuși prin colaborare cu un medic. Deficit se înregistrează la nivelul personalului mediu sanitar – asistent medical un post, asigurat temporar prin organizare internă. Alte deficite se înregistrează câte un post la nivelul personalului de curățenie respectiv personalului de la bucătărie.

Specificul serviciilor medicale oferite în centrul medical (psihiatrie) nu impune existența unei aparaturi medicale complexe, la baza tratamentului fiind administrarea de substanțe farmaceutice și terapia psihologului. În aceste condiții asigurarea cu personal este definitorie.

Aparatura medicală existentă se compune din:

Categorie/ Tip aparat	Denumire aparat/dispozitiv	Termen de valabilitate
Tensiometru electric	Beuer BM 40	In garantie
Tensiometru mecanic	HS – GF - 301	In garantie
Termometru digital	Microlive	In garantie
Ciocan reflexe	Buck	.....

Alte aparate / mijloace utilizate în actul medical / suportul acestuia:

- Set trusa resuscitare
- Carucior-troliu pt.medic si instrumente
- Cărucioare transport pacienți
- Elevator pentru transportul pacienților între nivelele construcției
- Aparat pentru glicemie

Prin dotările existente la nivelul centrului se asigură condiții de confort hotelier dar și de siguranță pe timpul spitalizării / consultului sau tratamentului. Aceste dotări (nelimitativ) constau în:

- Televizor LCD
- Aparatură aer conditionat
- Cărucior-troliu pt.lucrările de curătenie / igienizare.
- Baie proprie fiecărui salon
- Dulapuri proprii în saloane
- Centrală termică
- Generator curent
- Aparate / mijloace / ustensile de bucătărie
- Aparatură audio – video pentru spațiile comune
- Spațiu dedicat activităților recreative
- Teren pentru activități sportive
- Filigorie și spații de relaxare în aer liber

Constructii și spații ale centrului medical:

- Cladirea principală (S +P+E+M) ce asigură spațiile necesare desfășurării actului medical în regim spitalizat, în regim ambulatoriu de specialitate și desfășurării activităților suport ale centrului.
- Clădirea anexă. Asigură în regim minimal depozitarea unor material, în cantități limitate.
- Corp modular pentru chiosc alimentar cu circuit închis. Asigură necesarul pentru nevoile centrului medical.
- Instalații utilitare aferente existente la nivelul centrului medical: instalație electric, instalatie termică, instalatie hidranti interiori (partial), instalatie de alimentare cu apă din puț propriu, instalatie proprie de canalizare și epurare, instalatie de protecție împotriva descărcărilor electrice și instalatie de climatizare (partial).
- Filigorie exterioara. Amenajata în apropierea intrării principale. Necesită reamplasare potrivit documentației întocmite pentru schimbarea de destinație.
- Spațiul exterior al centrului. Spatiu verde generos, amenajat corespunzător pentru vechea destinație dar insuficient în raport cu nevoile unui centru medical. Impune amenajări și refuncționalizări. Împrejmuirea centrului medical este din material lemnos care din cauza vechimii și a intemperiilor va impune înlocuirea acesteia. Cu refuncționalizarea de care s-a făcut vorbire mai sus este necesar a se executa și rețeaua de alei funcționale.

Finanțarea spitalului este multiplă: - Finanțare proprie – prin contract de furnizare de servicii medicale cu CNAS, pe baza serviciilor medicale decontate; Finanțare din venituri proprii – servicii medicale în afara contractelor cu CNAS; Alte surse - donații, sponsorizări.

#### **4.ASPECTE CU CARACTER DE PROPUNERE, RECOMANDARI**

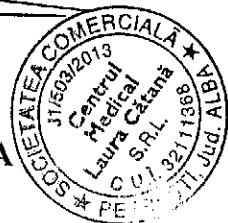
Corelarea datelor prezentate la punctul referitor la problematica nevoilor de ingrijire, a aspectelor de natura medicală, studiul privind oferta de servicii pe segmentul serviciilor medicale specifice precum și infrastructura detinuta de centrul medical, permit urmatoarele concluzii finale cu caracter de propunere / recomandare:

- Se poate aprecia că există cerere de servicii pe segmentul utilizat.
- Chiar dacă analiza a relevat anumite variații, se poate concluziona că nevoia de astfel de servicii medicale este relativ constantă.
- Oferta de servicii în județul Alba și județele limitrofe și nu numai este sub ofertă națională. Acest tip de servicii se regăseste în ofertă preponderent în zonele de sud, sud-est.
- Centrul medical dispune de o infrastructură, poate asigura nevoile serviciilor medicale specifice
- Centrul medical poate aplica resurse care să contribuie la dezvoltarea infrastructurii existente în vederea asigurării nevoilor serviciilor medicale de natură celor vizate de prezentul raport.

**MANAGER**

**PINTĂ AVFELIX**

**LUAT LA CUNOSTINTA**



**ADMINISTRATOR, MEDIC SEF**

Dr. LAURA CATANA

**MANAGER GENERAL**

PAVEN COSMIN

**ECONOMIST, RESP. R.U.**

SA VENCU CIPRIAN



## CENTRUL MEDICAL LAURA CĂTANĂ

sc Centru Medical Laura Cătană srl, C.F. 32111368, JI/S03/7.08.2013  
Petrești, Str Mihai Eminescu nr. 67, județ Alba Tel.: 0757240912

www.doctor-ps.ro  
E-mail: laura.catana@doctor-ps.ro

Anexa nr. 6 la nr. 3 - R.A./15.01.2018

# PLANUL STRATEGIC DE INVESTITII PENTRU DEZVOLTAREA CENTRULUI MEDICAL LAURA CĂTANĂ ÎN PERIOADA 2018 - 2022

## 1.INTRODUCERE

Strategia de dezvoltare a Centrului Medical Laura Cătană, între anii 2018-2022, constituie documentul intern principal de planificare strategică pe termen scurt, mediu și lung, care cuprinde obiectivele de dezvoltare a spitalului pâna în anul 2022 și stabilește măsurile și acțiunile prioritare pentru atingerea acestor obiective.

Acestă strategie aparține echipei manageriale. Pentru a asigura concentrarea resurselor disponibile în vederea realizării obiectivelor și a măsurilor necesare îndeplinirii acestora, cu impact maxim asupra dezvoltării serviciilor medicale asigurate de spitalul nostru, STRATEGIA se axează pe un număr limitat de priorități și pe defalcarea lor în ordinea importanței și urgenței în OBIECTIVE pe termen scurt (cu realizare sub un an), pe termen mediu (realizabile în 3 ani) și pe termen lung (realizabile în mai mult de 3 ani). Obiectivul fundamental al STRATEGIEI este creșterea continuă a calității actului medical acordat în cadrul spitalului nostru, cu scopul final de a asigura îmbunătățirea calității vieții pacienților, dar și familiilor acestora.

Elaborarea strategiei de dezvoltare instituțională a Centrului Medical Laura Cătană în domeniul dezvoltării pe termen scurt, mediu și lung s-a realizat în corelare cu planul strategic național în domeniul sanitar și a legislației (cu modificări și / sau completări după caz).

Ca instituție de specialitate reprezentativă a sistemului sanitar, spitalul trebuie să facă față unor provocări majore în privința rolului și locului său în cadrul unui sistem de sănătate aflat de aproape 30 de ani în reformă și subfinanțat în toată această perioadă.

Presiunea externă, dar și cea internă, obligă spitalul la schimbări structurale, de eficiență, schimbări în volumul serviciilor și calitatea acestora, în siguranța îngrijirilor, în tehnologia folosită și în gradul de satisfacere a așteptărilor consumatorului de servicii. Toate aceste schimbări trebuie gândite de echipa managerială și cuprinse în planul strategic de dezvoltare a spitalului. Restructurarea sanitară impune o nouă abordare în ceea ce privește serviciile de sănătate furnizate asigurașilor, respectiv profesionalizarea serviciilor de management sanitar în vederea creșterii eficienței și calității actului medical, ca premisă a îmbunătățirii stării generale de sănătate a populației.

Centrul Medical Laura Cătană urmărește îmbunătățirea calității actului medical și diversificarea serviciilor oferite populației, cu respectarea drepturilor pacienților și drepturilor cetățenești. Vom trata orice pacient ca fiind cel mai important și ne vom canaliza energia pentru a preveni, a diagnostica, a trata și a oferi îngrijiri medicale la standarde internationale, îmbunatatind calitatea vietii pacientilor nostri.

În contextul actual provocările la care este supusă echipa managerială în efortul de îmbunătățire a serviciilor medicale furnizate, aducătoare de venituri, sunt imense: apariția de noi și moderne proceduri de diagnostic, investigații și tratament, rapida modernizare a tehnologiei medicale, noi forme de educație și perfecționare profesională reprezentă, în final, o presiune constantă în adaptarea posibilităților existente la cerințele actuale.

Spitalul nostru continuă să își desfășoare activitatea într-un mediu operațional plin de provocări. Astfel de provocări sunt reprezentate de faptul că spitalul trebuie să facă investiții majore pentru adaptarea obiectivului de la destinația anteroară la cea actuală, echipă cu o medie a vîrstei și implicit a experienței poate mult prea mică, inerția unei părți a personalului la schimbare, etc.

Echipa desemnată de administrator va acționa, în primul rând, în sensul schimbării mentalității și comportamentului angajaților. Implementarea managementului schimbării este, poate, cea mai importantă etapă, pentru că rezistența la schimbare este foarte crescută într-o colectivitate restrânsă, constituită cu ani în urmă și aflată într-o localitate mică.

Întregul proces este rezultatul muncii în echipă formată din membrii comitetului director și consiliului medical.

Echipa care coordonează implementarea strategiei este formată din:

- Manager general
- Manager
- Medic Șef
- Economist șef și responsabil R.U.

Misiunea noastră este prestarea unui act medical de calitate, într-un mediu sigur și confortabil, astfel încât pacienții să beneficieze de cele mai bune îngrijiri. Misiunea Centrului Medical Laura Cătană este de a identifica și a soluționa nevoile pacienților prin furnizarea unor servicii medicale de calitate, bazate pe competență, transparență, echitate, eficiență și eficacitate.

Indicatorii de performanță specifici și relevanți ai spitalului (majoritari în evoluție / pozitivi)

INDICATORI	CRITERII	VALORI		
		2015	2016	2017
Indicatori economico-financiari	1.Executia bugetara fata de bugetul de cheltuieli aprobat	90%	90%	95%
	2.Structura cheltuielilor pe tipuri de servicii și în funcție de sursele de venit	10%	10%	15%
	3.Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului	100%	100%	100%
	4.Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului	30%	30%	40%
	5.Procentul cheltuielilor cu medicamentele din totalul cheltuielilor spitalului	8%	10%	10%
	6.Procentul cheltuielilor de capital din totalul cheltuielilor	3%	3%	3%
	7.Costul mediu / zi de spitalizare	5%	5%	10%

#### Aspecte privind situația financiară

Finanțarea spitalului este multiplă: - Finanțare proprie – prin contract de furnizare de servicii medicale cu CNAS, pe baza serviciilor medicale decontate; Finanțare din venituri proprii – servicii medicale în afara contractelor cu CNAS; Alte surse - donații, sponsorizări.

## **2.PRIORITĂȚI ȘI OBIECTIVE STRATEGICE ALE CENTRULUI MEDICAL**

### **Prioritățile centrului medical**

Există urmatoarele **priorități** care să ducă la îmbunătățirea serviciilor de sănătate, astfel:

- 1) Îndeplinirea condițiilor normative necesare obținerii acordului, avizului, autorizației, după caz, pentru obiectiv, pentru toate domeniile de activitate reglementate în acest sens și obținerea acestor acte precum și obținerea acreditarii ANMCS.
- 2) Executarea lucrărilor tehnice, administrative și ingineresti necesare adaptării în totalitate a spațiilor și funcțiunilor la noua destinație a obiectivului și anexelor acestuia ori de menținere a funcționalității.
- 3) Executarea lucrărilor tehnico – administrative de reabilitare, reparare, întreținere generate de neconformități ascunse.
- 4) Asigurarea dotărilor / echipărilor / mobilărilor interioare pentru asigurarea / îmbunătățirea funcționalității spațiilor.
- 5) Creșterea eficienței serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare prin diminuarea costurilor.
- 6) Diversificarea programelor / activităților și aducerea de îmbunătățiri spațiilor recreative destinate pacienților (terenuri sport, parc și spațiu de tip filigorie pentru recreere).
- 7) Creșterea eficienței serviciilor medicale acordate în ambulatoriu prin diminuarea costurilor..
- 8) Dezvoltarea propriei rețele de IT cu baze solide de date la nivel de pacient și care să poată asigura și comunicarea eficientă cu rețeaua națională și rețeaua primară de îngrijiri de sănătate.
- 9) Promovarea serviciilor de sănătate printr-o politică adecvată de marketing (publicitatea instituțională și profesională: web, publicații de sănătate).
- 10) Dezvoltarea “paletelor” de servicii medicale oferite de centrul medical.

### **Obiective strategice**

Fiecare obiectiv stabilit în funcție de priorități este proiectat pentru a susține realizarea scopului spitalului nostrum și încadrarea în termenele și perspectivele previzionate astfel încât să răspundă la problemele identificate în timpul analizelor (interna, SWOT, PESTLE, etc).

Astfel **obiectivele strategice ale centrului medical** pentru perioada 2018 – 2022, sunt:

- 1) Obținerea acordurilor, avizelor, autorizațiilor pentru obiectiv, pentru toate domeniile de activitate reglementate (sanitatea publică, sanitar, veterinară și controlul alimentelor, situații de urgență, mediu, etc), a certificatelor ISO, obținerea acreditării ANMCS și menținerea standardelor acestora.
- 2) Asigurarea funcționalității / operaționalității componentelor centrului medical.
- 3) Creșterea eficienței serviciilor medicale acordate prin diminuarea costurilor.
- 4) Dezvoltarea politicilor de promovare / marketing.
- 5) Creșterea nivelului de pregătire a personalului centrului medical.
- 6) Menținerea standardelor acreditării ANMCS, a celor ISO precum și a condițiilor acordurilor / avizelor / autorizațiilor detinute.
- 7) Dezvoltarea și menținerea colaborării cu structuri de servicii medicale din județ / regiune.
- 8) Atragerea de fonduri externe / fonduri cu finanțare europeană.
- 9) Atragerea de parteneriate favorabile centrului medical.
- 10) Îmbunătățirea calității și a performanței actului medical

În raport de prioritățile identificate, obiectivele strategice se identifică pe termene de aplicare (scurt, mediu, lung, permanente), astfel:

### **Obiective pe termen scurt (1 – 2 ani)**

- 1) Obținerea acordurilor, avizelor, autorizațiilor pentru obiectiv, pentru toate domeniile de activitate reglementate (sanatate publică, sanitar veterinar și controlul alimentelor, situații de urgență, mediu, etc) și a certificatelor ISO și obținerea acreditării ANMCS.
- 2) Asigurarea funcționalității / operaționalității componentelor centrului medical.
- 3) Creșterea eficienței serviciilor medicale acordate prin diminuarea costurilor.
- 4) Dezvoltarea politicilor de promovare / marketing.
- 5) Cresterea nivelului de pregătire a personalului centrului medical

#### **Obiective pe termen mediu (2 – 4 ani)**

- 1) Asigurarea funcționalității / operaționalității componentelor centrului medical.
- 2) Creșterea eficienței serviciilor medicale acordate prin diminuarea costurilor.
- 3) Dezvoltarea politicilor de promovare / marketing.
- 4) Dezvoltarea “paletel” de servicii medicale oferite de centrul medical.
- 5) Cresterea nivelului de pregătire a personalului centrului medical.
- 6) Menținerea standardelor acreditații ANMCS, a celor ISO precum și a condițiilor acordurilor / avizelor / autorizațiilor detinute.
- 7) Asigurarea de resurse financiare (interne / externe) conform cu necesitățile și utilizarea eficientă a acestora

#### **Obiective pe termen lung (4 – 5 ani)**

- 1) Dezvoltarea “paletel” de servicii medicale oferite de centrul medical.
- 2) Menținerea standardelor acreditații ANMCS, a celor ISO precum și a condițiilor acordurilor / avizelor / autorizațiilor detinute.
- 3) Asigurarea de resurse financiare (interne / externe) conform cu necesitățile și utilizarea eficientă a acestora

#### **Obiective cu caracter permanent**

- 1) Obținerea, menținerea acreditații ANMCS, după obținerea acesteia.
- 2) Obținerea, menținerea și dezvoltarea standardelor de calitate ISO
- 3) Cursuri de perfecționare pentru cadrele medicale și nemedicale ale centrului medical.
- 4) Dezvoltarea și menținerea colaborării cu spitalele / clinici, cabinet, alte structuri de servicii medicale din județ / regiune.
- 5) Atragerea de fonduri externe / fonduri cu finanțare europeană.
- 6) Atragerea de parteneriate favorabile centrului medical.
- 7) Îmbunatatirea calitatii și a performantei actului medical

**3.INVESTITII SI TERMENE DE REALIZARE IN VEDEREA INDEPLINIRII  
OBIECTIVELOR STRATEGICE**

<b>Obiectivul strategic</b>	<b>Obiectivul general</b>	<b>Termen de realizare</b>	<b>Resurse necesare</b>	<b>Sursa de finantare</b>
<b>1.Obținerea acordurilor, avizelor, autorizațiilor pentru obiectiv, pentru toate domeniile de activitate reglementate (sanatate publica, sanitar veterinară și controlul alimentelor, situații de urgență, mediu, etc), a certificatelor ISO, obținerea acreditării ANMCS și menținerea standardelor acestora.</b>	1.1.Îndeplinirea condițiilor normative necesare obținerii acordului, avizului, autorizației, după caz, pentru obiectiv, pentru toate domeniile de activitate reglementate	01.01.2018 – 31.12.2018 01.04.2018 - 30.06.2019	10.000 lei 250.000 lei	Finanțare proprie conf. pct 1 Finanțare proprie conf. pct 1
	1.2.Obținerea acordurilor, avizelor, autorizațiilor pentru obiectiv, pentru toate domeniile de activitate reglementate (sanatate publică, sanitar veterinară și controlul alimentelor, situații de urgență, mediu, etc) și a certificatelor ISO și obținerea acreditații ANMCS.	01.01.2018 – 30.06.2019	5.000 lei	Finanțare proprie conf. pct 1
<b>2.Asigurarea funcționalității / operaționalității componentelor centrului medical.</b>	2.1.Asigurarea funcționalizării spațiilor, construcțiilor prin lucrări tehnico – administrative și ingineresti și lucrări de îmbunătățire a celor existente.	01.01.2018 – 31.12.2018 01.07.2018 – 31.12.2019 01.04.2019 - 31.12.2019	30.000 lei 10.000 lei 150.000 lei	Finanțare proprie conf. pct 1 Finanțare proprie conf. pct 1 Finanțare proprie conf. pct 1
	2.2.Asigurarea funcționalizării activităților prin dotării / echipării / mobilării necesare și dezvoltarea propriei rețele IT.	01.04.2018 – 31.12.2019	30.000 lei	Finanțare proprie conf. pct 1
	2.3.Asigurarea promovării serviciilor medicale oferite de centru medical și a unei politici de marketing adecvată.	01.07.2018 – 30.06.2019	40.000 lei	Finanțare proprie conf. pct 1
		01.04.2018 – 01.07.2018	1.000 lei	Finanțare proprie conf. pct 1
		01.07.2018 – 31.12.2022	50.000 lei	Finanțare proprie conf. pct 1
	2.4.Asigurarea operaționalității activităților desfășurate	01.01.2018 – 31.12.2022	500 lei	Finanțare proprie conf. pct 1

Obiectivul strategic	Obiectivul general	Termen de realizare	Resurse necesare	Sursa de finantare
	pentru realizarea serviciilor medicale oferite.	01.01.2018 – 31.12.2022	500 lei	Finantare proprie conf. pct 1
<b>3.Creșterea eficienței serviciilor medicale acordate prin diminuarea costurilor.</b>	3.1.Creșterea eficienței serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare prin diminuarea costurilor.	01.01.2018 – 31.12.2022 01.01.2019 – 31.12.2022	-----	Finantare proprie conf. pct 1
	3.2.Creșterea eficienței serviciilor medicale acordate în ambulatoriu prin diminuarea costurilor.	01.01.2018 – 31.12.2022 01.01.2019 – 31.12.2022	-----	Finantare proprie conf. pct 1
<b>4.Dezvoltarea politicilor de promovare / marketing și a “paletei” de servicii medicale oferite</b>	4.1.Asigurarea identificării nevoilor de promovare adaptate la specificul centrului medical	01.07.2018 – 31.12.2018 01.01.2019 – 31.12.2022	10.000 lei	Finantare proprie conf. pct 1
	4.2.Asigurarea unor politici de marketing care să conduce la promovarea reală a serviciilor medicale oferite.	01.10.2018 – 31.12.2018 01.01.2019 – 30.06.2019	1.000 lei	Finantare proprie conf. pct 1
	4.3.Dezvoltarea “paletei” de servicii medicale oferite	01.07.2018 – 01.09.2020 01.10.2018 – 31.12.2022	1000 lei	Finantare proprie conf. pct 1
<b>5.Cresterea nivelului de pregătire a personalului centrului medical.</b>	5.1.Cresterea nivelului de pregătire a personalului medical din centrul medical.	01.01.2018 – 31.03.2018 01.10.2018 – 31.12.2022	-----	Finantare proprie conf. pct 1
	5.2.Cresterea nivelului de pregătire a personalului cu atribuții suport din centrul medical.	01.07.2018 – 31.12.2018 01.01.2018 – 31.03.2018 01.10.2018 – 31.12.2022	500 lei	Finantare proprie conf. pct 1
			5.000 lei	Finantare proprie conf. pct 1
<b>6.Mentinerea standardelor acreditării ANMCS, a celor ISO</b>	6.1.Asigurarea menținerii standardelor de acreditare ANMCS	01.07.2019 – 01.10.2019	-----	Finantare proprie conf. pct 1

Obiectivul strategic	Obiectivul general	Termen de realizare	Resurse necesare	Sursa de finantare
precum și a condițiilor acordurilor / avizelor / autorizațiilor detinute.		01.10.2019 — 31.12.2022	1.000 lei	Finantare proprie conf. pct 1
	6.2. Asigurarea menținerii standardelor ISO și a condițiilor acordurilor / avizelor / autorizațiilor detinute	01.07.2019 — 01.10.2019 01.10.2019 — 31.12.2022	----- 1.000 lei	Finantare proprie conf. pct 1
7. Dezvoltarea și menținerea colaborării cu structuri de servicii medicale din județ / regiune.	7.1. Asigurarea cooperării cu structuri / organizatii profesionale ori ale pacienților din domeniul medical	01.10.2018 — 31.12.2018	500 lei	Finantare proprie conf. pct 1
	7.2. Asigurarea contractelor / centrului medical cu terți necesare aplicării serv. medicale / nemedicale externalizate	01.01.2019 — 31.12.2022 01.10.2018 — 31.12.2018	----- 500 lei	Finantare proprie conf. pct 1
8. Atragerea de fonduri externe / fonduri cu finanțare europeană.	8.1. Atragerea de fonduri din surse externe	01.01.2019 — 31.12.2022 01.01.2019 — 31.12.2022	500 lei Conf specific surse	Finantare proprie conf. pct 1 Surse externe obtinute
	8.2. Atragerea de fonduri cu finanțare europeană pentru dezvoltarea centrului medical	01.10.2018 — 31.12.2018 01.01.2019 — 31.12.2022	500 lei Conf proiect	Finantare proprie conf. pct 1 Fonduri europene identificate
9. Atragerea de parteneriate favorabile centrului medical.	9.1. Asigurarea contractelor / parteneriatelor centrului medical cu terți necesare aplicării serviciilor medicale / nemedicale externalizate	01.07.2018 — 31.12.2018 01.07.2018 — 31.12.2022	----- 500 lei	Finantare proprie conf. pct 1
10. Imbunatatirea calitatii si a performantei actului medical	10.1 Asigurarea condițiilor propice desfășurării actului medical conform standardelor impuse de legislația românească și cea europeană	01.01.2018 — 31.12.2022 01.01.2018 — 31.12.2022	----- 10.000 lei	Finantare proprie conf. pct 1

**ÎNTOCMIT**

❖ Manager general - PAVEN COSMIN

❖ Resp pentru managementul calitatii / Manager - PINTEA FELIX

❖ Resp pentru managementul medical / Medic sef - Dr. CATANA LAURA

❖ Resp pentru managementul îngrijirii medicale / As med sef - ASZTALOS ATTILA

❖ Economist sef și responsabil R.U. – Ec. SAVENCU CIPRIAN