



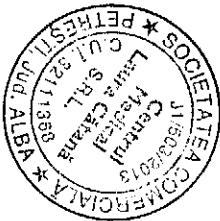
**CENTRUL MEDICAL LAURA CĂTANĂ**  
SC Centrul Medical Laura Cătană SRL CF 32111368 J1/503/7.08.2013  
Petrești, Str. Mihai Eminescu, nr.67, Jud. Alba, Tel: 0746.287.107  
Punct de lucru: Planul de Jos, Str. Horea, nr. 148A  
E-mail: laura.catana@doctor-psi.ro  
www.doctor-psi.ro

Nr. 04-RA / 15.01.2018.

# **PLAN DE MANAGEMENT**

## **AL CENTRULUI MEDICAL LAURA CĂTANĂ**

### **PENTRU PERIOADA 2018 – 2022**



## INTRODUCERE

Centrul Medical Laura Catana a luat nastere ca urmare a unui vis. Visul psihiatriei 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 actului medical de bază, al condițiilor de instituire a tratamentului și a manierei în care acest lucru se realizează.

Ca instituție de specialitate reprezentativă a sistemului sanitar, centrul medical 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 siguranță îngrijirilor, în tehnologia folosită și în gradul de satisfacere a aşteptărilor 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.

Peste o treime din populația totală a lumii suferă de tulburări mintale. Factorii declansatori sunt deseori explicati prin intermediul modelului diateza-stres (stresul survine peste o vulnerabilitate sau predispozitie genetică) și modelul biopsihosocial (care pun accent pe corelația dintre minte, organism și influența factorilor sociali).

Tulburările psihice au tendința de a afecta gândirea, starea de spirit și comportamentul unui individ. Din pacate, bolile mentale sunt văzute cu o oarecare suspiciune, frica, descurajand astfel persoanele bolnave să-si acorde boala, și mai degrabă cred că este o slabiciune personală și nu solicită tratament adecvat pentru aceasta.

Sимptomele acestor tulburări pot fi usoare sau severe în funcție de tipul de boli psihice cu care se confrunta. Dacă nu este tratată în mod eficient în timp, bolile mentale pot provoca chiar invaliditate.

Cele mai multe probleme de sănătate mintală sunt tratate cu ajutorul psihoterapiei, medicamente, modificarea comportamentului, terapia cognitivă de comportament, terapia de grup, hipnoterapie, etc.

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

## MANDAT

Centrul Medical Laura Cătană este singura unitate sanitara privată care acordă servicii medicale spitalicești, de specialitate „Psihiatrie”, din județul Alba, cu personalitate juridică, înființată cu avizul Conducerii Ministerului Sanatății.

Serviciile medicale acordate de clinica sunt preventive și curative. Clinica participă la asigurarea stării de sănătate a populației.

Centrul medical asigură în cadrul spitalizării și ambulatoriului de specialitate condiții pentru investigații medicale, tratament, igienă, și prevenirea infecțiilor nosocomiale conform normelor aprobatelor prin Ordin al Ministrului Sănătății precum și prevenirea evenimentelor asociate actului medical.

De asemenea, centrul medical răspunde, în condițiile legii, pentru calitatea actului medical, pentru respectarea condițiilor de cazare, igienă, de prevenire a infecțiilor nozocomiale precum și prevenirea evenimentelor asociate actului medical.

## **CAPITOLUL I - 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.**

## **CAPITOLUL II - 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 îngrijiri medicale la standarde internationale, îmbunatâtind calitatea vietii pacienților nostri.**

## **CAPITOLUL III - VALORILE CENTRULUI MEDICAL**

**Valorile centrului medical:**

**R****E****SPECT** pentru pacienți

**C****A****LITATEA ÎNGRIJILOR** la standarde ridicate

**P****ROFESIONALISMUL** serviciilor oferite

**C****ONFIDENTIALITATE**

**M****UNCĂ ÎN ECHIPĂ.**

## **CAPITOLUL IV - SITUAȚIA ACTUALĂ**

### **4.1. Pacienti**

Infiintat in 2010, Centrul Medical Laura Catana a functionat intr-o cladire strategic amplasata, cu o priveliste frumoasa, linistitoare, 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 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 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. Majoritatea pacienților beneficiază de servicii în regim privat dar sunt asigurate și servicii decontate de C.A.S. Alba in limita contractelor incheiate.

Populația deservită acoperă o paletă largă atât din punct de vedere al vîrstei (15 – 80 ani) dar și a veniturilor, mediul social de proveniență, etc.

#### **4.2. Resurse umane**

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 (angajati si 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 pregăririi / atestării pe diferite paliere ale muncii desfășurate.

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

#### **4.3. Structura centrului medical**

Clinica are în structura un număr de 32 de paturi spitalizare specialitate - psihiatrie. Pe lângă secția cu paturi, în centrul medical funcționează ambulatoriu de specialitate în care se oferă servicii medical specializate de psihiatrie și psihologie.

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).

#### **4.4. Finanțare**

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 cu caracter strict ocazional.

Datele finanțier contabile se reflectă în indicatorii economic financiari prezentați la punctul precedent.

#### 4.5. Indicatori de specialitate ai centrului medical pe anul 2017

indicatori	2017
Numarul de bolnavi externati total	462
Proportia bolnavilor internati cu programare din total bolnavi internati, pe spital	100%
Nr. mediu de bolnavi externati pe un medic	231
Numarul mediu de consultatii pe un medic in ambulatoriu	1894,5
Numarul consultatiilor acordate in ambulatoriu	3789
Servicii medicale contractate cu CAS si realizate / luna	35

#### 4.6. Structura bugetului de venituri si cheltuieli al Centrului medical Laura Cătană Anul 2017

Sursa de finantare	Plati – total anul 2017	Lei	Procent
Ministerul Sanatatii / Casa As. Sanatate	966248		46,3%
Venituri proprii	1120308		53,7%
Casa de Pensii	----		
Sponsorizare	----		
Alte surse	----		
	2086556		

Platile totale, in valoare de 1188071 lei au fost pentru urmatoarele articole de cheltuieli:

Denumire cheltuiala	Suma (lei)	Procent
Cheltuieli cu personalul	653165	54%
Cheltuieli de intretinere	109306	9%
Reparatii curente	83698	7%
Medicamente	113130	9%
Materiale sanitare	32106	3%
Obiecte de inventar	62303	7%
Pregatire profesionala	13202	1%
Alte cheltuieli cu bunuri si servicii	121161	10%

## CAPITOLUL V - ANALIZA SISTEMULUI

### 5.1. ANALIZA SWOT

#### 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 financiară în discuții cu factorii de conducere ai centrului medical.

- Colaborarea cu servicii externalizate ce operează la standarde ridicate (laborator și analize, anatomie 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 compartimente 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 întretinere și reparații 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 integrat care să permită o mai bună funcționare.
- Existenta unui circuit al documentelor incomplete..
- Deficiență în asumarea responsabilităților.
- Motivație intrinsecă scăzută datorită slabei capacitați de diferențiere între persoanele cu productivitate diferită.
- Motivare financiară 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.

#### **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 acordare 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 îmbătrânierea acesteia).
- Posibilități reduse de utilizare a serviciilor în regim de coplată.
- Acreditarea spitalelor – poate fi o amenințare dacă situația existentă mai persistă.
- 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.

### **5.2. 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 domeniul 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 prevăzute 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) acesti factori nu au decât o influență indirectă în activitatea și dezvoltarea centrului medical prin prisma aparatului, 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 ca sunt acoperite toate aspectele necesare de reglementare în domeniul. De mai mult, mediul privat este uitat la anumite capitoare, 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 ambiental. 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.

## CAPITOLUL VI - IDENTIFICAREA PROBLEMELOR CRITICE

Problemele critice identificate pe baza analizelor anterioare, sunt ierarhizate, astfel:

### 6.1. Infrastructura

Desi sunt asigurate în limitele normative toate elementele de infrastructură, pentru îmbunătățirea activității trebuie aduse la îndeplinire următoarele:

- a) Finalizarea formalităților de trecere a noilor proprietari în contractele cu furnizorul de energie electrică;
- b) 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);
- c) Identificarea și înlocuirea soluțiilor neconforme, defectiuni ascunse existente la instalațiile electrică și de încălzire;
- d) Îmbunătățirea sistemului constructiv al anexelor centrului medical.

### 6.2. Încadrarea cu personal, deficite

Încadrarea cu personal la data întocmirii prezentului este conform punctului 4.2. Raportat la organograma centrului medical, 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.

### 6.3. Dotare

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 spații verzi și pentru degajat zăpada
  - Dezvoltarea propriei rețele de IT și a sistemului de comunicații interne.
  - Înlocuirea generatorului de curent 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 tehnic- constructive 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 interiori, completare instalație sanitată, 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 reparații, 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 reparații curente – uzuale
- Verificări periodice normative a instalațiilor și construcțiilor

## **CAPITOLUL VII - OBIECTIVE ALE CENTRULUI MEDICAL**

### **7.1. Aspecte generale**

Pentru dezvoltarea centrului medical, a fost întocmit Planul strategic al centrului pentru perioada 2018 – 2020. Prin acesta au fost stabilite 10 obiective strategice, 20 obiective generale și 37 direcții de acțiune.

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 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) 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) 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.

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 veterinară și controlul alimentelor, situații de urgență, mediu, etc) și a certificatelor ISO și obținerea acreditații 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 pregatire 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 “paletei” de servicii medicale oferite de centrul medical.
- 5) Cresterea nivelului de pregatire a personalului centrului medical.
- 6) Mentinerea standardelor acreditarii 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 “paletei” de servicii medicale oferite de centrul medical.
- 2) Mentinerea standardelor acreditarii 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 acreditării ANMCS, după obținerea acesteia.
- 2) Obținerea, menținerea și dezvoltarea standardelor de calitate ISO
- 3) Cursuri de perfectionare 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.

Pentru atingerea obiectivelor stabilite prin planul strategic, în plan managerial, prin prezentul se stabilesc obiectivele specifice.

## 7.2.1. PE TERMEN SCURT (1 – 2 ani)

Nr.	Obiectiv specific	Indicatoare de urmărire	Rezultat final	Perioada	Activități realizate
1	Initierea si realizarea demersurilor formale necesare realizarii unor masuri de natură tehnica, constructivă ori privind dotarea / echiparea (obținerea de puncte de vedere, certificate, realizarea unor verificări, expertize, etc) – pentru Ob. St – 1 / Ob. Gen 1.1.	DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL	Manager general, Manager	01.01.2018 – 31.12.2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contactare institutii abilitate, persoane acreditate, experti, etc</li> <li>• Realizarea solicitarilor, a documentatiilor necesare</li> <li>• Obtinerea de puncte de vedere, certificate, realizarea unor verificări, expertize, etc</li> </ul>
2	Initierea si realizarea propriu-zisă a masurilor tehnice, constructive ori de dotare si / sau echipare, necesare înăplinirii condițiilor pentru obținerea acordului / avizului / autorizației, pentru Ob. St – 1 / Ob. Gen 1.1.	DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL	Manager general, Manager, Administrator	01.04.2018 – 30.06.2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizarea masurilor tehnico-construcție rezultate din de puncte de vedere, certificate, verificări, expertize, etc</li> <li>• Realizarea echiparii si dotarii potrivit cerintelor din de puncte de vedere, certificate, verificări, expertize, etc</li> </ul>
3	Inițierea si realizarea demersurilor formale necesare obținerii 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 pentru Ob. St – 1 / Ob. Gen 1.2.	DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL	Manager general, Manager	01.01.2018 – 30.06.2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contactare institutii abilitate, persoane acreditate, experti, etc</li> <li>• Realizarea solicitarilor, a documentatiilor necesare</li> <li>• Obtinerea de puncte de vedere, certificate, realizarea unor verificări, expertize, etc</li> </ul>

Nr. ord.	Obiectiv spațial	Înțeles	Responsabil	Termen	Achiziție necesară	Cofinanțare
4	Executarea lucrărilor tehnico – administrative de reabilitare, reparare, întreținere generate de neconformități ascunse ale construcției și spațiilor pentru Ob. St – 2 / Ob. Gen 2.1.	<b>DA (în totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL</b>	Manager general, Manager, Administrator	01.01.2018 – 31.12.2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizarea masurilor tehnico-constructive rezultante din de puncte de vedere, certificate, verificări, expertize, etc</li> <li>• Realizarea echipării și dotării potrivit cerintelor din de puncte de vedere, certificate, verificări, expertize, etc</li> </ul>	30.000 lei
5	Executarea lucrărilor tehnice, administrative și inginerestii necesare adaptării în totalitate a spațiilor și funcțiunilor la noua destinație a obiectivului și anexelor acestuia ori de menținere a funcționalității. Pentru Ob. St – 2 / Ob. Gen 2.1.	<b>DA (în totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL</b>	Manager general, Manager, Administrator	01.07.2018 – 31.12.2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contactare instituții abilitate, persoane acreditate, experți, etc</li> <li>• Realizarea solicitărilor, a documentațiilor necesare</li> <li>• Obținerea de puncte de vedere, certificate, realizarea unor verificări, expertize, etc</li> </ul>	10.000 lei
6	Aducerea de îmbunătățiri spațiilor recreative destinate pacientilor (terenuri sport, parc și spațiu de tip filigorie pentru recreere). Pentru Ob. St – 2 / Ob. Gen 2.1.	<b>DA (în totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL</b>	Manager general, Manager, Administrator	01.04.2019 – 31.12.2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contactarea unor firme specializate pentru proiectarea spațiilor recreative propuse</li> <li>• Realizarea proiectului și inițierea activităților de realizare</li> <li>• Realizarea (prin firme externe și lucrari proprii) a lucrărilor</li> </ul>	150.000 lei
7	Asigurarea dotărilor / echipărilor / mobilărilor interioare pentru asigurarea / îmbunătățirea funcționalității spațiilor Pentru Ob. St – 2 / Ob. Gen 2.2.	<b>DA (în totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL</b>	Manager general, Manager, Administrator	01.04.2018 – 31.12.2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificarea dotărilor / echipării necesare</li> <li>• Realizarea dotării / echipării</li> </ul>	30.000 lei
8	Dezvoltarea propriei rețele de IT cu baze solide de date la nivel de pacient și care să poată asigura și comunicarea	<b>DA (în totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL</b>	Manager general, Manager,	01.07.2018 – 30.06.2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificarea lucrarilor necesare</li> <li>• Realizarea lucrărilor</li> </ul>	40.000 lei

Nr.	Obiectiv de lucru	Indicatoare de evaluare	Responsabil	Termen	Achizitie
	eficiență cu rețeaua națională și rețeaua primară de îngrijiri de sănătate. Pentru Ob. St – 2 / Ob. Gen 2.2.		Informatician, Administrator		
9	Realizarea unei politici de marketing adecvate scopurilor și obiectivelor centrului medical. Pentru Ob. St – 2 / Ob. Gen 2.3.	<b>DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL</b>	Manager general, Ec. Sef si resp R.U.	01.04.2018 – 01.07.2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizarea politicilor de serviciu prestat</li> <li>• Realizarea politicilor de preț / cost al serviciului prestat</li> </ul>
10	Realizarea analizei de identificare a nevoilor de promovare . Pentru Ob. St – 4 / Ob. Gen 4.1.	<b>DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL</b>	Manager general, Informatician, Ec. Sef si resp R.U.	01.07.2018 – 31.12.2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectuarea analizei privind promovarea in mediul virtual</li> <li>• Efectuarea analizelor economico-financiare necesare si de promovare pe piață</li> </ul>
11	Realizarea politicilor de marketing reale. Pentru Ob. St – 4 / Ob. Gen 4.2.	<b>DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL</b>	Manager general, Ec. Sef si resp R.U.	01.10.2018 – 31.12.2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizarea politicilor de serviciu prestat</li> <li>• Realizarea politicilor de preț / cost al serviciului prestat</li> </ul>
12	Implementarea politicilor de marketing realizate. Pentru Ob. St – 4 / Ob. Gen 4.2.	<b>DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL</b>	Manager general, Ec. Sef si resp R.U.	01.01.2019 – 30.06.2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementarea politicilor de serviciu prestat stabilite</li> <li>• Implementarea politicilor de preț / cost al serviciului prestat, stabilită</li> </ul>
13	Realizarea unui program de formare continuă la nivelul centrului medical Pentru ,Ob. St – 5 / Ob. Gen 5.1.	<b>DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL</b>	Manager general, Manager, Ec. Sef si resp R.U.	01.01.2018 – 31.03.2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relizarea unui plan anual de formare continuă a personalului centrului medical</li> <li>• Aplicarea planului întocmit</li> </ul>
14	Pregatirea personalului medical pentru utilizarea programelor informative de suport a activității medicale. Pentru Ob. St – 5 / Ob. Gen 5.2.	<b>DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL</b>	Informatician, sefii de structuri	01.07.2018 – 31.12.2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pregatirea tematicii necesare instruirii</li> <li>• Realizarea instruirii personalului</li> </ul>
15	Realizarea unui program de formare continuă la nivelul	<b>DA (in totalitate), NU (nerealizată)</b>	Manager general,	01.01.2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificarea nevoilor de pregatire prin forme proprii respectiv</li> </ul>

Nr.	Obiectiv specific	Activitate	Responsabil Q	Timp menținere	Vizibilitate
	centrului medical Pentru Ob. St – 5 / Ob. Gen 5.2.	PARTIAL	Manager, Ec sef si resp R.U., Sefi structuri	31.03.2018 –	formatori externi • Intocmire programului de pregatire
16	Identificarea masurilor de natură managerială, tehnică, administrativă, constructivă, etc ce trebuie luate pentru menținerea standardelor de acreditare ANMCS Pentru Ob. St –6 / Ob. Gen 6.1.	DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL	Manager general, Manager, Medic Sef, Asistent med sef, Ec sef si resp R.U., Informatician, Administrator	01.07.2019 – 01.10.2019	• Implementarea programului masurilor si contactarea institutiilor abilitate, persoane acreditate, experti, etc • Obtinerea de puncte de vedere, adrese, procese verbale de masuri, etc privind menținerea standardelor de acreditare ANMCS
17	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 Pentru Ob. St –6 / Ob. Gen 6.2.	DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL	Manager general, Manager, Medic Sef, Asistent med sef, Ec sef si resp R.U., Informatician, Administrator	01.07.2019 – 01.10.2019	• Studiu pentru identificarea masurilor si contactarea institutiilor abilitate, persoane acreditate, experti, etc • Obtinerea de puncte de vedere, adrese, procese verbale de masuri, etc privind menținerea standardelor ISO și a condițiilor acordurilor / avizelor / autorizațiilor detinute de centrul medical
18	Realizarea cooperării cu structuri / organizații profesionale ori ale pacienților din domeniul medical. Pentru Ob. St – 7 / Ob. Gen 7.1.	DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL	Manager general, Manager, Medic Sef, Asistent med sef, Ec sef si resp R.U	01.10.22018 – 31.12.2018	• Identificarea nevoilor de cooperare si a structurilor / organizatiilor profesionale ori ale pacientilor din domeniul medical • Initierea si realizarea parteneriatelor de cooperare cu structuri / organizatii profesionale ori ale pacienților din domeniul medical

Nr. crt.	Obiectiv specific	Indicatoare de urmărire	Responsabil	Termen	Acțiuni / măsuri
19	Realizarea contractelor / parteneriatelor centrului medical cu terzi (servicii externalizate) Pentru Ob. St – 7 / Ob. Gen 7.2.	<b>DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL</b>	Manager general, Manager, Medic Sef, Administrator	01.10.2018 – 31.12.2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contactarea în vederea inițierii colaborării cu potențiali oferanți de servicii, conform nevoilor identificate</li> <li>• Realizarea contractelor de servicii externe</li> </ul>
20	Identificarea fondurilor cu finanțare europeană ce pot fi accesate de centru medical în vederea dezvoltării acestuia. Pentru Ob. St – 8 / Ob. Gen 8.2.	<b>DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL</b>	Manager general, Manager	01.10.2018 – 31.12.2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contactarea structurilor / instituțiilor care pot asigura fonduri cu aplicabilitate la domeniul de activitate al centrului medical</li> <li>• Analiza ofertei de fonduri cu finanțare europeană versus oferta / specificul centrului medical</li> </ul>
21	Identificarea serviciilor medicale / nemedicale externalizate Pentru Ob. St –9 / Ob. Gen 9.1	<b>DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL</b>	Manager general, Manager, Medic Sef, Asistent med sef, Administrator	01.07.2018 – 31.12.2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analiza managerială a necesarului de servicii pentru o funcționare optimă a centrului medical</li> <li>• Analiza necesarului de servicii și a posibilităților interne de realizare a unor activități pe domenii specifice</li> </ul>

#### 7.2.2. PE TERMEN MEDIU (2 – 4 ani)

Nr. crt.	Obiectiv	Indicatoare de urmărire	Responsabil	Termen	Acțiuni / măsuri
1	Identificarea cheltuielilor inutile și eliminarea acestora. Pentru Ob. St – 3 / Ob. Gen 3.1.	<b>DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL</b>	Manager general, Ec. Sef si resp R.U.	01.01.2019 – 31.12.2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectuarea analizelor economico-financiare necesare</li> <li>• Luarea și implementarea măsurilor economico-financiare necesare</li> </ul>
2	Identificarea cheltuielilor inutile / cu eficiență redusă și eliminarea / corectarea acestora. Pentru Ob. St – 3 / Ob. Gen 3.2.	<b>DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL</b>	Manager general, Ec. Sef si resp R.U.	01.01.2019 – 31.12.2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectuarea analizelor economico-financiare necesare</li> <li>• Luarea și implementarea măsurilor economico-financiare necesare</li> </ul>

Nr.	Obiectiv	Indicație	Responsabil	Perioada	Acțiuni / activități	Sumă
3	Adaptarea nevoilor de promovare la specificul centrului medical. Pentru Ob. St –4/ Ob. Gen 4.1.	<b>DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL</b>	Manager general, Informatician, Ec. Sef si resp R.U.	01.01.2019 – 31.12.2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dispunerea de măsuri pentru adaptarea nevoilor de promovare la specificul centrului medical în corelare cu datele de analiză rezultate</li> <li>Implementarea măsurilor dispuse</li> </ul>	1000 lei
4	Dezvoltarea paletelor de servicii oferite de centrul medical. Analiza / studiu în vedere identificării serviciilor posibil (cerere, ofertă, posibilități) a fi prestate și organizarea activității. Pentru Ob. St –4/ Ob. Gen 4.3.	<b>DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL</b>	Manager general, Manager, Medic Sef, As med sef, Ec. Sef si resp R.U.	01.07.2018 – 01.09.2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analiza pielei de servicii medicale (cereri – oferte)</li> <li>Analiza posibilităților oferite de centru medical și a impactului determinat de largirea paletei de servicii</li> <li>Realizarea unui plan de dezvoltare a paletelor de servicii și implementarea acestuia</li> </ul>	1000 lei
5	Realizarea măsurilor de natură managerială, tehnică, administrativă, construcțivă, etc pentru menținerea standardelor de acreditare ANMCS Pentru Ob. St –6 / Ob. Gen 6.1	<b>DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL</b>	Manager general, Manager, Medic Sef, Asistent med sef, Ec sef si resp R.U., Informatician, Administrator	01.10.2019 – 31.12.2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizarea măsurilor tehnico-construcțive rezultate din puncte de vedere, adrese, procese verbale de măsuri, etc privind menținerea standardelor de acreditare ANMCS</li> <li>Realizarea echiparii și dotării potrivit cerintelor din puncte de vedere, adrese, procese verbale de măsuri, etc privind menținerea standardelor ISO și a condițiilor acordurilor / avizelor / autorizațiilor detinute de centrul medical</li> </ul>	1000 lei
6	Realizarea măsurilor de natură managerială, tehnică, administrativă, construcțivă, etc pentru menținerea	<b>DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL</b>	Manager general, Manager, Medic Sef, Asistent	01.10.2019 – 31.12.2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizarea măsurilor tehnico-construcțive rezultate din puncte de vedere, adrese, procese verbale</li> </ul>	1000 lei

Nr.	Obiectiv	Indicații de urmărit	Responabilități	Achiziție / realizare
	standardelor ISO și a condițiilor acordurilor / avizelor / autorizațiilor detinute de centrul medical Pentru Ob. St –6 / Ob. Gen 6.2	med sef, Ec sef si resp R.U., Informatician, Administrator		de masuri, etc privind menținerea standardelor ISO și a condițiilor acordurilor / avizelor / autorizațiilor detinute de centrul medical <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizarea echiparii si dotarii potrivit cerintelor din puncte de vedere, adrese, procese verbale de masuri, etc privind menținerea standardelor ISO și a condițiilor acordurilor / avizelor / autorizațiilor detinute de centrul medical</li> </ul>
7	Identificarea serviciilor medicale / nemedicale externalizate Pentru Ob. St – 7 / Ob. Gen 7.2.	DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL Manager, Medic Sef, Asistent med sef, Administrator	01.01.2019 – 31.12.2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analiza managerială a necesarului de servicii pentru o funcționare optimă a centrului medical</li> <li>Analiza necesarului de servicii și a posibilităților interne de realizare a unor activități pe domenii specifice</li> </ul>
8	Identificarea unor surse externe de finanțare Pentru Ob. St –8 / Ob. Gen 8.1	DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL Manager general, Ec sef si resp R.U.	01.01.2019 – 31.12.2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizarea unor informari de prezentare a serviciilor și rezultatelor centrului medical menite să atragă surse externe de finanțare</li> <li>Plasarea pe piață a informații realizate</li> </ul>
9	Utilizarea surselor de finanțare obținute, potrivit nevoilor centrului medical Pentru Ob. St –8 / Ob. Gen 8.1	DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL Manager general, Ec sef si resp R.U.	01.01.2019 – 31.12.2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perfectarea, potrivit prevederilor legale a actelor privitoare la finanțarea externă obținută</li> <li>Analiza și utilizarea fondurilor obținute potrivit nevoilor centrului medical</li> </ul>
10	Accesarea fondurilor europene	DA (in totalitate), Manager	01.01.2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizarea proiectelor de finanțare</li> </ul>

Nr.	Obiectiv	Indicatii	Responsabil	Pentru	Acumulare
	accesate pentru dezvoltarea centrului medical Pentru Ob. St –8 / Ob. Gen 8.2	NU (nerealizată) PARTIAL	general, Manager, Medic Sef, Asistent med sef, Ec sef si resp R.U., Informatician, Administrator	– 31.12.2022	europeană (prin resurse proprii ori resurse externe) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depunerea proiectului (prin resurse proprii ori resurse externe)</li> <li>• Accesarea fondurilor europene obtinute (potrivit datelor de proiect aprobată)</li> </ul>

### 7.2.3. PE TERMEN LUNG (4 – 5 ani)

Nr.	Obiectiv	Indicatii	Responsabil	Pentru	Acumulare	Cost estimat (leu)
1	Promovarea serviciilor de sănătate oferite de centru medical. Pentru Ob. St – 2 / Ob. Gen 2.3.	DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL	Manager general, Informatician, Ec. Sef si resp R.U.	01.07.2018 – 31.12.2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementarea masurilor rezultate din politicile de serviciu prestat, stabilite</li> <li>• Implementarea masurilor rezultate din politicile de preț / cost al serviciului prestat, stabilite</li> </ul>	50.000 lei
2	Așezarea și utilizarea eficientă a resurselor umane Pentru Ob. St – 2 / Ob. Gen 2.4.	DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL	Manager general, Ec. Sef si resp R.U.	01.01.2018 – 31.12.2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analiza asigurării și utilizării resurselor umane</li> <li>• Stabilirea de măsuri de linie pentru imbunătățirea activității</li> </ul>	500 lei
3	Realizarea și introducerea procedurilor de lucru, a protocolelor terapeutice și a ghidurilor de practică Pentru Ob. St – 2 / Ob. Gen 2.4.	DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL	Medic sef, Medici curanți, Asistent med sef	01.01.2018 – 31.12.2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificarea activităților ce necesită elaborarea, asigurarea de proceduri, protocoale, ghiduri</li> <li>• Realizarea procedurilor de lucru, a protocolelor terapeutice și a ghidurilor de practică</li> <li>• Introducerea / implementarea procedurilor de lucru, a protocolelor terapeutice și a ghidurilor de practică</li> </ul>	500 lei

Nr. ct.	Obiectiv	Indicatoare de urmare	Responsabil	Perioada	Acțiuni necesare	Coduri UA
4	A sigurarea de resurse financiare, în timp oportun, conforme cu necesitățile și utilizarea eficientă a acestora Pentru Ob. St – 3 / Ob. Gen 3.1..	DA (in totalitate), NU (nerealizat/ă) PARTIAL	Manager general, Ec. Sef si resp R.U.	01.01.2018 – 31.12.2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Efectuarea analizelor economico-financiare necesare</li> <li>Derularea activităților economico-financiare</li> <li>Evaluarea periodica a activității economico - financiare</li> </ul>	NA
5	A sigurarea de resurse financiare, în timp oportun, conforme cu necesitățile și utilizarea eficientă a acestora Pentru Ob. St – 3 / Ob. Gen 3.2..	DA (in totalitate), NU (nerealizat/ă) PARTIAL	Manager general, Ec. Sef si resp R.U.	01.01.2018 – 31.12.2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Efectuarea analizelor economico-financiare necesare</li> <li>Derularea activităților economico-financiare</li> <li>Evaluarea periodica a activității economico - financiare</li> </ul>	NA
6	Dezvoltarea paletelor de servicii oferite de centrul medical. Initierea demersurilor de realizare a unor servicii noi concomitent cu realizarea infrastructurii necesare. Pentru Ob. St – 4 / Ob. Gen 4.3.	DA (in totalitate), NU (nerealizat/ă) PARTIAL	Manager general, Manager, Medic Sef, As med sef, Ec. Sef si resp R.U.	01.10.2018 – 31.12.2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Initierea achizițiilor, asigurarea proiectarii potrivit serviciilor identificate</li> <li>Realizarea, după caz, a lucrarilor de infrastructură, dotare, echipare în vederea prestării serviciului vizat</li> </ul>	50.000 lei
7	Motivarea și determinarea personalului pentru participarea la activități de pregătire / formare în domeniul medical organizate / desfășurate de alte entități decât centrul medical. Pentru Ob. St – 5 / Ob. Gen 5.1.	DA (in totalitate), NU (nerealizat/ă) PARTIAL	Manager general, Manager, Medic Sef, Asistent med sef	01.10.2018 – 31.12.2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planificarea unor teme de pregătire necesare și atractive</li> <li>Realizarea de întâlniri cu specialisti pe terțe domenii pentru activități formative</li> <li>Evaluarea periodica și analiza individuală a rezultatelor</li> </ul>	NA
8	Includerea personalului cu atribuții specifice la activități de pregătire / formare în domeniile resurselor umane, bucătărie, igienă, organizare /	DA (in totalitate), NU (nerealizat/ă) PARTIAL	Manager general, Manager, Medic Sef, Asistent med sef, Ec. Sef si resp R.U.	01.10.2018 – 31.12.2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificarea nevoilor de pregătire / formare</li> <li>Initierea demersurilor pentru realizarea activităților de instruire / formare</li> <li>Realizarea activității de instruire /</li> </ul>	5000 lei

Nr.	Obiectiv	Indicatoare de urmare	Responsabil	Termin	Achizionare
	desfășurate de alte emițări decât centrul medical. Pentru Ob. St – 5 / Ob. Gen 5.2.				formare
9	Realizarea contractelor / parteneriatelor centrului medical cu terți (servicii externalizate) Pentru Ob. St –9 / Ob. Gen 9.1	DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL	Manager general, Manager, Medic Sef, Administrator	01.07.2018 – 31.12.2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contactarea in vederea initierii colaborarii cu potențiali ofertanți de serv., conform nevoilor identificate</li> <li>• Realizarea contractelor de servicii externe</li> </ul>
10	Încheierea de protocoale de colaborare și a contractelor de prestari servicii cu diversi furnizori de servicii medicale și nemedcale pentru asigurarea continuității și calitatii actului medical Pentru Ob. St – 10 / Ob. Gen 10.1.	DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL	Manager general, Manager, Medic Sef, Administrator	01.01.2018 – 31.12.2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contactarea in vederea initierii colaborarii cu potențiali ofertanți de servicii, conform nevoilor identificate</li> <li>• Realizarea contractelor de servicii externe pentru asigurarea continuității și calitatii actului medical</li> </ul>
11	Instruirea permanentă a tuturor responsabililor de procese. Participarea permanentă la cursuri si sesiuni de informare Pentru Ob. St – 10 / Ob. Gen 10.1.	DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL	Manager general, Manager, Medic Sef, Economist sef si resp R.U., sefi de structuri	01.01.2018 – 31.12.2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificarea nevoilor de instruire</li> <li>• Instruirea permanentă a responsabililor de procese</li> </ul>
	NA – nu sunt alocate / necesare fonduri				10.000 lei

## 7.2.4. OBIECTIVE SPECIFICE PE ACTIVITĂȚI ALE ACTULUI MEDICAL

### 7.2.4.1. OBIECTIVE REFERITOARE LA CALITATEA INGRIGIRILOR

Preocuparea noastră permanentă este creșterea calității serviciilor medicale și de îngrijire, atât în secția psihiatrie cat și în ambulatoriu astfel:

- Imbunatătirea comunicării personalului cu pacientii prin instruire și discuții avute de membri ai conducerii centrului medical, astfel incat fiecare să fie consțient de responsabilitățile avute;
- Respectarea orarelor afișate;
- Respectarea programării pacienților, și posibilitatea de a anunța pacientul de orice modificare survenita în programare;

- Pentru protecția pacienților noștri, fiecare angajat are răspunderea pentru respectarea cu strictețe a standardelor de calitate, inclusiv planificarea și efectuarea controlului extern privind depistarea infecțiilor nozocomiale.
- Implementarea noilor protocoale și proceduri de îngrijire, algoritmuri de investigații.
- Implementarea ghidurilor de nursing.

#### 7.2.4.2. OBIECTIVE SPECIFICE PRIVIND CONTROLUL INFECTIILOR NOZOCOMIALE

Nr.	Obiectiv	Responsabil	Fiecare an	Indicații de urmărire
1	Raportarea numărului de cazuri depistate în sistem de rutina	Coordonator activitate PIN (IAAM)	Anual	Numărul de cazuri depistate în sistem de rutina
2	Reducerea numărului de accidente ale personalului medical prin expunere la produse biologice	Coordonator activitate PIN (IAAM)	Anual	Numărul de accidente ale personalului medical prin expunere la produse biologice

#### 7.2.4.3. OBIECTIVE SPECIFICE PENTRU DEPISTAREA PRECOCE SI CONTROLUL INFECTIILOR NOZOCOMIALE

Nr.	Obiectiv	Responsabil	Fiecare an	Indicații de urmărire
1	ACTIONIUNI DE DEPISTARE A CAZURIOR DE IN PRIN PRELEVĂRI DE PROBE	Coordonator activitate PIN (IAAM)	Anual	Numărul de acțiuni de depistare a cazurilor de IN prin prelevări de probe
2	ACTIONIUNI DE VERIFICARE A STĂRII IGENICO-SANITARE IN SECȚIA CENTRULUI MEDICAL	Coordonator activitate PIN (IAAM)	Anual	Numărul de acțiuni de verificare a stării igienico-sanitare în secția centrului medical

La nivelul fiecărei componente a centrului medical, sefii acestora, dispun măsurări și acțiuni derivate din obiectivele specifice, considerate realizabile, insusite și acceptate de către fiecare angajat.

### 7.3. EVALUAREA OBIECTIVELOR DE PLAN MANAGERIAL

#### 7.3.1. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ

Nr.	Obiectiv specific	Indicații de urmărire	Responsabil
1	INITIEREA SI REALIZAREA DEMERSURILOR FORMALE NECESSARE REALIZARII	Realizarea acțiunilor și / sau	Manager general,

31.12.2018

Nr.	Obiectivul specific	Indicatoare de performanță	Responsabil
1.	unor masuri de natură tehnică, construcțivă ori privind dotarea / echiparea (obținerea de puncte de vedere, certificate, realizarea unor verificări, expertize, etc) – pentru Ob. St – 1 / Ob. Gen 1.1.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor. DA (în totalitate), NU (nerealizată) <b>PARTIAL</b>	Manager
2	Initierea și realizarea propriu-zisă a masurilor tehnice, constructive ori de dotare si / sau echipare, necesare îndeplinirii condițiilor pentru obținerea acordului / avizului / autorizației. Pentru Ob. St – 1 / Ob. Gen 1.1.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor. DA (în totalitate), NU (nerealizată) <b>PARTIAL</b>	Manager general, Manager, Administrator
3	Inițierea și realizarea demersurilor formale necesare obținerii 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 certificator ISO și obținerea acreditării ANMCS pentru Ob. St – 1 / Ob. Gen 1.2.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor. DA (în totalitate), NU (nerealizată) <b>PARTIAL</b>	Manager general, Manager
4	Executarea lucrărilor tehnico – administrative de reabilitare, reparare, întreținere generate de neconformități ascunse ale construcției și spațiilor pentru Ob. St – 2 / Ob. Gen 2.1.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor. DA (în totalitate), NU (nerealizată) <b>PARTIAL</b>	Manager general, Manager, Administrator
5	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. Pentru Ob. St – 2 / Ob. Gen 2.1.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor. DA (în totalitate), NU (nerealizată) <b>PARTIAL</b>	Manager general, Manager, Administrator
6	Aducerea de îmbunătățiri spațiilor recreative destinate pacienților (terenuri sport, parc și spațiu de tip filigorie pentru recreere). Pentru Ob. St – 2 / Ob. Gen 2.1.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor. DA (în totalitate), NU (nerealizată) <b>PARTIAL</b>	Manager general, Manager, Administrator
7	Asigurarea dotărilor / echipărilor / mobilărilor interioare pentru asigurarea / îmbunătățirea funcționalității spațiilor Pentru Ob. St – 2 / Ob. Gen 2.2.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor. DA (în totalitate), NU (nerealizată) <b>PARTIAL</b>	Manager general, Manager, Administrator
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. Pentru Ob. St – 2 / Ob. Gen 2.2.	DA (în totalitate), NU (nerealizată) <b>PARTIAL</b>	Manager general, Manager, Informatician, Administrator
9	Realizarea unei politici de marketing adecvate scopurilor și obiectivelor centrului medical. Pentru Ob. St – 2 / Ob. Gen 2.3.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor. DA (în totalitate), NU (nerealizată) <b>PARTIAL</b>	Manager general, Ec. Sef și resp R.U.
10	Realizarea analizei de identificare a nevoilor de promovare .	Realizarea acțiunilor si / sau	Manager general, Manager general, 31.12.2018

Nr.	Obiectivul specific	Indicatoare de performanță	Responsabil
	Pentru Ob. St – 4 / Ob. Gen 4.1.	masurilor. DA (în totalitate), NU (nerealizată) <b>PARTIAL</b>	Informatician, Ec. Sef si resp R.U.
11	Realizarea politicilor de marketing reale. Pentru Ob. St – 4 / Ob. Gen 4.2.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor. DA (în totalitate), NU (nerealizată) <b>PARTIAL</b>	Manager general, Ec. Sef si resp R.U.
12	Implementarea politicilor de marketing realizate. Pentru Ob. St – 4 / Ob. Gen 4.2.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor. DA (în totalitate), NU (nerealizată) <b>PARTIAL</b>	Manager general, Ec. Sef si resp R.U.
13	Realizarea unui program de formare continuă la nivelul centrului medical Pentru ,Ob. St – 5 / Ob. Gen 5.1.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor. DA (în totalitate), NU (nerealizată) <b>PARTIAL</b>	Manager general, Ec. Sef si resp R.U.
14	Pregatirea personalului medical pentru utilizarea programelor informative de suport a activității medicale. Pentru Ob. St – 5 / Ob. Gen 5.2.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor. DA (în totalitate), NU (nerealizată) <b>PARTIAL</b>	Manager general, Ec. Sef si resp R.U.
15	Realizarea unui program de formare continuă la nivelul centrului medical Pentru Ob. St – 5 / Ob. Gen 5.2.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor. DA (în totalitate), NU (nerealizată) <b>PARTIAL</b>	Manager general, Ec. Sef si resp R.U.
16	Identificarea masurilor de natură managerială, tehnică, administrativă, constructivă, etc ce trebuie luate pentru menținerea standardelor de acreditare ANMCS Pentru Ob. St – 6 / Ob. Gen 6.1.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor. DA (în totalitate), NU (nerealizată) <b>PARTIAL</b>	Manager general, Manager, Medic Sef, Asistent med. sef, Ec sef si resp R.U., Informatician, Administrator
17	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 Pentru Ob. St – 6 / Ob. Gen 6.2.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor. DA (în totalitate), NU (nerealizată) <b>PARTIAL</b>	Manager general, Manager, Medic Sef, Asistent med. sef, Ec sef si resp R.U., Informatician, Administrator
18	Realizarea cooperării cu structuri / organizații profesionale ori ale pacienților din domeniul medical. Pentru Ob. St – 7 / Ob.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor. DA (în totalitate), NU	Manager general, Manager, Medic

Nr.	Obiectivuri specifice	Indicatoare performante	Responsabilitate
	Gen 7.1.	(nerealizată) PARTIAL	Sef, Asistent medical, Ec. sef si resp R.U.
19	Realizarea contractelor / parteneriatelor centrului medical cu terți (servicii externalizate) Pentru Ob. St – 7 / Ob. Gen 7.2.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor. DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL	Manager general, Manager, Medic Sef, Administrator
20	Identificarea fondurilor cu finanțare europeană ce pot fi accesate de centru medical în vederea dezvoltării acestuia. Pentru Ob. St – 8 / Ob. Gen 8.2.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor. DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL	Manager general, Manager
21	Identificarea serviciilor medicale / nemedicale externalizate Pentru Ob. St –9 / Ob. Gen 9.1	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor. DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL	Manager general, Manager, Medic Sef, Asistent medical, Administrator
1	Identificarea cheltuielilor inutile și eliminarea acestora. Pentru Ob. St – 3 / Ob. Gen 3.1.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor. DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL	Manager general, Ec. sef si resp R.U.
2	Identificarea cheltuielilor inutile / cu eficiență redusă și eliminarea / corectarea acestora. Pentru Ob. St – 3 / Ob. Gen 3.2.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor. DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL	Manager general, Ec. sef si resp R.U.
3	Adaptarea nevoilor de promovare la specificul centrului medical. Pentru Ob. St –4/ Ob. Gen 4.1.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor. DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL	Manager general, Informatician, Ec. sef si resp R.U.
4	Dezvoltarea paletelor de servicii oferite de centrul medical. Analiza / studiu în vederea identificării serviciilor posibili (cerere, ofertă, posibilitati) a fi prestate și organizarea activității. Pentru Ob. St –4/ Ob. Gen 4.3.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor. DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL	Manager general, Manager, Medic Sef, As med sef, Ec. sef si resp R.U.
5	Realizarea masurilor de natură managerială, tehnică, administrativă, constructivă, etc pentru menținerea standardelor de acreditare ANMCS Pentru Ob. St –6 / Ob. Gen 6.1	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor. DA (in totalitate), NU (nerealizată) PARTIAL	Manager general, Manager, Medic Sef, Asistent medical, Ec sef si resp R.U., Informatician,

Nr.	Obiectivul beneficiului	Indicări de performanță	Responsabilitatea
6	Realizarea masurilor de natură managerială, tehnică, administrativă, constructivă, etc pentru menținerea standardelor ISO și a condițiilor acordurilor / avizelor / autorizațiilor deținute de centrul medical Pentru Ob. St –6 / Ob. Gen 6.2	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor.DA (in totalitate), NU (nerealizat/ă) <b>PARTIAL</b>	Administrator Manager general, Manager, Medic Sef, Asistent med sef, Ec sef si resp R.U., Informatician, Administrator
7	Identificarea serviciilor medicale / nemedicale externalizate Pentru Ob. St – 7 / Ob. Gen 7.2.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor.DA (in totalitate), NU (nerealizat/ă) <b>PARTIAL</b>	Administrator Manager general, Manager, Medic Sef, Asistent med sef, Administrator
8	Identificarea unor surse externe de finanțare Pentru Ob. St –8 / Ob. Gen 8.1	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor.DA (in totalitate), NU (nerealizat/ă) <b>PARTIAL</b>	Administrator Manager general, Ec sef si resp R.U.
9	Utilizarea surselor de finanțare obținute, potrivit nevoilor centrului medical Pentru Ob. St –8 / Ob. Gen 8.1	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor.DA (in totalitate), NU (nerealizat/ă) <b>PARTIAL</b>	Administrator Manager general, Ec sef si resp R.U.
10	Accesarea fondurilor europene acceseate pentru dezvoltarea centrului medical Pentru Ob. St –8 / Ob. Gen 8.2	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor.DA (in totalitate), NU (nerealizat/ă) <b>PARTIAL</b>	Administrator Manager general, Manager, Medic Sef, Asistent med sef, Ec sef si resp R.U., Informatician, Administrator
<b>DETERMINANTE</b>			
1	Promovarea serviciilor de sănătate oferite de centru medical. Pentru Ob. St – 2 / Ob. Gen 2.3.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor.DA (in totalitate), NU (nerealizat/ă) <b>PARTIAL</b>	Administrator Manager general, Informatician, Ec. Sef si resp R.U.
2	Așezarea și utilizarea eficientă a resurselor umane Pentru Ob. St – 2 / Ob. Gen 2.4.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor.DA (in totalitate), NU (nerealizat/ă) <b>PARTIAL</b>	Administrator Manager general, Ec. Sef si resp R.U.
3	Realizarea și introducerea procedurilor de lucru, a protocoalelor terapeutice și a ghidurilor de practica Pentru Ob. St – 2 / Ob.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor.DA (in totalitate), NU	Medic sef, Medicii curanți, Asistent

Nr.	Obiectivuri specifice	Indicatoare performanță	Responsabil	Termen
4	Gen 2.4. Asigurarea de resurse financiare, în timp oportun, conforme cu necesitățile și utilizarea eficientă a acestora Pentru Ob. St – 3 / Ob. Gen 3.1.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor.DA (in totalitate), NU (nerealizat/ă) <b>PARTIAL</b>	med sef Manager general, Ec. Sef si resp R.U.	31.12.2022
5	Asigurarea de resurse financiare, în timp oportun, conforme cu necesitățile și utilizarea eficientă a acestora Pentru Ob. St – 3 / Ob. Gen 3.2.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor.DA (in totalitate), NU (nerealizat/ă) <b>PARTIAL</b>	med sef Manager general, Ec. Sef si resp R.U.	31.12.2022
6	Dezvoltarea paletelor de servicii oferite de centru medical. Inițierea demersurilor de realizare a unor servicii noi concomitent cu realizarea infrastructurii necesare. Pentru Ob. St – 4 / Ob. Gen 4.3.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor.DA (in totalitate), NU (nerealizat/ă) <b>PARTIAL</b>	med sef Manager general, Medic Sef, As med sef, Ec. Sef si resp R.U.	31.12.2022
7	Motivarea și determinarea personalului pentru participarea la activități de pregătire / formare în domeniul medical organizate / desfășurate de alte entități decât centru medical. Pentru Ob. St – 5 / Ob. Gen 5.1.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor.DA (in totalitate), NU (nerealizat/ă) <b>PARTIAL</b>	med sef Manager general, Medic Sef, Asistent med sef	31.12.2022
8	Includerea personalului cu atribuții specifice la activități de pregătire / formare în domeniile resurselor umane, bucătărie, igienă, organizate / desfășurate de alte entități decât centrul medical. Pentru Ob. St – 5 / Ob. Gen 5.2.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor.DA (in totalitate), NU (nerealizat/ă) <b>PARTIAL</b>	med sef Manager, Medic Sef, Asistent med sef, Ec. Sef si resp R.U.	31.12.2022
9	Realizarea contractelor / parteneriatelor centrului medical cu terți (servicii externalizate) Pentru Ob. St –9 / Ob. Gen 9.1	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor.DA (in totalitate), NU (nerealizat/ă) <b>PARTIAL</b>	med sef Manager, Medic Sef, Administrator	31.12.2022
10	Încheierea de protocoale de colaborare și a contractelor de prestari servicii cu diversi furnizori de servicii medicale și nemedicale pentru asigurarea continuității și calității acțuiui medical Pentru Ob. St – 10 / Ob. Gen 10.1.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor.DA (in totalitate), NU (nerealizat/ă) <b>PARTIAL</b>	med sef Manager, Medic Sef, Administrator	31.12.2022
11	Instruirea permanentă a tuturor responsabililor de procese. Participarea permanentă la cursuri și sesiuni de informare Pentru Ob. St – 10 / Ob. Gen 10.1.	Realizarea acțiunilor si / sau masurilor.DA (in totalitate), NU (nerealizat/ă) <b>PARTIAL</b>	med sef Manager, Medic Sef, Economist sef si resp R.U., sefi de structuri	31.12.2022

OBIECTIVI DE MEDIU - CONSTRUCȚII DE INFRASTRUCTURĂ COMUNITARĂ

Nr.	Obiectivuri de dezvoltare	Indicatoare de performanță	Responsabilitate
1	Raportarea numărului de cazuri depistate în sistem de rutina	Numărul de cazuri depistate în sistem de rutina < 3	in Coordonator activitate PIN (IAAM) Anual
2	Reducerea numărului de accidente ale personalului medical prin expunere la produse biologice	Numărul de accidente personalului medical prin expunere la produse biologice < 1	ale Coordonator prin activitate PIN (IAAM) Anual
<b>2.1.1. OBIECTIVUL DE DEZVOLTARE: PRECOCESTAREA DEPISTARII INFECTIONILOR</b>			
1	Aciuni de depistare a cazurilor de IN prin prelevări de probe	Numărul de acțiuni de depistare a cazurilor de IN prin prelevări de probe	Coordonator activitate PIN (IAAM) Anual
2	Aciuni de verificare a stării igienico-sanitare în secția clinicii	Numărul de acțiuni de verificare a stării igienico-sanitare în secția clinicii	Coordonator activitate PIN (IAAM) Anual
<b>2.1.2. EXAMENURILE</b>			
1	Creșterea calității serviciilor medicale și de îngrijire, în secția psihiatrie și în ambulatoriu	Imbunatătirea comunicării personalului cu pacientii prin instruire și discuții avute de membri ai conducerii centrului medical, astfel încât fiecare să fie conștient de responsabilitățile avute;	Manager general Manager Medic sef As med sef Trimestrial
		Respectarea programării pacienților, și posibilitatea de a anunța pacientul de orice modificare survenită în programare;	Medic sef As med sef Registrator Trimestrial
		Respectarea cu strictețe a standardelor de calitate, inclusiv planificarea și efectuarea controlului extern privind	Coordonator activitate PIN (IAAM) Anual

Nr.	Obiectivuri specifice	Indicatoare de performanță	Responsabil	Termen
	1. Obiectivul este să se depisteze și să se trateze infecțiile nozocomiale.	Implementarea noilor protocoale si proceduri de îngrijire, algoritmuri de investigații.	Medic sef As med sef	Trimestrial

### 7.3.2. INDICATORI DE CALITATE SPECIFICI SECTIEI PSIHIATRIE

Nr.	Obiectivuri specifice	Indicatoare de performanță	Responsabil	Termen
1		Implementarea standardului de calitate ISO 9001/2008, recertificare;	Manager general, Manager	30.06.2019
2		Elaborarea protocoalelor si procedurilor specifice sectiei;	Medic sef, As med sef	
3	Obiectivele strategice, generale si specifice ce sunt in legatura elaborarea / implementarea standardului de calitate ISO, protocoalelor si procedurilor specifice ;i a standardelor ANMCS	Implementarea standardelor ANMCS;	Manager general, Manager Medic sef, As med sef, Economist si resp R.U., Informatician, Administrator	30.06.2019

**7.4. GRAFICUL DE REALIZARE A OBIECTIVELOR (GRAFICUL PRIORITĂȚILOR IERARHIZATE PRIN TERMENE DE EXECUȚIE/PUNERE ÎN APPLICARE)**

OBIECTIV / TERMEN / SCURG	1.2018	1.2019	1.2020	1.2021	1.2018	1.2019	1.2020	1.2021	1.2018	1.2019	1.2020	1.2021
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Initierea si realizarea demersurilor formale necesare realizarii unor masuri de natură tehnica, constructivă ori privind dotarea / echiparea (obținerea de puncte de vedere, certificate, realizarea unor verificări, expertize, etc) – pentru Ob. St – 1 / Ob. Gen 1.1.	X	X	X	X								
Initierea si realizarea propriu-zisă a masurilor tehnice, constructive ori de dotare si / sau echipare, necesare indeplinirii condițiilor pentru obținerea acordului / avizului / autorizației. pentru Ob. St – 1 / Ob. Gen 1.1.		X	X									
Inițierea si realizarea demersurilor formale necesare obținerii acordurilor, avizelor, autorizațiilor pentru obiectiv, pentru toate domeniile de activitate reglementate (sanatate publica, sanitar veterinara si controlul alimentelor, situatii de urgență, mediu, etc) si a certificatelor ISO și obținerea acreditarii ANMCS pentru Ob. St – 1 / Ob. Gen 1.2.		X	X	X	X	X						
Executarea lucrărilor tehnico – administrative de reabilitare, reparare, întreținere generate de neconformități ascunse ale construcției si spațiilor pentru Ob. St – 2 / Ob. Gen 2.1.	X	X	X	X								
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. Pentru Ob. St – 2 / Ob. Gen 2.1.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Aducerea de îmbunătățiri spațiilor recreative destinate pacienților (terenuri sport, parc și spatiu de tip filigorie pentru recreere). Pentru Ob. St – 2 / Ob. Gen 2.1.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Asigurarea dotărilor / echipărilor / mobilărilor interioare pentru asigurarea / îmbunătățirea funcționalității spațiilor Pentru Ob. St – 2 / Ob. Gen 2.2.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Dezvoltarea propriei rețele de IT cu baze solide de date la nivel de pacient și care să			X	X	X	X						

poată asigura și comunicarea eficientă cu rețeaua națională și rețeaua primară de îngrijiri de sănătate. Pentru Ob. St – 2 / Ob. Gen 2.2.							
Realizarea unei politici de marketing adecvate scopurilor și obiectivelor centrului medical. Pentru Ob. St – 2 / Ob. Gen 2.3.		X					
Realizarea analizei de identificare a nevoilor de promovare . Pentru Ob. St – 4 / Ob. Gen 4.1.			X	X			
Realizarea politicilor de marketing reale. Pentru Ob. St – 4 / Ob. Gen 4.2.				X			
Implementarea politicilor de marketing realizate. Pentru Ob. St – 4 / Ob. Gen 4.2.					X	X	
Realizarea unui program de formare continuă la nivelul centrului medical Pentru ,Ob. St – 5 / Ob. Gen 5.1.	X						
Pregatirea personalului medical pentru utilizarea programelor informaticice de suport a activității medicale. Pentru Ob. St – 5 / Ob. Gen 5.2.			X	X			
Realizarea unui program de formare continuă la nivelul centrului medical Pentru Ob. St – 5 / Ob. Gen 5.2.	X						
Identificarea masurilor de natură managerială, tehnică, administrativă, constructivă, etc ce trebuie luate pentru menținerea standardelor de acreditare ANMCS Pentru Ob. St –6 / Ob. Gen 6.1.			X				
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 Pentru Ob. St –6 / Ob. Gen 6.2.						X	
Realizarea cooperării cu structuri / organizatii profesionale ori ale pacienților din domeniul medical. Pentru Ob. St – 7 / Ob. Gen 7.1.				X			
Realizarea contractelor / parteneriatelor centrului medical cu terți (servicii externalizate) Pentru Ob. St – 7 / Ob. Gen 7.2.				X			
Identificarea fondurilor cu finanțare europeană ce pot fi accesate de centru medical în vederea dezvoltării acestuia. Pentru Ob. St – 8 / Ob. Gen 8.2.				X			

Identificarea serviciilor medicale / nemedicale externalizate Pentru Ob. St –9 / Ob. Gen 9.1				<b>X</b>				
<b>PE PERMEN MEDIU</b>	S2 / 2018	S1 / 2019	S2 / 2019	S1 / 2020	S2 / 2020	S1 / 2021	S2 / 2021	AN / 2019
Identificarea cheltuielilor inutile si eliminarea acestora. Pentru Ob. St – 3 / Ob. Gen 3.1.		<b>X</b>						
Identificarea cheltuielilor inutile / cu eficiență redusă si eliminarea / corectarea acestora. Pentru Ob. St – 3 / Ob. Gen 3.2.		<b>X</b>						
Adaptarea nevoilor de promovare la specificul centrului medical. Pentru Ob. St –4/ Ob. Gen 4.1.		<b>X</b>						
Dezvoltarea paletei de servicii oferite de centrul medical. Analiza / studiu in vederea identificării serviciilor posibil (cerere, oferta, posibilitati) a fi prestate și organizarea activității. Pentru Ob. St –4/ Ob. Gen 4.3.	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>			
Realizarea masurilor de natură managerială, tehnică, administrativă, constructivă, etc pentru menținerea standardelor de acreditare ANMCS Pentru Ob. St –6 / Ob. Gen 6.1			<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Realizarea masurilor de natură managerială, tehnică, administrativă, constructivă, etc pentru menținerea standardelor ISO și a condițiilor acordurilor / avizelor / autorizatiilor detinute de centrul medical Pentru Ob. St – 6 / Ob. Gen 6.2			<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Identificarea serviciilor medicale / nemedicale externalizate Pentru Ob. St – 7 / Ob. Gen 7.2.		<b>X</b>						
Identificarea unor surse externe de finanțare Pentru Ob. St –8 / Ob. Gen 8.1		<b>X</b>						
Utilizarea surselor de finanțare obținute, potrivit nevoilor centrului medical Pentru Ob. St –8 / Ob. Gen 8.1		<b>X</b>						
Accesarea fondurilor europene accesate pentru dezvoltarea centrului medical Pentru Ob. St –8 / Ob. Gen 8.2		<b>X</b>						
<b>PE PERMEN LUNG</b>	S1 / 2018	S2 / 2018	S1 / 2019	S2 / 2019	S1 / 2020	S2 / 2020	S1 / 2021	S2 / 2021
Promovarea serviciilor de sănătate oferite de centru medical. Pentru Ob. St – 2 / Ob. Gen 2.3.		<b>X</b>						
Asigurarea si utilizarea eficienta a resurselor umane Pentru Ob. St – 2 / Ob.	<b>X</b>							

Gen 2.4.								
Realizarea și introducerea procedurilor de lucru, a protocoalelor terapeutice și a ghidurilor de practică Pentru Ob. St – 2 / Ob. Gen 2.4.	X	X	X	X	X	X	X	X
Asigurarea de resurse financiare, în timp oportun, conforme cu necesitățile și utilizarea eficientă a acestora Pentru Ob. St – 3 / Ob. Gen 3.1.	X	X	X	X	X	X	X	X
Asigurarea de resurse financiare, în timp oportun, conforme cu necesitățile și utilizarea eficientă a acestora Pentru Ob. St – 3 / Ob. Gen 3.2.	X	X	X	X	X	X	X	X
Dezvoltarea paletei de servicii oferite de centrul medical. Inițierea demersurilor de realizare a unor servicii noi concomitent cu realizarea infrastructurii necesare. Pentru Ob. St – 4 / Ob. Gen 4.3.	X	X	X	X	X	X	X	X
Motivarea și determinarea personalului pentru participarea la activități de pregătire / formare în domeniul medical organizate / desfășurate de alte entități decât centrul medical. Pentru Ob. St – 5 / Ob. Gen 5.1.	X	X	X	X	X	X	X	X
Includerea personalului cu atribuții specifice la activități de pregătire / formare în domeniile resurselor umane, bucătărie, igienă, organizate / desfășurate de alte entități decât centrul medical. Pentru Ob. St – 5 / Ob. Gen 5.2.	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizarea contractelor / parteneriatelor centrului medical cu terți (servicii externalizate) Pentru Ob. St – 9 / Ob. Gen 9.1		X	X	X	X	X	X	X
Încheierea de protocoale de colaborare și a contractelor de prestari servicii cu diversi furnizori de servicii medicale și nemedicale pentru asigurarea continuității și calității actului medical Pentru Ob. St – 10 / Ob. Gen 10.1.	X	X	X	X	X	X	X	X
Instruirea permanentă a tuturor responsabililor de procese. Participarea permanentă la cursuri și sesiuni de informare Pentru Ob. St – 10 / Ob. Gen 10.1.	X	X	X	X	X	X	X	X

## **7.5. RESURSE NECESARE**

### **7.5.1. RESURSE UMANE**

Pentru realizarea obiectivelor propuse referitor la activitatea de investiții centrul medical dispune de resursele umane necesare desfășurării în bune condiții a activităților necesare astfel:

- Există personal calificat pentru acordarea serviciilor medicale;
- Există personal calificat pentru acordarea ingrijirilor medicale;
- Există personal calificat pentru acordarea serviciilor nemedicale.

Datele de detaliu conform cu cele prezentate în capitolele anterioare.

### **7.5.2. RESURSE MATERIALE**

Centrul medical Laura Catană deține resursele materiale pentru:

- Asigurarea logisticii necesare desfășurării procedurilor de aprovizionare și de contactare.
- Asigurarea utilităților necesare realizării lucrărilor de amenajare a spațiului de arhiva.

Datele de detaliu conform cu cele prezentate în capitolele anterioare.

### **7.5.3. RESURSE FINANCIARE**

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 cu caracter strict ocazional.

Datele financiar contabile se reflectă în indicatorii economic finanziari prezenți la capitolele precedente.

## **7.5.4. RESULTATE SCONTATE**

Principalele rezultate așteptate în urma implementării prezentului plan de management sunt:

### **7.5.4.1. Creșterea eficienței actului medical-** în direcția tuturor celor 3 vectori promotori:

- calitate a demersului,
- viteză a procedurilor,
- stare de sănătate obținută.

### **7.5.4.2. Creșterea nivelului de autonomie financiară a centrului medical:**

- Creșterii nivelului surselor de venituri generate de sporirea adresabilității pacientilor, serviciilor medicale și de posibilitatea de prestare a unor servicii medicale complexe (asigurată de medicamente de înaltă performanță, la nivelul spitalului, evitându-se astfel disconfortul, inclusiv financiar, pentru pacienți de a se deplasa la spitale din țară sau strainatate și nu în ultimul rând atragerea unui număr cât mai mare de pacienți din alte județe și țările UE).
- Diminuării nivelului cheltuielilor, a categoriilor de cheltuieli și a risipei.

## **CAPITOLUL VIII - INDICATORI DE PERFORMANȚĂ**

În vederea bunei funcționari a clinicii și a atingerii obiectivelor s-au stabilit indicatori de performanță, la nivelul centrului medical. Acești indicatori au fost grupati astfel:

### **8.1. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ A CENTRULUI MEDICAL**

INDICATORI	CRITERII
<b>Indicatori de management a resurselor umane</b>	1. Proportia medicilor din totalul personalului 2. Proportia personalului medical din totalul personalului angajat al spitalului 3. Proportia personalului medical cu studii superioare din totalul personalului medical 4. Numarul mediu de consultatii pe un medic in ambulatoriu 5. Nr. mediu de bolnavi externati pe un medic
<b>Indicatori de utilizare a serviciilor</b>	1. Numarul de bolnavi externati total 2. Durata medie de spitalizare 3. Rata de utilizare a paturilor, pe spital 4. Proportia bolnavilor internati cu programare din totalul bolnavilor internati, pe spital 5. Numarul consultatiilor acordate in ambulatoriu
<b>Indicatori economico - financiari</b>	1. Executia bugetara fata de bugetul de cheltuieli aprobat 2. Structura cheltuielilor pe tipuri de servicii si in functie de sursele de venit 3. Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului 4. Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului 5. Procentul cheltuielilor cu medicamentele din totalul cheltuielilor spitalului 6. Procentul cheltuielilor de capital din totalul cheltuielilor 7. Costul mediu / zi de spitalizare
<b>Indicatori de calitate</b>	1. Rata mortalitatii intraspitalicesti, pe total spital 2. Rata infectiilor asociate asistentei medicale, pe total spital 3. Indicele de concordanța intre diagnosticul la internare si diagnosticul la externare 4. Numar de reclamatii / plangeri ale pacientilor 5. Procentul pacientilor transferati catre alte spitale din totalul pacientilor internati 6. Proportia bolnavilor internati cu bilet de trimitere din totalul bolnavilor internati, pe spital

## 8.2. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ A SECTIEI DE PSIHIATRIE

INDICATOR	CRITERII
<b>Indicatori de management a resurselor umane</b>	1. Proportia medicilor din totalul personalului 2. Proportia personalului medical din totalul personalului angajat al spitalului 3. Proportia personalului medical cu studii superioare din totalul personalului medical 4. Numarul mediu de consultatii pe un medic in ambulatoriu 5. Nr. mediu de bolnavi externati pe un medic
<b>Indicatori de utilizare a serviciilor</b>	1. Numarul de bolnavi externati total 2. Durata medie de spitalizare 3. Rata de utilizare a paturilor, pe spital 4. Proportia bolnavilor internati cu programare din totalul bolnavilor internati, pe spital 5. Numarul consultatiilor acordate in ambulatoriu
<b>Indicatori de calitate</b>	1. Rata mortalitatii intraspitalicesti, pe total spital 2. Rata infectiilor asociate asistentei medicale, pe total spital 3. Indicele de concordanța intre diagnosticul la internare si diagnosticul la externare 4. Numar de reclamatii / plangeri ale pacientilor 5. Procentul pacientilor transferati catre alte spitale din totalul pacientilor internati 6. Proportia bolnavilor internati cu bilet de trimitere din totalul bolnavilor internati, pe spital

## 8.3. INDICATORI SPECIFICI PENTRU EVALUAREA ACTIVITĂȚII ECONOMICO – FINANCIARE

INDICATOR	CRITERII
<b>Indicatori economico - financiari</b>	1. Executia bugetara fata de bugetul de cheltuieli aprobat 2. Structura cheltuielilor pe tipuri de servicii si in functie de sursele de venit 3. Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului 4. Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului

INDICATORI	CRITERII
	5. Procentul cheltuielilor cu medicamentele din totalul cheltuielilor spitalului
	6. Procentul cheltuielilor de capital din totalul cheltuielilor
	7. Costul mediu / zi de spitalizare

#### **8.4. INDICATORI SPECIFICI PENTRU EVALUAREA ACTIVITĂȚII ADMINISTRATIVE - CALITATEA SERVICIILOR HOTELIERE**

INDICATORI	CRITERII
<b>Indicatori privind calitatea serviciilor hoteliere</b>	Creșterea satisfacției pacienților referitor la curățenie
	Creșterea satisfacției pacienților referitor la hrănire
	Creșterea satisfacției pacienților referitor la atitudinea personalului administrativ
	Creșterea satisfacției pacienților referitor la serviciile hoteliere oferite

#### **8.5. ASPECTE PRIVIND ALTE SECTOARE DE ACTIVITATE MEDICALA / NEMEDICALA ȘI INDICATORII SPECIFICI**

La nivelul Centrului Medical Laura Cătană sunt stabilite, următoarele servicii, activități ori acțiuni ce se asigură prin structuri externe:

- a) laborator și analize;
- b) anatomie patologică;
- c) farmacie;
- d) deseuri medicale și menajere;
- e) spălătorie, călcătorie, croitorie;
- f) prevenirea și stingerea incendiilor;
- g) securitate și sănătate în muncă;
- h) furnizare / aprovisionare cu alimente;
- i) juridic
- j) consultant

Pentru asigurarea unor servicii de calitate, la nivel managerial, economico-financiar și administrativ se vor lua masurile necesare pentru identificarea selectarea celor mai bune oferte de servicii externe (medicale / nemedicale).

### **CAPITOLUL IX - EVALUARE INDICATORI**

Pe baza datelor obținute în activitatea de monitorizare se va proceda la evaluarea acestora prin situații comparative raportat la evoluția în timp.

## CAPITOLUL X - CONSIDERAȚII FINALE

Prinim fiecare pacient cu cea mai bună echipă medicală interdisciplinară, cu medicatie de top, cu profesionalism și cu foarte mult respect, într-un spital cald, elegant și primitor.

Îmbunatatirea continua este responsabilitatea tuturor persoanelor angajate din CENTRUL MEDICAL LAURA CĂTANĂ.

**APROBATE**

**Manager general**

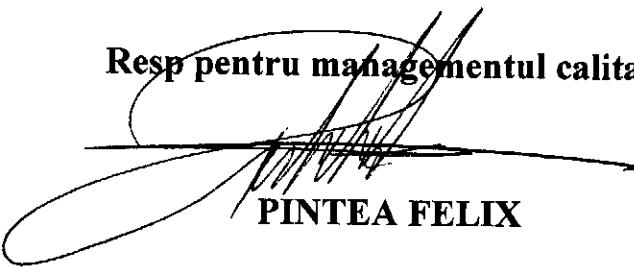
  
**PAVEN COSMIN**

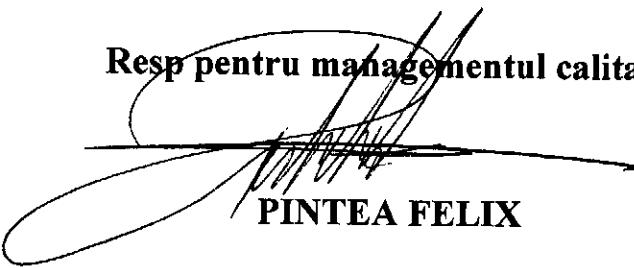


**ÎNFOGNIUT**

**Resp pentru managementul medical**

  
**Dr. CATANA LAURA**

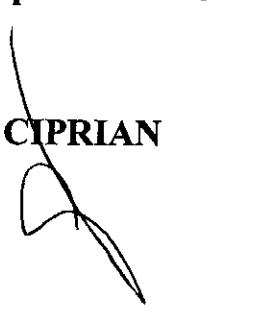
  
**Resp pentru managementul calității**

  
**PINTEA FELIX**

**Resp pentru managementul îngrijirii medicale**

**As. Med. Sef. ASZTALOS ATTILA**

  
**Economist sef și responsabil R.U**

  
**Ec. 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. 1 la nr. 09-R.A/15012018

## **LISTA CU ANEXELE LA PLANUL DE MANAGEMENT AL 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**

PAWEN COSMIN

**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. 2 la nr. 04-R.A./15.01.2018

## ANALIZA

### PRIVIND SITUATIA, CONSUMUL, CAZUISTICA SI EFECTELE CONSUMULUI DE DROGURI LA NIVEL NATIONAL SI JUDEȚUL 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 RAPOARTELE 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. PRINCIALELE 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 cannabis, care, deși înregistrează cele mai mici valori din Europa, își continuă tendința ascendentă.

Canabisul continuă să fie cel mai consumat drog în România.

După cannabis, pe poziția a doua 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 cannabis de 5,8%. Prevalența în ultimul an a consumului de cannabis este de 3,2%, în timp ce, pentru consumul din ultima lună se observă o prevalență de 1,4%.

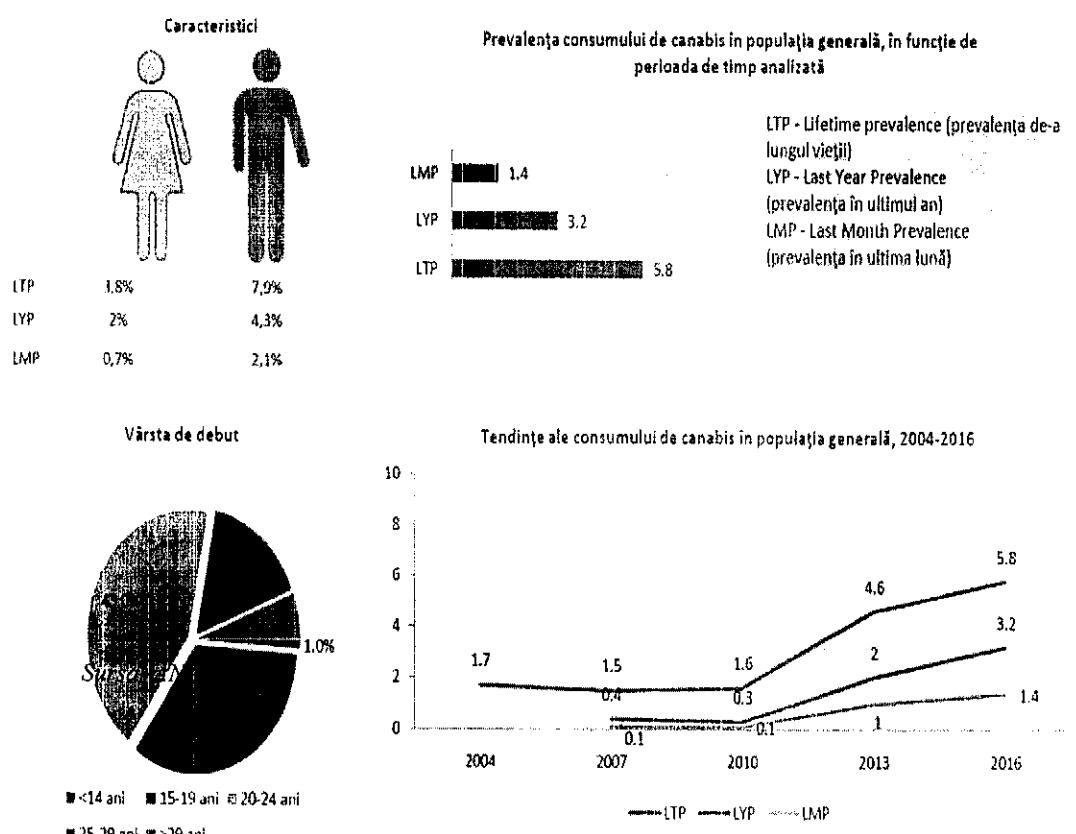
Indiferent de perioada de timp analizată, consumul de cannabis este mai prevalent în rândul bărbaților, valorile înregistrate fiind de două ori mai mari, comparativ cu nivelul observat în cazul femeilor. Astfel, 7,9% dintre bărbați și 3,8% dintre femei au consumat cel puțin o dată în viață cannabis, 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 cannabis. Între cele două sexe, există diferențe semnificative în ceea ce privește comportamentul față de consumul de cannabis 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 cannabis la vîrste tinere, 20-24 ani.

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. Ca și în cazul populației generale, raportul bărbaților tineri consumatori de canabis 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 canabis 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, 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).

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



#### **TRATAMENTUL PENTRU CONSUM DE CANABIS**

Și în anul 2016, canabisul 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 canabis reprezintă cazuri noi în sistemul de asistență.

Dintre cele 1719 persoane admise la tratament pentru consum de canabis 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 canabis, 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 (instantă, poliție sau probațiune). 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.

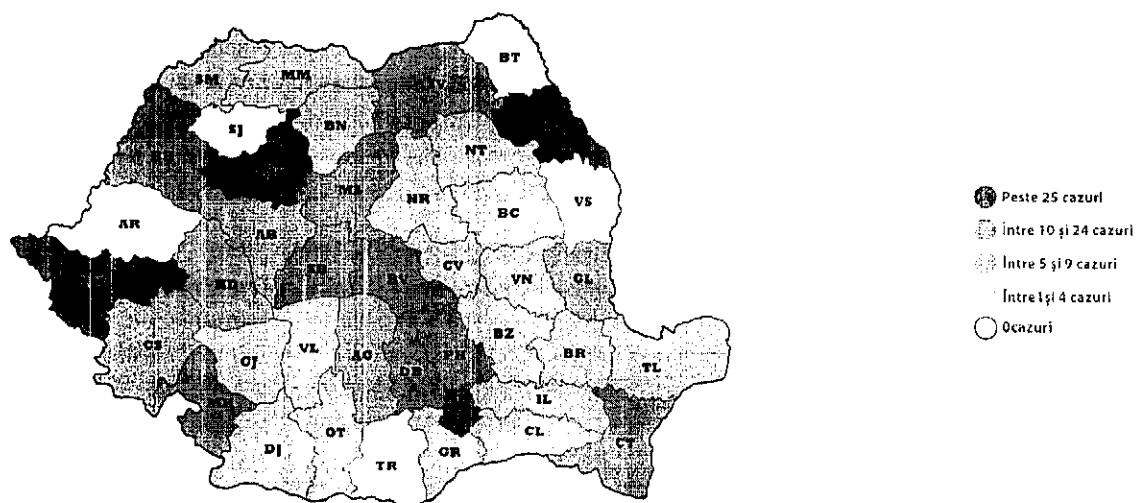
Serviciile de tratament pentru consumul de cannabis sunt disponibile la nivel național, atât în comunitate, cât și în regim penitenciar. În funcție de tipul centrului, în anul 2016, s-a înregistrat următoarea distribuție a cazurilor în care cannabisul a fost înregistrat ca și drog principal de consum: 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)**



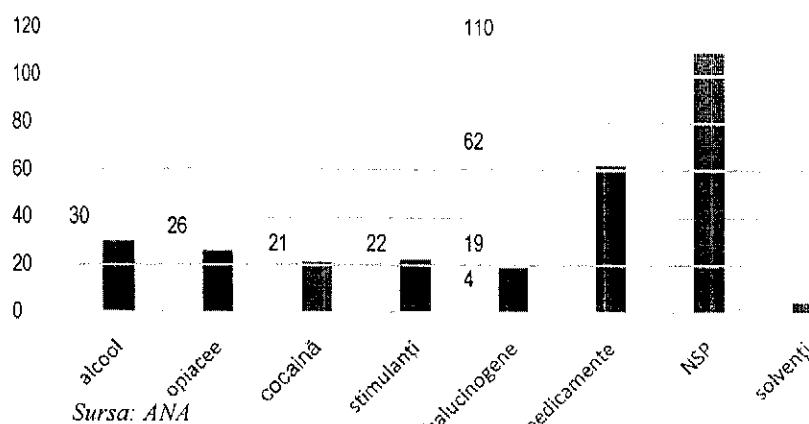
Sursa: ANA

**Privind cazurile de urgență 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 cazurilor de urgență în care a fost raportat consumul de cannabis (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 cannabis, în 57,1% acesta a fost raportat ca și consum singular. În ceea ce privește consumul de droguri multiple cannabisul a fost declarat, în special, în combinație cu consumul de NSP, medicamente, alcool.

#### **Distribuția cazurilor de urgență datorate consumului de cannabis, în funcție de drogul utilizat în combinație cu acesta**



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

În majoritatea (57,5%) cazurilor prezentate în unitățile de primiri urgență pentru consum de cannabis, 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 cannabis, 88,4% dintre acestea erau bărbați și 11,6% femei.

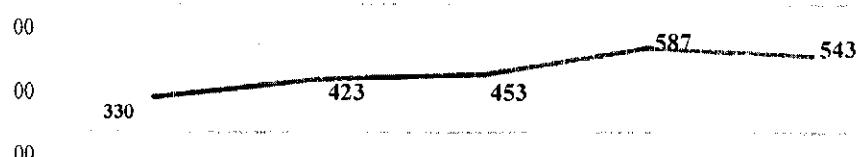
Referitor la studiile absolvite, 82,6% dintre persoanele consumatoare de cannabis care au apelat la serviciile de urgență pentru probleme datorate acestui comportament (număr de cazuri cu informații), au menționat că au absolvit studii gimnaziale sau liceale (ISCED 2 și ISCED 3), în timp ce, 13,7% au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

În 32,3% dintre cazurile de urgență medicale datorate consumului de cannabis (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 cannabis**

Comparativ cu anul anterior se observă o scădere cu 7,5% a numărului cazurilor de urgență medicale datorate consumului de cannabis (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 cannabis – 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 cannabis, 2012-2016**



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

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

În concluzie, 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

### **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, stimulanții 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 reprezentă Regiunea Sud), în timp ce, consumul recent se înregistrează doar în 4 regiuni.

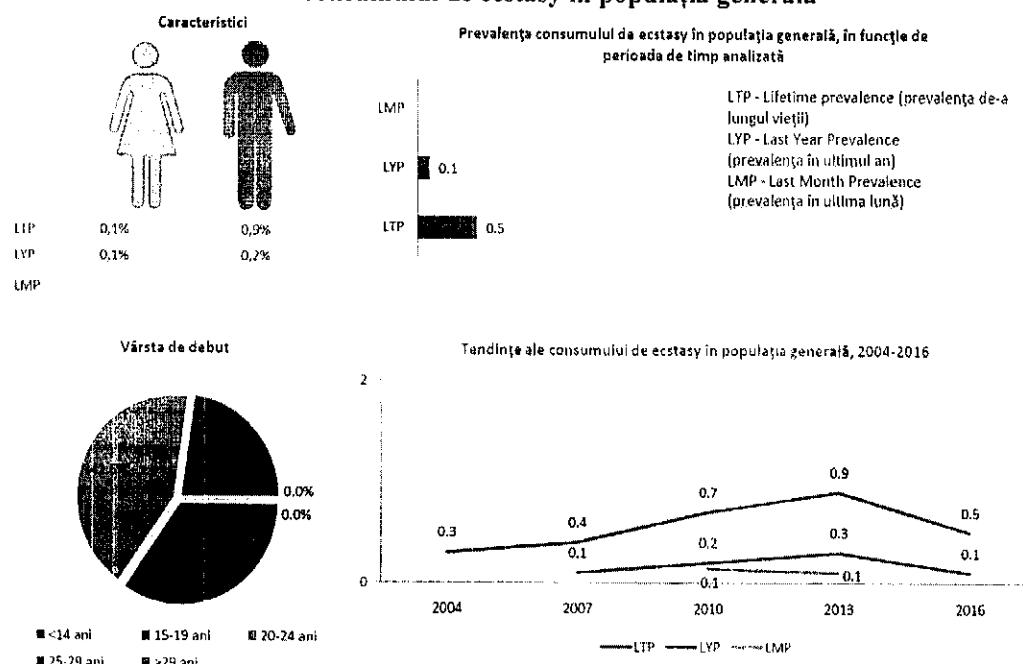
Cea mai mică vîrstă de debut, declarată de cei care au afirmat consum de ecstasy pe parcursul vieții, a fost 15 ani, iar cea mai mare, 29 ani. Deși nu se înregistrează debut precoce (înainte de 14 ani) în

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.

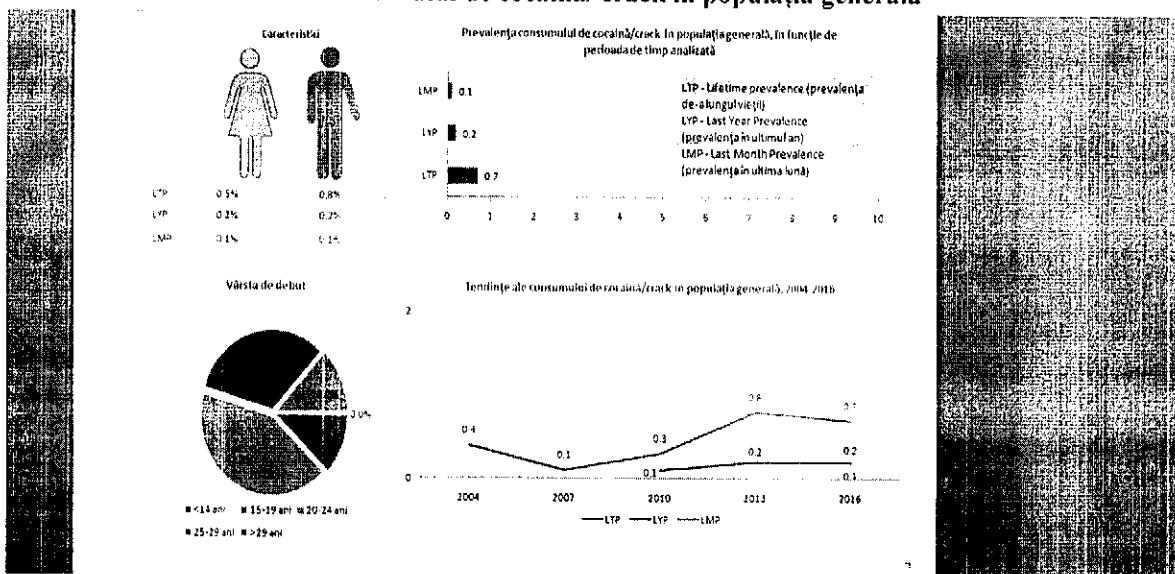
Cu excepția Regiunii Sud-Vest, în celelalte 7 regiuni ale țării, se înregistrează consum experimental de cocaină/ crack, cele mai multe cazuri fiind înregistrate în București-Ilfov (1,3%),

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, ceea ce 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 experimentali încadrați în categoria "activ economic" și cei încadrați în categoria "inactiv economic" este de 3 la 1.

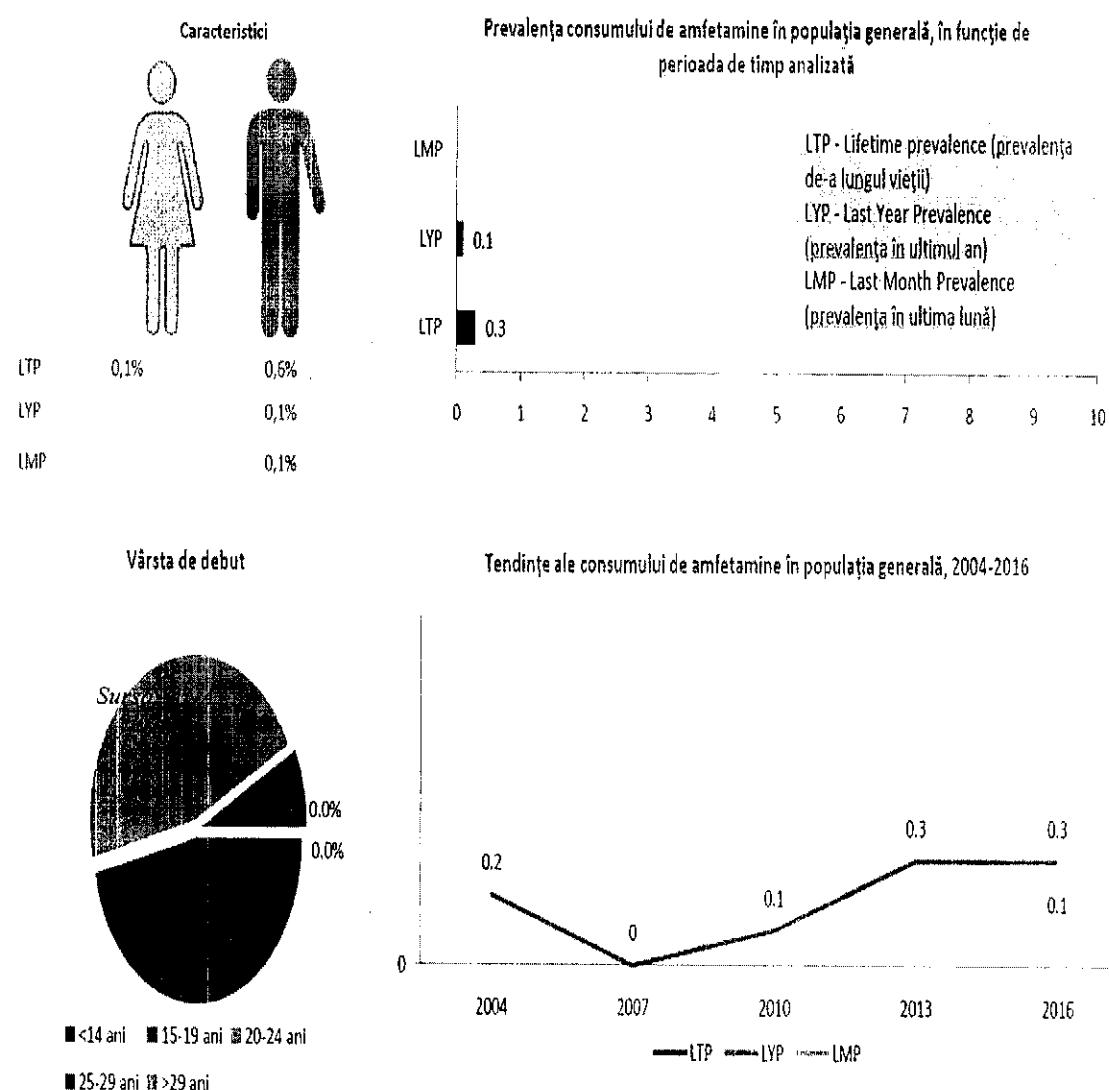
Ca și în cazul celorlalte tipuri de droguri analizate, amfetaminele sunt consumate cu predilecție în mediul urban, decât în cel rural, unde se înregistrează o prevalență de 5 ori mai mare: 0,5%, față de 0,1%.

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 vârste cuprinse între 15-19 ani (46,4%) și 20-24 ani (45,9%). Cea mai mică vârstă 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 stable (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.

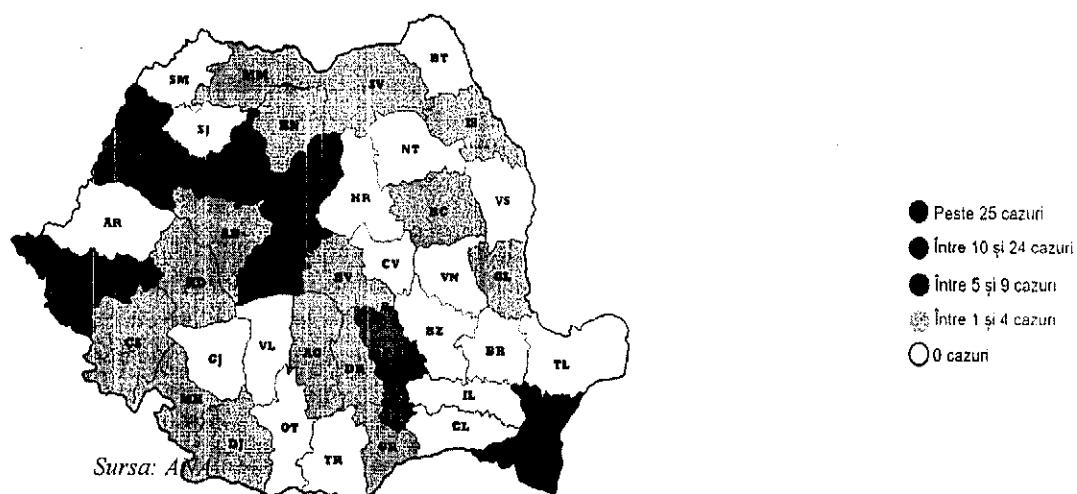
Serviciile de tratament pentru consum de stimulanți sunt disponibile la nivel național, atât în comunitate, cât și în regim penitenciar, dar procentul în care populația consumatoare de stimulanți a solicitat servicii în anul 2016 a fost foarte mic. Preponderent, cazurile au fost tratate în comunitate, 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 substanelor 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 cannabisul, 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%).

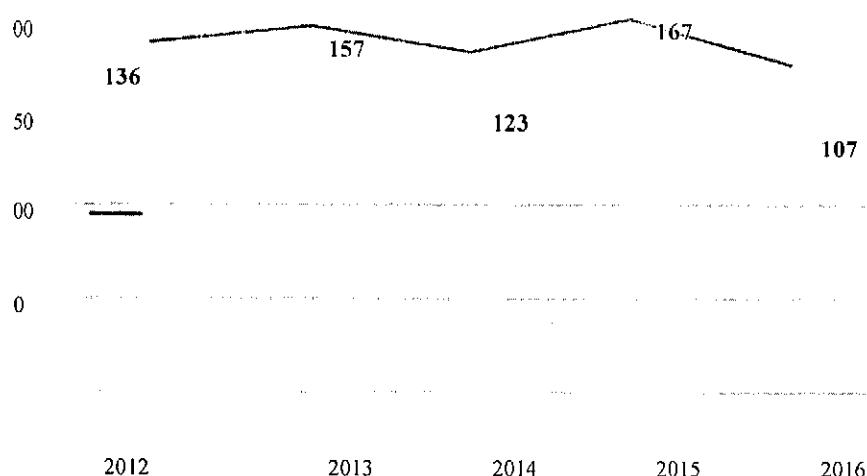
Ca și în cazul serviciilor de tratament, preponderent (81,3%), populația din serviciile de urgență face parte din categoria adulților tineri (15-34 ani).

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%.

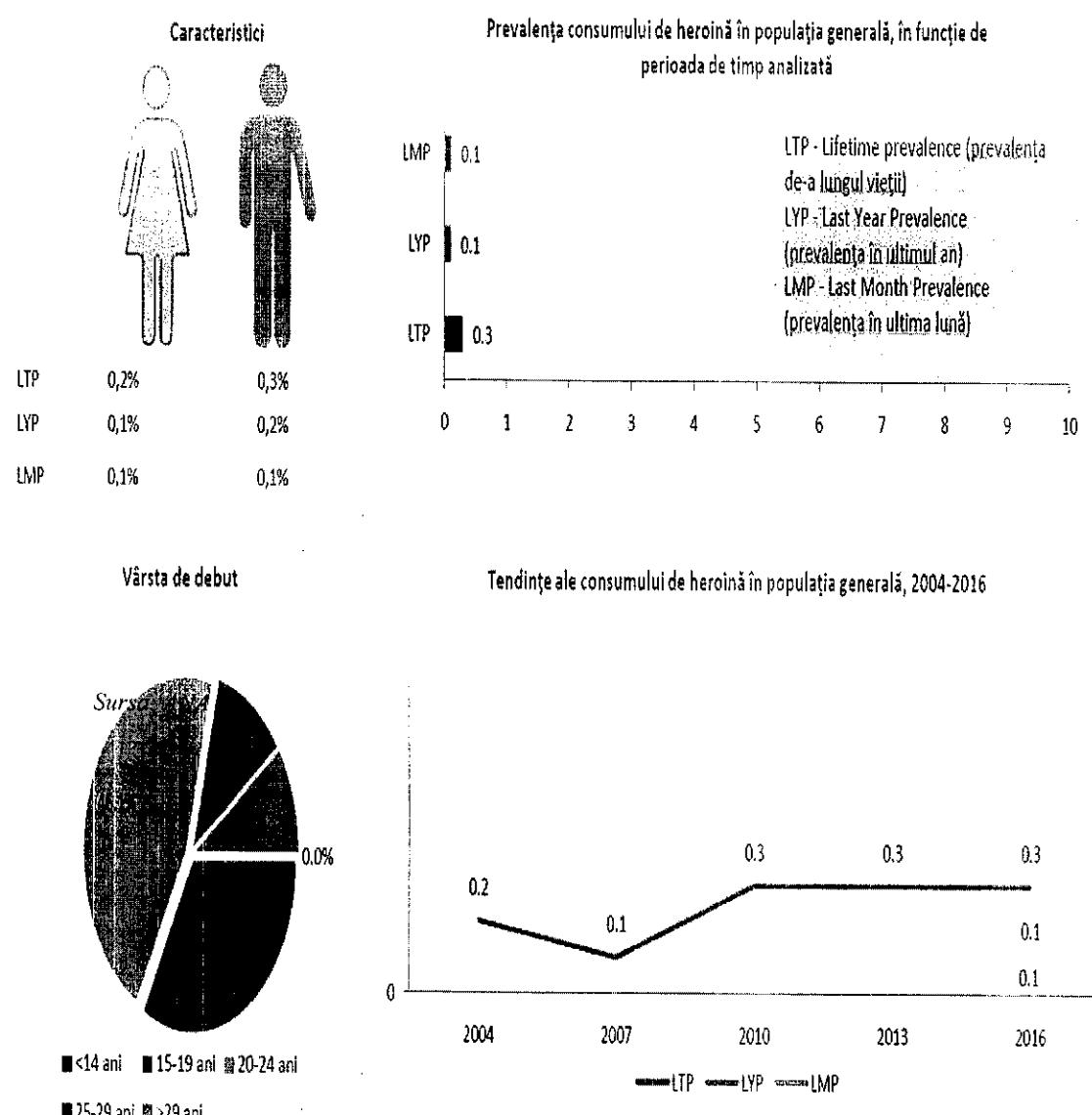
În cazul consumului de heroină, bărbații înregistrează o prevalență a consumului de-a lungul vieții de 0,3%, față de 0,2% în rândul femeilor. În cazul consumului recent, nu există o diferențiere a consumului de heroină între cele două sexe: 0,2% pentru bărbați, respectiv 0,1% pentru femei. Cât privește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

Cea mai mică vîrstă 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

în timp ce, 46,1% dintre cei cuestionați au declarat debut în consumul de heroină la vârste 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 vârstă 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), urgente 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%).

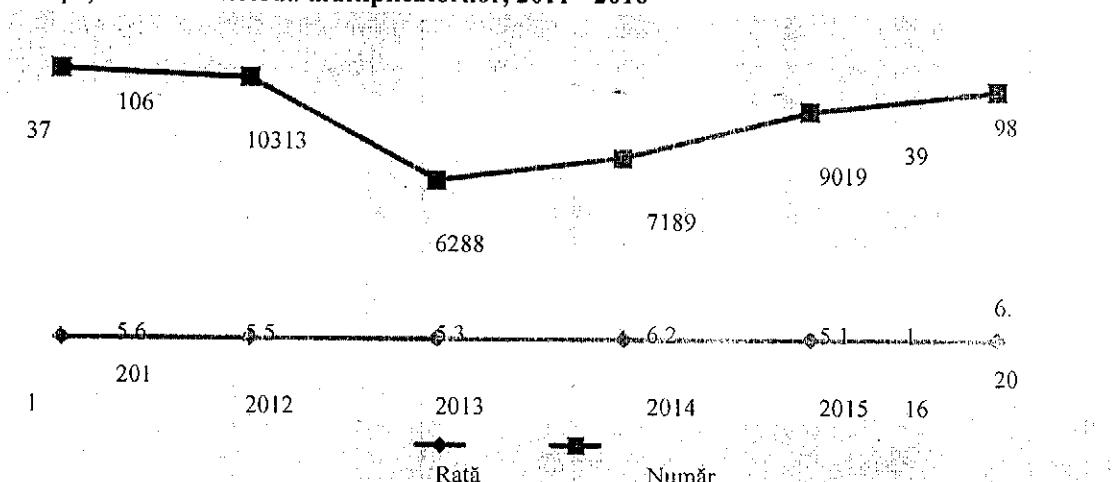
### **ESTIMAREA CONSUMULUI DE OPIACEE ÎN SUB-POPULAȚII**

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% metadonă 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 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 funcție de procentele înregistrate, se poate vorbi despre următorul profil al populației de consumatori curenți (în ultimele 30 de zile) de opiate administrate injectabil, admiși la tratament în anul 2016: bărbaț (82,8%), din grupa de vârstă 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 opiate (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 canabis, 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 admiși pentru prima dată la tratament fiind de 32,4%. Raportul bărbați femei 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 îl reprezintă 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.

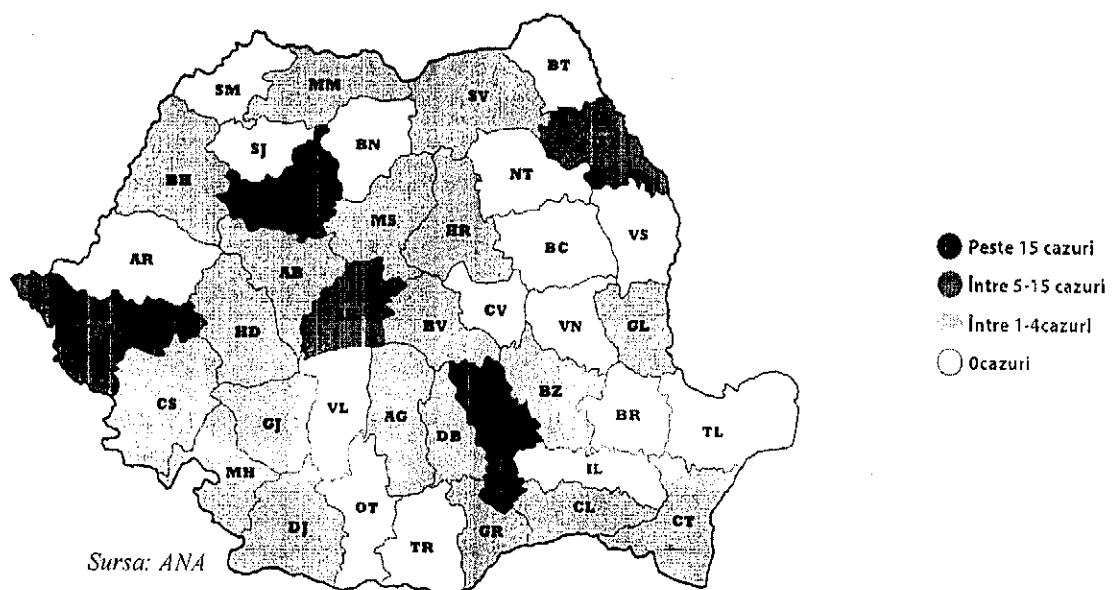
### **ALTE CONSECINȚE ALE CONSUMULUI DE OPIACEE URGENȚE MEDICALE DATORATE CONSUMULUI DE OPIACEE**

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)**

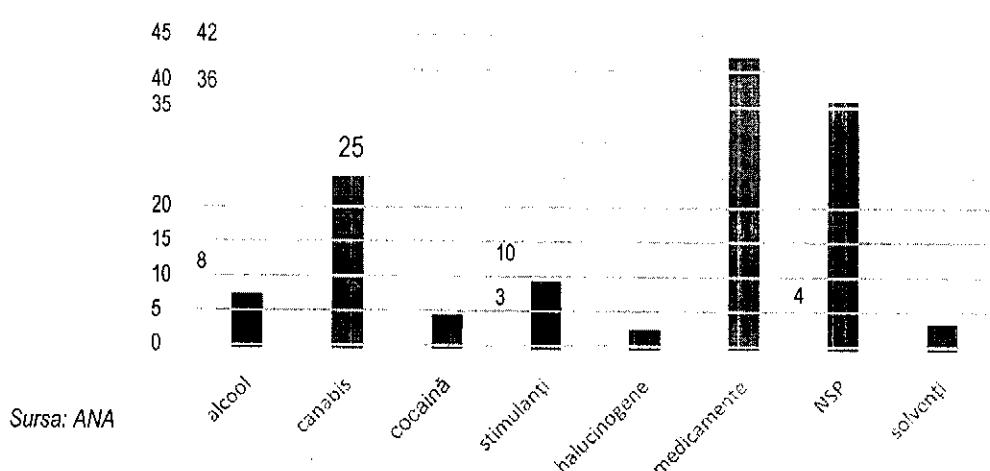


**Privind cazurile de urgență cauzate de consumul de opioacee (singular sau în combinație), județul Alba se situează la nivelul național 3 din 4 cu valori între 1 și 4 cazuri.**

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%).

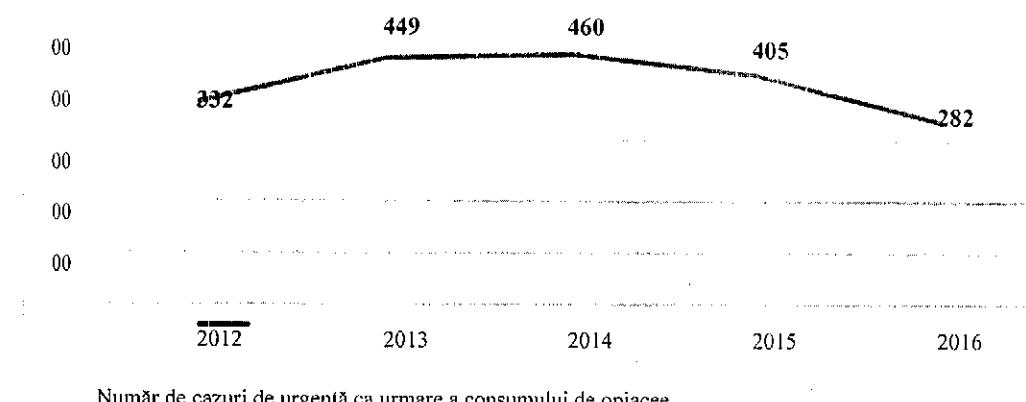
Spre deosebire de situațiile prezentate anterior, raportul dintre adulții tineri (15-64 ani) consumatori de opioide din urgență și adulți (35-64 ani) este de 1,5. În 17,4% dintre cazurile analizate, persoanele aveau vârstă sub 25 ani, în 43,3% aveau vârstă între 25 și 34 ani, în 38,3% dintre cazuri a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



Număr de cazuri de urgență ca urmare a consumului de opiacee

*Sursa: ANA*

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

Conform rezultatelor GPS 2016, după canabis, 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 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.

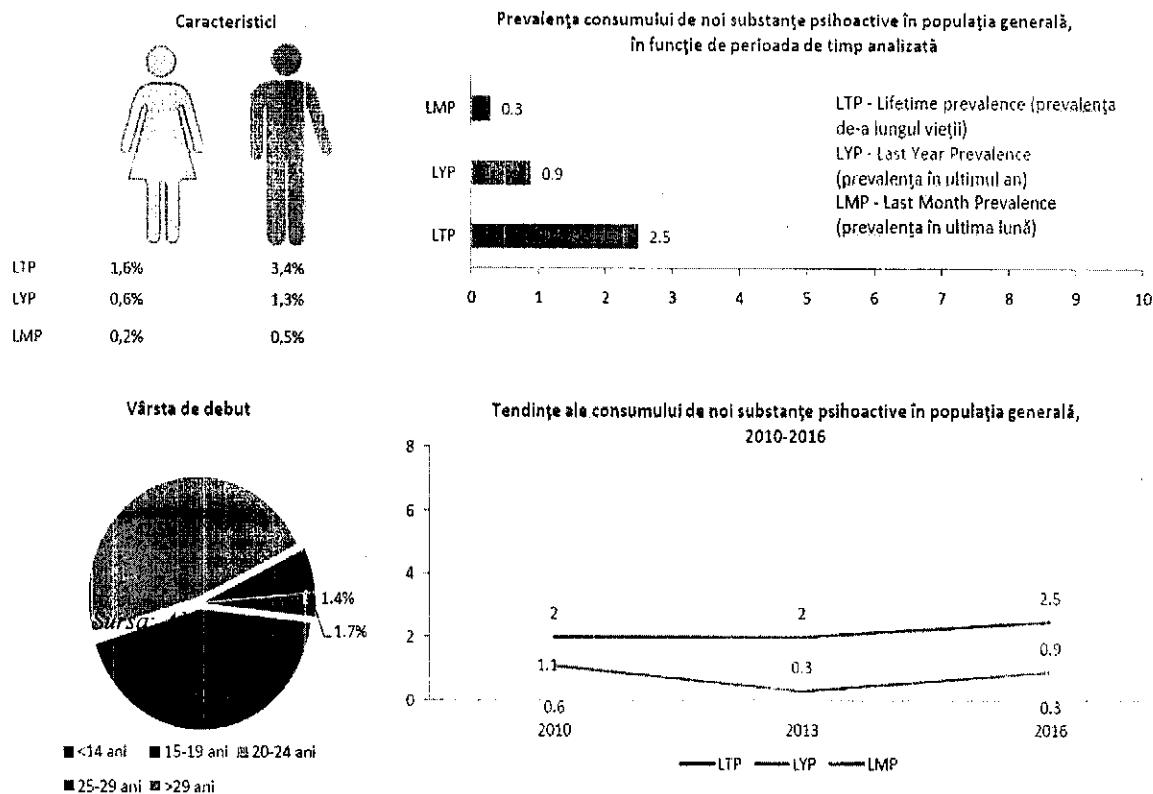
Indiferent de perioada analizată, populația de sex masculin consumatoare de NPS reprezintă dublul populației feminine care prezintă același comportament (3,4% față de 1,6%, 1,3% față de 0,6%, respectiv 0,5% față de 0,2%).

Este experimentat cu precădere de populația Tânără, aproape toți consumatorii (91%) debutând în intervalul 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 explicable prin prisma identificării unor prevalențe similare a acestui tip de consum în rândul categoriei de vârstă 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 poate fi declarată de locuitorii din București-IIfov (1%).

Cea mai mică vârstă 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 admisi 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.

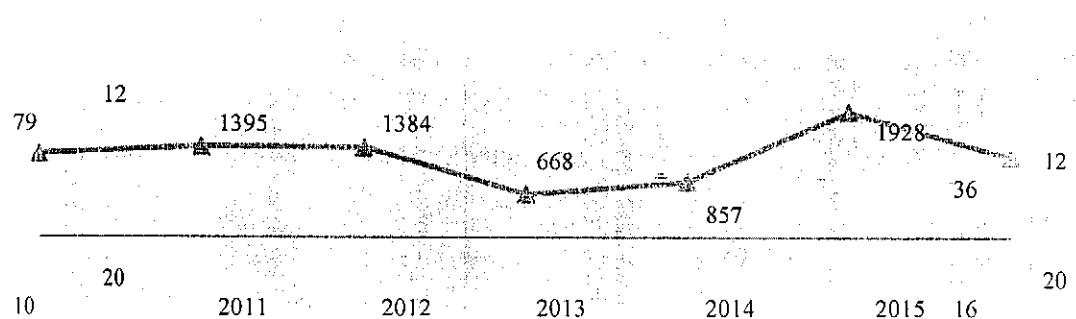
Serviciile de tratament pentru consumul de noi substanțe psihooactive sunt disponibile la nivel național atât în comunitate, cât și în regim penitenciar. În funcție de tipul centrului, s-a înregistrat în anul 2016 următoarea distribuție a cazurilor admise la tratament pentru consum de NSP: 42,4% dintre 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 situeaza la nivelul 3 national din 5 posibile cu valori intre 10 si 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, opioace 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 țigaretelor 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% prevalență 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, ceea ce poate fi explicația creșterii 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, ceea ce poate fi explicația creșterii 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 psihoactive, 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 relaționate 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:

reteaua 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),

reteaua 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 admiși 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 cannabis, 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: cannabis, opioide și noi substanțe psihooactive.

Contra anilor anteriori, când se observase o distribuție relativ echilibrată între aceste trei tipuri de droguri, în 2016, cererea de tratament pentru consumul de cannabis 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%.

Tendințele 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 cannabis), 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 transmisarea 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 anteriori, 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. Vîrstă 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 bărbătilor, 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, vîrstă medie de debut în consumul de droguri a fost de 20,7 ani, în timp ce, vîrstă 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 bărbăti trăiți 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 reeducație, 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 înregistrati 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, cea 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 opiate (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 cea 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 (opiate, cannabis, stimulanți, halucinogene, solventi și noi substanțe psihoactive), distribuția pe sexe a beneficiarilor sistemului de tratament rezidențial indică o predominanță a persoanelor de sex masculin, cea 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 admiși 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 noile substanțe psihoactive, iar 14,4% (n=89) au beneficiat de tratament pentru consumul de cannabis.

În schimb, doar 6,4% (n=79) dintre beneficiarii admiși 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 contribuie 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 aceștia s-au adresat centrelor de tratament rezidențial, în timp ce, doar 28% au apelat la tratament ambulatoriu) este justificată, pe de o parte, de nevoia 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: solvenți/ substanțe volatil – 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 solvenți, 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 cocainea), 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) beneficiarii 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.

### **SERVICII 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 psihiatricre.

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 populaționale 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 rezistență la aplicarea strictă a prevederilor legale, permînd 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 (infeții, infeții 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 criterioogiei 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 definirii *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 cazuistică 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, probațunea 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 constituie 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 menținerea 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 adecvată 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 nesușinută 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 criterioologiei 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 pecuniare.

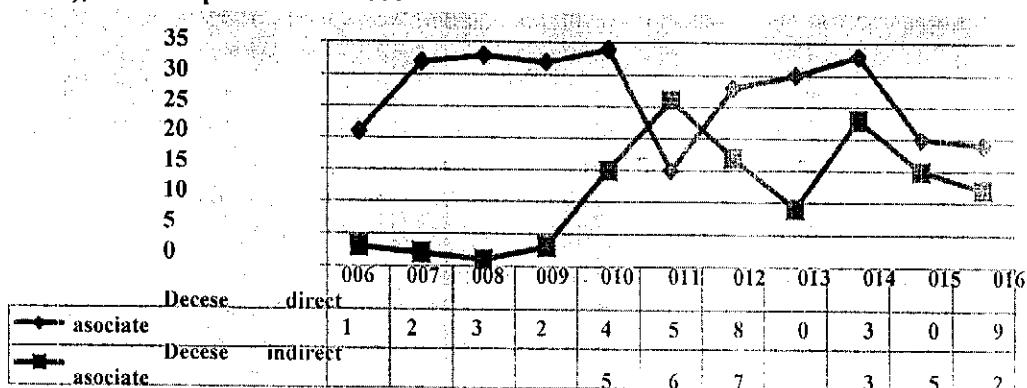
Desi, în ultimii ani, constatăm o îmbunătățire certă a declarării deceselor survenite în spital, mult timp neraportate drept cazuri de competență medico-legală – mai ales, în cazurile de co-morbiditate sau complicații evolutive non-toxicologice - cazuistica deceselor direct asociate consumului de droguri,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



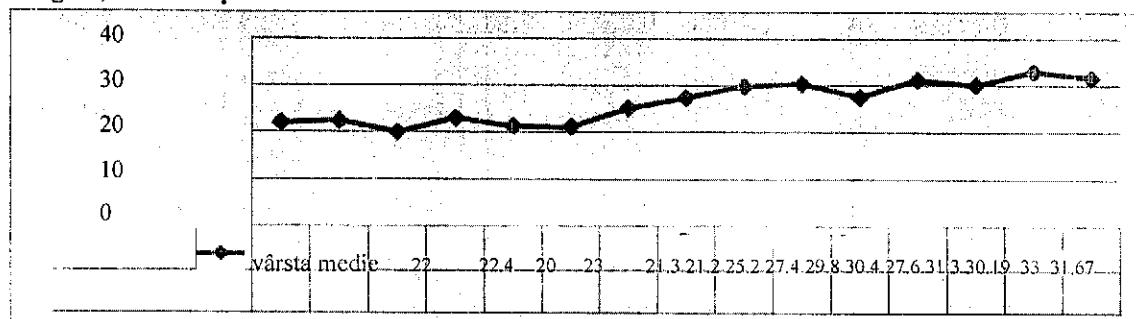
Sursa: INML București

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 cazuistica 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

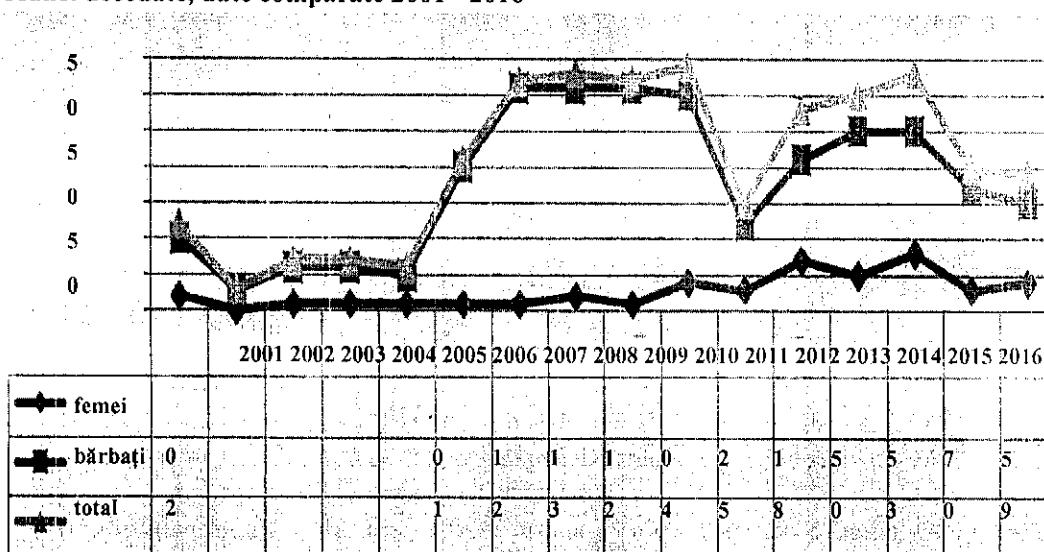


Sursa: INML București

#### DECESE 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.

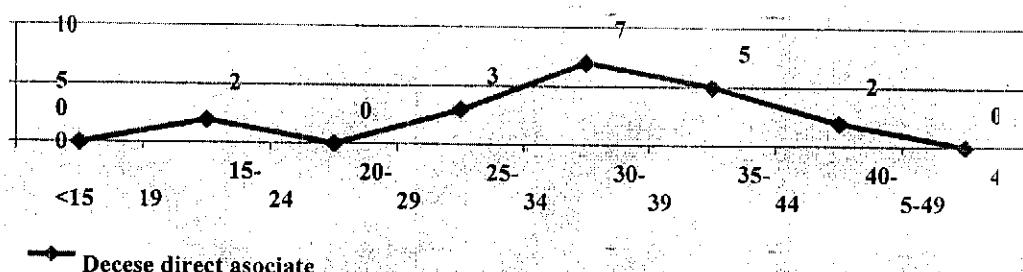
#### Distribuția cazurilor de deces direct asociate consumului de droguri, în funcție de sexul persoanei decedate, date comparate 2001 - 2016



Sursa: INML București

În ceea ce privește vârsta persoanelor decedate ca urmare a consumului de droguri, se observă că toate cazurile de decese 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 injectabili – 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

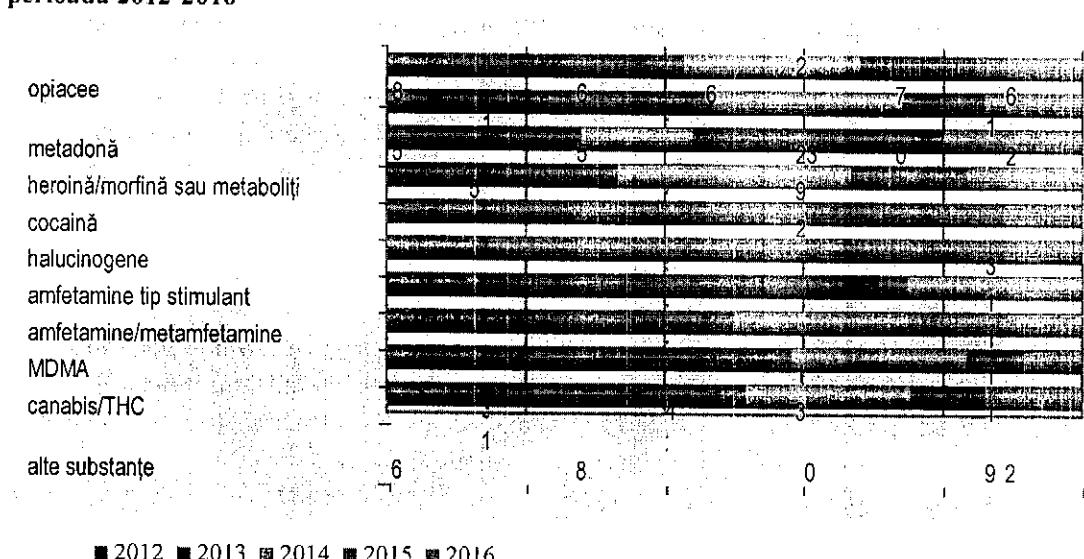
unor derivate de cannabis. În această situație, administrarea medicamentelor a fost combinată cu fumatul și cu inhalatul. Astfel, administrarea drogurilor în cazul deceselor asociate consumului de droguri este preponderent injectabilă, calea de administrare asociindu-se cu tipul drogului administrat, 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 gădire toxicologică în evaluarea tanatogenezei.

#### DECESE INDIRECT ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI

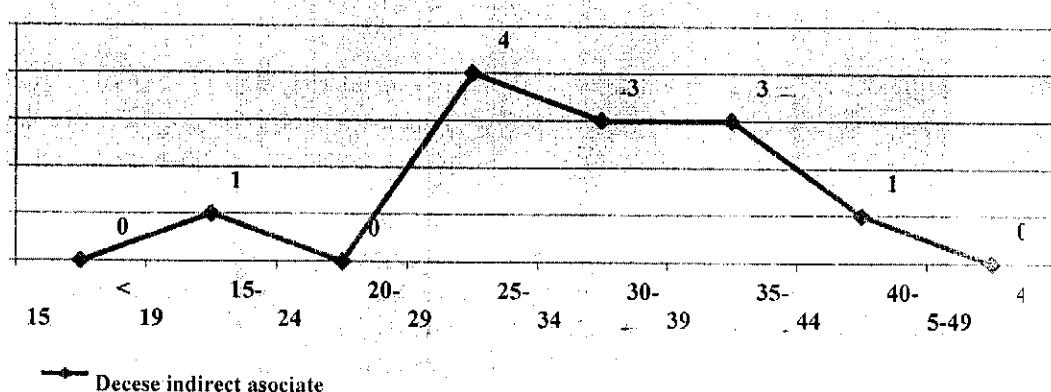
Pe parcursul anului 2016, au fost înregistrate 12 cazuri de deces la consumatori de droguri cunoscuți (cu elemente de examen clinic – necropsic – date de istoric medical și de anchetă elocvente), dar a căror cauză de deces a fost relaționată cu patologii asociate sau consecutive consumului cronic de 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 cazuștilor): 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 înțelegерii (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 constantă 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 anterioară și relativ similar anului 2015, prin scăderea cazuisticii deceselor asociate consumului de droguri, deși, cifra absolută poate fi, mai degrabă, o expresie a sub-raportării/ neidentificării adecvate a cazuisticii.

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 intrinsecă 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, fasciită 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), canabinoizi (prezenți într-un singur caz), și MDMA (ecstasy – 1 caz) – din categoria substanțelor non-medicamentoase, 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, detectiile 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 indirecte, 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 arăreori 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 arăzări observate 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 psihooactive 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 psihooactive, ceea ce înseamnă cu 15,5% mai puțin decât în perioada anterioară.

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.

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

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

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

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 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 vederea determinării prezenței în organism a substanțelor consumate au fost realizate determinări toxicologice pentru 2117 pacienți (69,2%), în cazul căror 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 încadrare, după cum urmează:

- intoxicație acută: poate include trauma, inhalarea vomiei, delirul, coama, 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 fiziolegice 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 convulsi 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.

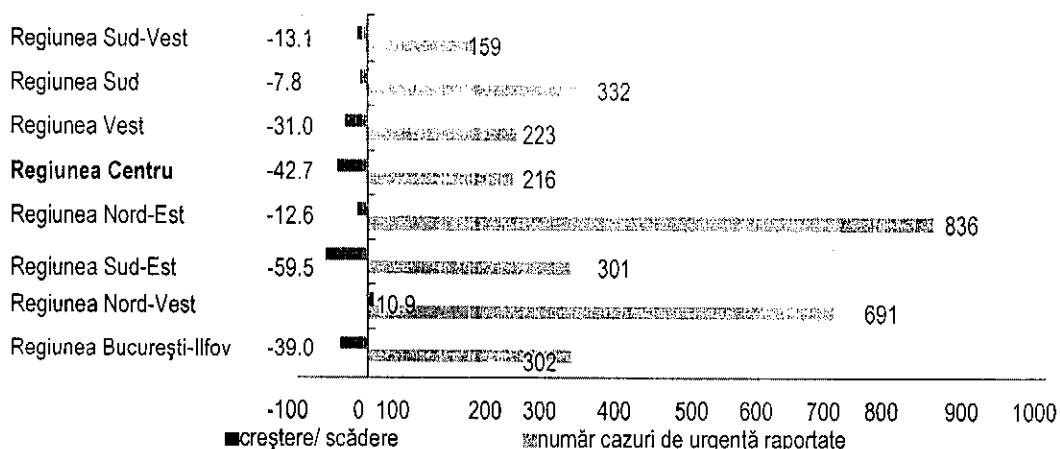
- alte diagnostice: reprezintă o clasă de diagnostice induse sau determinante de consumul
- de substanțe psihoactive, precum: leziuni sau traumatisme produse prin autoleziune, accidente și alte cauze externe.
- recoltare probe biologice: reprezintă cazurile care se prezintă la secțiile de primiri urgență 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 întrerupere 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, Ilalomița, 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

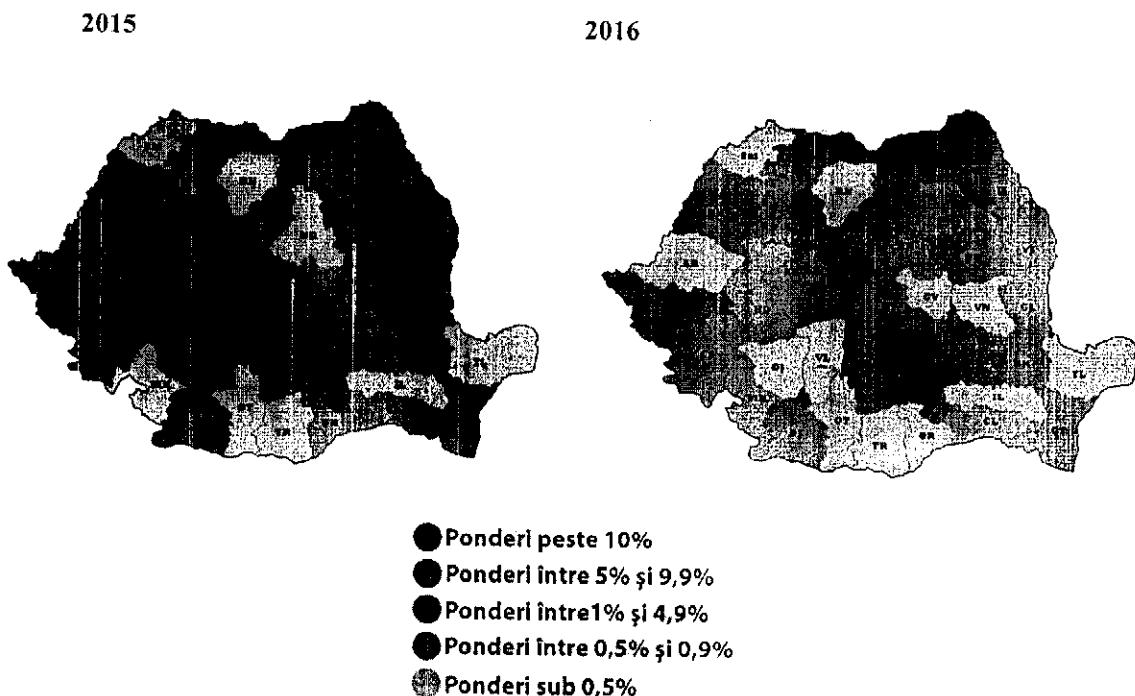
Deși numărul unităților raportoare s-a menținut constant în anul 2016, la nivelul regiunilor de dezvoltare economică, se înregistrează următoarea evoluție a cazuisticii de urgență datorată consumului de droguri ilicite:

- 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 ascendentе semnalate anul anterior);
- regiunea Nord-Est: scădere cu 12,6% a numărului de cazuri (schimbarea tendinței ascendentе semnalate 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%**

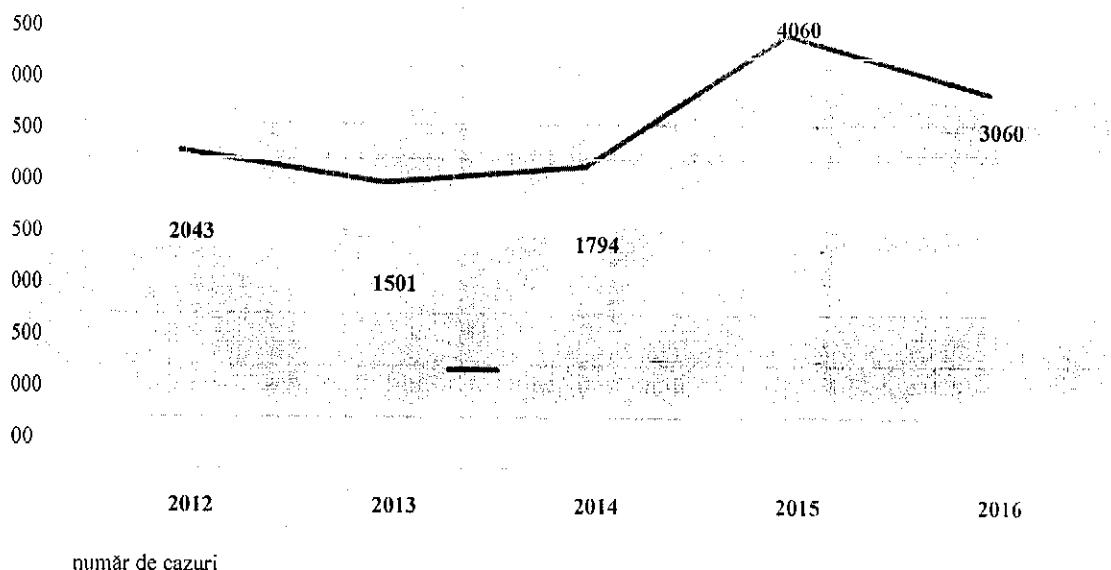
Din cele 8 regiuni de dezvoltare economică, doar într-o singură (regiunea Nord-Vest) se înregistrează o creștere a numărului de urgențe medicale datorate consumului de droguri ilicite. Analiza repartiției urgențelor medicale la nivelul unităților teritorial-administrative ale țării, în raport cu ponderea 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 corelează 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 vîrstă 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 vîrstă 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 Moacre, 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 Residential Delta SRL – Ilfov
- SC Aliat Residential 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. In 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: cocaine, 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.
  - ❖ Aceast 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 vîrstă 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 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.
  - ❖ 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 curenți 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, 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 canabis, 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 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 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-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, cea mai mare prevalență fiind declarată de locuitorii din București-IIfov (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 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 psiho-sociale a persoanelor consumatoare de droguri. Dintre acestea, cele mai importante sunt programele de dezintoxicare și serviciile medicale psihiatriche
- ❖ 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 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, 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.

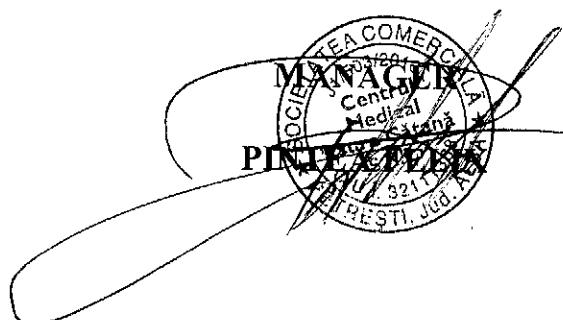
- **Zonă de risc foarte mic** (ponderi sub 0,5%): Arad, Bistrița-Năsăud, Covasna, Giurgiu, Gorj, Ialomița, Olt, Satu-Mare, Teleorman, Tulcea, Vâlcea, Vrancea.

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

- Privind cazurile de urgent cauzate de consumul de cannabis, județul Alba se află la nivelul al treilea national cu valori între 5 și 9 cazuri.
- Privind caz de urgență cauzate de consumul de stimulanți (singular sau în combinație) se situează la nivelul national 4 din 5 posibile cu valori între 1 și 4 cazuri.
- Privind caz de urgență cauzate de consumul de opioacee (singular sau în combinație), județul Alba se situează la nivelul national 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 national 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 national 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



**LUAT LA CUNOSTINTA**

**ADMINISTRATOR, MEDIC SEF**

Dr. LAURA CATANA

**MANAGER GENERAL**

PAVEN COSMIN



**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. 03.. la nr. 04 - Pt./15012018,

# RAPORT

## REFERITOR LA ANALIZA

### SITUATIEI, CONSUMUL, CAZUISTICA SI

### EFFECTELE CONSUMULUI DE DROGURI LA

### NIVEL NATIONAL SI JUDETUL ALBA

ASPECTE AFERENTE PERIOADEI 2012 - 2017

## **1. PRECIZARI**

Pentru elaborarea analizei s-au avut 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 medical pentru consum de droguri

**Nota:** s-au avut 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:** s-au avut 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:** s-au avut 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 ANALIZEI S-AU UTILIZAT DATE DIN STUDIILE, ANALIZELE SI RAPOARTELE 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**

### **1. 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 cannabis de 5,8%.
- ❖ Prevalența în ultimul an a consumului de cannabis 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 cannabis, 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 cannabis.
- ❖ Unul din 10 (10%) adulți tinери (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.
- ❖ 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).
- ❖ Indiferent de tipul consumului (singular sau mixt), preponderent (57,1%), administrarea cannabisului s-a realizat pulmonar sau prin fumat.
- ❖ În majoritatea (57,5%) cazurilor prezentate în unitățile de primiri urgență pentru consum de cannabis, 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 cannabis, 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 vârsta 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 vârstă 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 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.
- ❖ 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 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, urmată 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 totată 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 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 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 cannabisului, 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 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 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 solvenți volatili, în 2,1% consum de stimulanți și în 1,3% consum de cocaïnă. 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. Sinteza 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
- 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 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 Sanatății) 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 finanțiar – contabil și resurse umane;
  - b) compartiment evidenta informatizata 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

Categorie de personal	Nr. posturi ocupate (angajați și colaboratori)
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 sanitată pentru efectuare stagior 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 sanită – 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	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 curățenie / 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

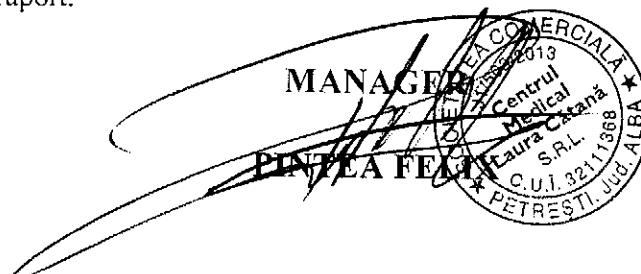
- Filigorie și spații de relaxare în aer liber  
Constructii și spații ale centrului medical:
- Cladirea principală (S +P+E+M) ce asigură spațiile necesare desfășurării actului medical în regim spitalizat, în regim ambulatoriu de specialitate și desfășurării activităților suport ale centrului.
- Clădirea 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 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 nevoie de astfel de servicii medicale este relativ constantă.
- Oferta de servicii în județul Alba și județele limitrofe / zona de dezvoltare este sub oferta națională. Acest tip de servicii se regăseste în oferta preponderentă 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. 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: Planul de Jos, Str. Horea, nr. 148A  
E-mail: laura.catana@doctor-psi.ro  
www.doctor-psi.ro

Anexa nr. 04 la nr. 04 - PA/50/2018

# ANALIZA PRIVIND NEVOILE DE INGRIJIRE A POPULATIEI DESERVITE DIN ZONA DE ACOPERIRE SI TERITORIUL NATIONAL ASPECTE AFERENTE PERIOADEI 2015 - 2017

## **DATE, ELEMENTE SI 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), psihoză, 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 județul 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 RAPORTARILE 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 psihiatriei 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 profesionalismul 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 si a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea centru medicalelor in functie de competenta 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 compliantei 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 tulburări 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, scoat 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>	<b>2015 – 2017 cu 8,53%</b>

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 mediu de provenienta al pacientilor, sunt aproape egale, cu usoara crestere pentru mediu 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 ducerilor – 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, evidentind 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 inic 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 procentua la %
	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 teritoriul deservit, se pot scoate in evidenț 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, decât 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 anexoasa, 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 deficienta 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 anexoasa, 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 psichoactive.

## **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 Vărlezi, 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 Ocnitei
- 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 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 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 Residential Delta SRL – Ilfov
- SC Aliat Residential 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 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**

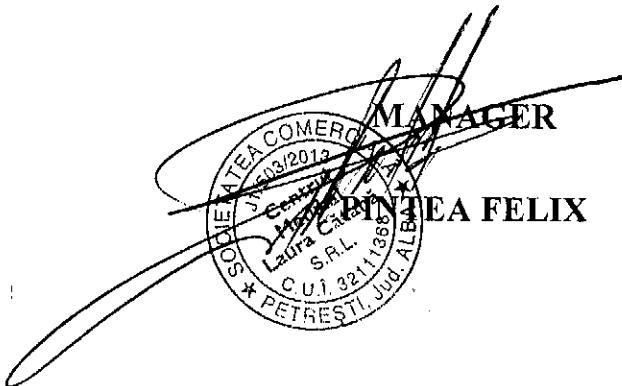
#### **1. in sinteză, datele de analiză scot în evidență urmatoarele aspecte:**

- se înregistrează creșteri atât a numărului de pacienți externați cat și a celor tratați în ambulatoriu (medie apr. 10%)
- referitor la bolnavii psihiți în evidență centrului de sănătate mintală 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 pacienților, sunt aproape egale, cu ușoara creștere pentru mediul urban – 53,53 %
- privind bolnavii psihiți periculoși numarul acestora este în scadere, doar cu o creștere aferentă mediului rural în anul 2015.
- grupele de varsta pentru care sunt în evidență bolnavi psihiți 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 mintală alba, nu prezintă valori pozitive cu bolnavi periculoși în grupele de varsta 0 – 18 ani.
- privind numarul de bolnavi psihiți 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, evidențând 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 dependenților.
- 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 procentuală pentru celelalte județe este de 0,73 % / județ
  - alte județe, decât alba, cu valori peste media procentuală – bihor, brasov, caraș- severin, cluj, constanta, covasna, dambovita, dolj, hunedoara, iasi, maramures, mures, sibiu, suceava, 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

**MANAGER GENERAL**

PAVEN COSMIN



**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. OA-RH/15012018

# 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 în vedere urmatoarele date, elemente și 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), psihoteze, dependent de droguri ilegale, în evidențele existente la autoritatile judetene de profil.
- Nevoi de ingrijire a popулatiei din zona deservită

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

### **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 județul 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. în 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 aceluias indicator scoate în evidență faptul ca valorile înregistrate, raportate la mediul de proveniență al pacienților, sunt aproape egale, cu ușoara creștere pentru mediul urban - 53,53 %
- privind bolnavii psihici periculosi 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 periculosi 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 periculosi în grupele de varsta 0 – 18 ani.
- privind numarul de bolnavi psihici periculosi tratați, evidențele prezintă în majoritate pentru toți cei trei ani, opțiunea „ambulator” și doar un singur caz spitalizat în 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 apreciat 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:
  - 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, Brașov, Caraș-Severin, Cluj, Constanța, Covasna, Dambovița, Dolj, Hunedoara, Iași, Maramureș, Mureș, Sibiu, Suceava, Timiș, Vâlcea.
- privind repartitia pacientilor din teritoriu 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 diagnosticice au valori cu mult sub cel menționat anterior, valoarea medie a acestora fiind de 3,63 %. peste aceasta valoare avem ca diagnostic principal: alte forme de schizofrenie, tulburare schizo-afectivă, tip maniacal, tulburare anexioasă, nespecificată, boala Alzheimer, nespecificată, tulburare psihotica acută și tranzitorie, alte tulburări afective bipolare, alte tulburări persistente ale dispozitiei și tulburări mentale și de comportament legate de utilizarea de substanțe psihoactive.

## **2. Sinteză date privind unitatile sanitare, structurile, entitatile existente cu profil psihiatrie și care abordează cazuistica legată de consumul de droguri:**

- Unități medicale de psihiatrie – 12 + 7 din care în județul Alba – 1, zona de dezvoltare - 1
- Spitale publice care au secții de psihiatrie: 41, din care în județul Alba – 1, zona de dezvoltare - 5
- Spitele / unități medicale cu spitalizare continuă din județul Alba: 5
- Alte instituții / structuri cu responsabilități, atribuții antidrug - din care în județul Alba – 1, zona de dezvoltare - 6
- Structuri medicale private cu specific psihiatrie – 19, din care în 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 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 evidența informatizată și secretariat;
  - c) compartiment administrativ.
- servicii externalizate (laborator, diferite specialități medicale, farmacie, spălătorie, juridic, ssm, psi).

La nivelul centrului medical organigrama 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 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 sanitată pentru efectuare stagior 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 sanită – 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:

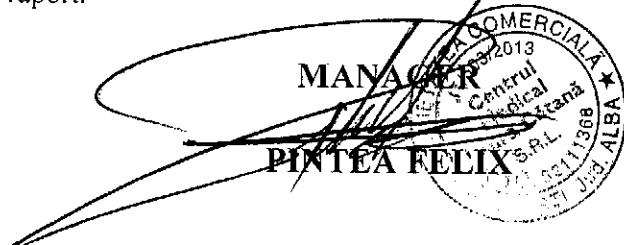
- Cladirea principală (S +P+E+M) ce asigură spațiile necesare desfășurării actului medical în regim spitalizat, în regim ambulatoriu de specialitate și desfășurării activităților suport ale centrului.
- Clădirea anexă. Asigură în regim minimal depozitarea unor material, în cantități limitate.
- Corp modular pentru chiosc alimentar cu circuit închis. Asigură necesarul pentru nevoile centrului medical.
- Instalații utilitare aferente existente la nivelul centrului medical: 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 PROPUTERE, RECOMANDARI**

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

- Se poate aprecia ca 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. Acești tipuri de servicii se regăsesc 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. R.U.**

SAVENCU CIPRIAN





## CENTRUL MEDICAL LAURA CĂTANĂ

sc: Centrul Medical Laura Cătană SRL CF 3211136B JI/S03/7.08.2013  
Petresti, Str. Mihai Eminescu nr. 67, Jud Alba Tel: 0757240917

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

Anexa nr. 6... la nr. OG-RH/15012018

# 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 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.

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 vârstei 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 echipa 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 prestația 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
<b>Indicatori economico-financiari</b>	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 “paletei” 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 (sanatate publică, sanitar veterinară și controlul alimentelor, situații de urgență, mediu, etc), a certificatelor ISO, obținerea acrediterii 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 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) Îmbunatatirea calitatii și a performantei actului medical

În raport de prioritățile identificate, obiectivele strategice se identifică pe termene de aplicare (scurt, mediu, lung, permanentă), 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 pregatire 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 “paletelui” de servicii medicale oferite de centrul medical.
- 5) Cresterea nivelului de pregatire a personalului centrului medical.
- 6) Mantinerea standardelor acreditarii 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 “paletelui” de servicii medicale oferite de centrul medical.
- 2) Mantinerea standardelor acreditarii 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 perfectionare 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 calității și a performanței 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 veterinara si controlul alimentelor, situatii de urgență, mediu, etc), a certificatelor ISO, obținerea acreditarii 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	Finantare proprie conf. pct 1 Finantare proprie conf. pct 1
	1.2.Obținerea acordurilor, avizelor, autorizațiilor pentru obiectiv, pentru toate domeniile de activitate reglementate (sanatate publica, sanitar veterinara si controlul alimentelor, situatii de urgență, mediu, etc) si a certificatelor ISO și obținerea acrediterii ANMCS.	01.01.2018 – 30.06.2019	5.000 lei	Finantare 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	Finantare proprie conf. pct 1 Finantare proprie conf. pct 1 Finantare 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	Finantare 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 01.04.2018 – 01.07.2018 01.07.2018 – 31.12.2022	40.000 lei 1.000 lei 50.000 lei	Finantare proprie conf. pct 1 Finantare proprie conf. pct 1 Finantare proprie conf. pct 1
		2.4.Asigurarea operaționalității activităților desfășurate	01.01.2018 – 31.12.2022	500 lei

<b>Obiectivul strategic</b>	<b>Obiectivul general</b>	<b>Termen de realizare</b>	<b>Resurse necesare</b>	<b>Sursa de finantare</b>
	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	-----	Finantare proprie conf. pct 1
		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	-----	Finantare proprie conf. pct 1
		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	10.000 lei	Finantare proprie conf. pct 1
		01.01.2019 – 31.12.2022	1.000 lei	Finantare proprie conf. pct 1
	4.2.Asigurarea unor politici de marketing care să conducă la promovarea reală a serviciilor medicale oferite.	01.10.2018 – 31.12.2018	1.000 lei	Finantare proprie conf. pct 1
		01.01.2019 – 30.06.2019	20.000 lei	Finantare proprie conf. pct 1
	4.3.Dezvoltarea “paletei” de servicii medicale oferite	01.07.2018 – 01.09.2020	1000 lei	Finantare proprie conf. pct 1
		01.10.2018 – 31.12.2022	50.000 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	-----	Finantare proprie conf. pct 1
		01.10.2018 – 31.12.2022	-----	Finantare proprie conf. pct 1
	5.2.Cresterea nivelului de pregătire a personalului cu atribuții suplimentare din centrul medical.	01.07.2018 – 31.12.2018	500 lei	Finantare proprie conf. pct 1
		01.01.2018 – 31.03.2018	-----	Finantare proprie conf. pct 1
		01.10.2018 – 31.12.2022	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

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

INTOCMIT

❖ Manager general – PAVEN COSMIN

❖ Resp pentru managementul calitatii / Manager – PINTEA FELIX

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

❖ Resp pentru managementul îngrijirii medicale / As med sef – AMZTALOS ATTILA

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